

**Agence régionale de santé**

*Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé  
&  
Délégation départementale de Paris*

**Ville de Paris**

*Sous-direction de l'autonomie  
Direction des Solidarités*

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Résidence Oasis » (EHPAD)**  
**11-15 rue Laghouat 75018 PARIS**  
**N° FINESS 75 083 2578**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2022\_0276**

**Déplacement sur site le 06 avril 2022**

**Mission représentée pour sa composante ARS par :**

- Madame Maryline SEBBAN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Île-de-France, coordonnatrice de la mission,
- Madame Laura SALVY, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Île-de-France

**Accompagnées de :**

- Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, conseiller médical désigné en qualité de personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 alinéa 2 du Code de la santé publique.

**Mission représentée pour sa composante Ville de Paris/ Direction des Solidarités par :**

- Madame Christine LAURENT, responsable de la cellule d'appui et de contrôle du service seniors,
- Monsieur Clément BODEUR CREMIEUX, chargé de mission à la sous-direction de l'autonomie.

<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique</li><li>- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique</li></ul>
----------------------------	---

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

### **1/ Les restrictions tenant à la nature du document**

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA :

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

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

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

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

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

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de 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.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	7
B) Modalités de mise en œuvre .....	7
C) Présentation de l'établissement .....	8
<b>CONSTATS .....</b>	<b>10</b>
<b>I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>11</b>
A) L'encadrement des équipes .....	11
B) La situation des effectifs.....	12
C) L'organisation du travail.....	13
<b>II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS .....</b>	<b>30</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	30
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	30
C) La communication avec les familles et le CVS .....	31
D) La politique de bientraitance .....	32
<b>III – LES PRISES EN CHARGE HOTELIERE ET DE LA DEPENDANCE .....</b>	<b>40</b>
A) Les locaux et les prestations hôtelières (prestation restauration-entretien linge).....	40
B) Les achats de consommables.....	41
C) Politique d'animation.....	41
<b>IV. LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS .....</b>	<b>49</b>
A) Les locaux et installations dédiés aux soins .....	49
Equipements médicalisés et installations à visée thérapeutique .....	49
B) L'organisation des soins : équipe de soins, coordination et permanence de soin.....	49
C) Les soins individuels .....	53
D) La prise en charge médicamenteuse .....	56
<b>Récapitulatif des écarts et des remarques :</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>63</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 1 : Lettre de mission .....</b>	<b>66</b>
<b>Annexe 2 : Tableau de synthèse Qualité et sécurité des soins .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexe 3 : Liste des documents à consulter – à transmettre .....</b>	<b>72</b>
<b>Annexe 4 : Liste des personnes reçues en entretiens .....</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 5 : Logigramme CASVP de déclaration des EI-EIG-plaintes .....</b>	<b>76</b>

## SYNTHESE

### Eléments déclencheurs de la mission

La Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

L'inspection de l'EHPAD Résidence Oasis s'inscrit dans ce cadre et a été conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par la Directrice des solidarités de la Ville de Paris.

Diligenté sur le fondement de l'article L.313-13 alinéa V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), ce programme a pour objectif de faire sur place dans chaque établissement qui a été ciblé, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge. Dans la région Ile-de-France le programme a débuté le 9 février 2022 et prend en compte prioritairement les axes suivants :

- L'état des locaux ;
- La gouvernance et la gestion des ressources humaines : conformité des effectifs constatés et réels par rapport à l'effectif prévisionnel et au budget alloué, absentéisme et recours aux personnels contractuels et à l'intérim, formations, qualité de vie au travail ;
- Les conditions de prise en charge des résidents (dépendance, prestations hôtelières, vie sociale, politique de prévention de la maltraitance) ;
- L'organisation de l'établissement concernant la gestion des risques (prise en compte et traitement des évènements indésirables et réclamations), concernant la prise en charge médicale et para médicale et la prise en charge du médicament.

### Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection s'est déroulée de manière inopinée au sein de l'EHPAD Résidence Oasis le 6 avril 2022 puis lors d'une visite annoncée le 26 avril pour récupérer certains documents.

Le représentant de la direction présent, directeur adjoint en charge des ressources, ainsi que le directeur adjoint aux soins ont mobilisé les personnels et les moyens permettant de répondre aux premières attentes de la mission. Cette dernière a mené des entretiens avec les cadres et différents professionnels, elle a également échangé avec des résidents et leurs familles.

### Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Dans les suites immédiates de sa visite la mission d'inspection a formulé deux injonctions par courrier du 19 avril 2022, concernant :

- D'une part, le non-respect des règles de sécurité et incendie et des mesures prescrites par la Préfecture de police de Paris dans son procès-verbal du 24 novembre 2021, ainsi que la poursuite d'exploitation de la structure malgré le courrier du 11 mars 22 de ses services, maintenant cet avis défavorable ; non-respect contraire à l'article 17 du règlement de fonctionnement de l'établissement, selon lequel : « *le CASVP prend toutes les mesures exigées par la réglementation pour assurer la sécurité des résidents, en particulier vis-à-vis du risque incendie et du risque alimentaire* ».
- D'autre part, l'absence de signalement immédiat d'un évènement indésirable grave survenu au sein de l'établissement le 26 décembre 2021, qui n'a fait l'objet ni d'un signalement immédiat aux autorités de contrôle et de tarification, ni de mesures de protection de la victime potentielle, ni d'une information du Conseil de la vie sociale. Ce fait n'a été porté à la connaissance de la Direction des solidarités de la Ville de Paris qu'indirectement à travers une mention au sein d'un rapport sur un autre sujet adressé début février 2022 à cette Direction.

Deux courriers du CASVP sur ces deux points, du 28 avril et du 13 mai 2022 ont été adressés en réponse, ils font l'objet d'une réponse groupée au sein de la lettre d'intention accompagnant le présent rapport.

En outre, la mission d'inspection a notamment relevé<sup>1</sup> :

- ✓ Concernant la gouvernance et les RH :
  - depuis le départ de la précédente directrice, la gouvernance de la structure n'est pas stabilisée ;
  - des postes restent vacants (deux postes d'IDE et un d'ergothérapeute) ;
  - des situations de professionnels « faisant fonction » qui ne permettent pas de garantir une prise en charge suffisamment professionnalisée ;
  - un niveau d'absentéisme supérieur à 8 % ;
  - des insuffisances de la politique de formation comme l'absence de généralisation des sessions à l'ensemble des professionnels, et l'absence d'accès généralisé à des sessions annuelles de prévention de la maltraitance.
- ✓ Concernant l'accompagnement des résidents et la politique de bientraitance :
  - Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas en place ; le projet d'établissement n'est plus à jour depuis 2018 ;
  - Il existe un projet 2022 actualisé d'animation qui prévoit de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, mais les résidents ne disposent pas de projets d'accompagnement personnalisés à jour. Parmi les personnels de l'équipe d'animation, aucun ne dispose d'un diplôme spécifique en la matière. Au regard des activités que l'animatrice à temps plein doit porter, sa fiche de poste ne comporte pas de pré requis en matière de qualification et de formation, ce qui ne permet pas de garantir la professionnalisation de cette fonction.
  - Concernant la prévention de la maltraitance, l'ensemble des leviers qui participent à une politique de prévention, ne sont pas actionnés au sein de l'EHPAD : existence d'un protocole de prévention et d'une démarche permettant d'identifier les situations à risques, traçabilité et retour d'expérience (retex) sur les évènements indésirables graves, formations généralisées et régulières sur la bientraitance, mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.
- ✓ Concernant la prise en charge en soins :
  - Les résidents ne disposent pas de projet de soins à jour.
  - Les conditions d'exercice de l'activité d'éducation physique adaptée (APA) sont insuffisamment encadrées (pas de prescription médicale) et manquent de clarté sur le rattachement à l'équipe de soins et la coordination avec les autres intervenants ;
  - Il n'y a pas d'évaluation et de suivi de la dénutrition.
- ✓ Concernant la prise en charge médicamenteuse :
  - Les agents sociaux au chevet (ASO), en situation de faisant fonction, participent comme les aides-soignants, - eux-mêmes sans formation et sans procédure d'encadrement et de délégation - à la délivrance des médicaments, situation qui expose les résidents à des erreurs et fait peser sur les personnels des responsabilités en leur faisant accomplir sans cadre réglementaire ni assise solide des tâches relatives aux soins de publics fragiles.
  - La distribution des médicaments ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques.

<sup>1</sup> Détail de l'ensemble des constats en fin de rapport : Récapitulatif des écarts et des remarques, numérotés dans les grilles insérées dans le rapport, puis dans § IV/ La qualité et la sécurité des soins.

- ✓ Concernant la politique de gestion des risques et le traitement des évènements indésirables, les dispositions réglementaires ne sont pas mises en œuvre, par méconnaissance de la part des professionnels des obligations leur revenant en la matière.

## **INTRODUCTION**

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

La Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Direction des Solidarités de la Ville de Paris ont été destinataires de plaintes concernant l'EHPAD « Résidence Oasis » situé 11/13 rue Laghouat à Paris (75018), établissement géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP).

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

Dans ce cadre, la Directrice générale de l'ARS et la Direction des solidarités de la Ville de Paris ont diligenté une inspection conjointe de l'EHPAD « Résidence Oasis » à la suite du dépôt auprès de l'association « Alma » de lutte contre la maltraitance, de la plainte de la fille d'un résident relative aux conditions de prise en charge de son père au sein de cet établissement.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a eu pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

### **B) Modalités de mise en œuvre**

L'équipe d'inspection a été constituée de :

Pour la Ville de Paris - Direction des solidarités :

- Christine LAURENT, responsable de la cellule d'appui et de contrôle, sous-direction de l'autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris ;
- Clément BODEUR CREMIEUX, chargé de mission au service Séniors, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris.

Pour l'ARS Ile de France :

- Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, Délégation départementale de Paris, conseiller médical désigné personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris ;
- Laura SALVY, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France ;
- Maryline SEBBAN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, coordonnatrice de la mission.

Cette équipe a mené des entretiens avec différents professionnels au sein des équipes que réunit l'établissement, elle a également échangé avec des résidents et leurs familles et a pu consulter et s'est fait remettre les documents listés en annexe 2.

A l'issue de la visite, une réunion de restitution des premiers constats notamment ceux portant sur l'aspect de sécurité des locaux (fenêtres ouvertes sur l'extérieur au dernier étage donnant accès aux balcons), de sécurité-incendie et évènement indésirable (injonctions conjointes 19/04/2022), a été tenue le soir même en présence du directeur administratif adjoint aux ressources.

### C) Présentation de l'établissement

L'EHPAD « Résidence Oasis » est un établissement de statut public géré par le centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP), établissement public municipal chargé de la mise en œuvre de la politique de la Ville de Paris en faveur des personnes âgées, des familles, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Le CASVP est gestionnaire de quinze EHPAD localisés pour dix d'entre eux à Paris (13e, 14e, 15e, 18e, 19e, 20e) et cinq autres, en banlieue (92, 93, 94, 95) et province (02), représentant un total de 2450 places (*site Internet CASVP*). En raison de son statut public, les personnels titulaires de l'EHPAD relèvent de la fonction publique territoriale<sup>2</sup>. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement pour la totalité de ses places autorisées. Une minorité de résidents, 25 à 26, disposent des ressources leur permettant de s'acquitter des tarifs d'hébergement (2844,56 € par mois).

Situé au 11/15 rue Laghouat à Paris (75018) dans le quartier de « La Goutte d'Or », l'EHPAD Oasis est accolé à la résidence non médicalisée pour personnes âgées autonomes « Bon Accueil »<sup>3</sup> gérée également par le CASVP au numéro 17 de la même rue. Il forme avec cette résidence un ensemble mutualisé depuis 2003<sup>4</sup>, ainsi qu'avec un autre foyer logement, (Résidence Symphonies) située boulevard Ney dans le 18<sup>e</sup> arrondissement. La direction de l'EHPAD assure ainsi la double direction de la résidence Oasis et celle du foyer logement Bon Accueil.

Ouvert depuis 1995, l'EHPAD Oasis dispose d'une capacité d'accueil de 119 places, suivant l'arrêté conjoint ARSIDF/Département de Paris, n° 2014-63 du 16 avril 2014. Par courrier du 9 mars 2017, l'autorisation a été renouvelée jusqu'au 3 janvier 2032. Les chambres, toutes individuelles, se répartissent sur cinq niveaux, le rez-de-chaussée étant réservé aux espaces collectifs (salle d'animation, espace bibliothèque, salle de kinésithérapie, salle de restaurant, salon de coiffure) et aux services administratifs. Une Unité de Vie Protégée dotée de vingt places d'hébergement permanent est installée au 4<sup>e</sup> étage de la structure, depuis décembre 2001<sup>5</sup>. Chaque chambre offre une surface de près de 20m<sup>2</sup> et est pourvue d'un cabinet de toilette avec douche adaptée. Elle est équipée d'un lit médicalisé et de mobilier (une table de chevet, un fauteuil de repos, un placard aménagé, un bureau-commode et bridge). Chaque étage est équipé d'un office, d'une salle-à-manger, d'un coin salon.

Etage	Nombre de chambres
1er étage	30
2ème étage	29
3ème étage	28
4ème étage	20
5ème étage	12
Total	119

L'état des locaux, lors de la visite inopinée d'inspection, est propre et correct.

<sup>2</sup> Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale

<sup>3</sup> Résidence non médicalisée pour d'une capacité de 60 logements, qui met à disposition des personnes âgées autonomes accueillies, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

<sup>4</sup> PE 2014/2018 : En 2003, les deux établissements ont été mutualisés en y intégrant la Résidence relais Les Symphonies, situé au 99 boulevard Ney dans le 18<sup>e</sup> arrondissement. Cette mutualisation a permis la centralisation de l'équipe de Direction, de l'équipe administrative et la mobilité du personnel technique. Les transferts des résidents selon leur autonomie d'un établissement à l'autre sont facilités par cette organisation.

<sup>5</sup> Selon le PE 2014/2018 (p. 6) : « l'établissement a une capacité d'accueil de 119 lits en chambres individuelles, dont 20 places en Unité de Vie Protégée ouverte depuis le 17 décembre 2001. (...) Depuis le 1er janvier 2009, un lit est ouvert en hébergement temporaire pour Alzheimer au sein de l'Unité de Vie Protégée, (...). En 2011, cette place d'hébergement temporaire a été pérennisée, mais elle n'est plus réservée qu'à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle peut donc désormais être localisée à tous les étages de l'établissement, en fonction des chambres disponibles. ».

116 résidents sont pris en charge, correspondant à un taux de présence de 95 %.

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

Concernant l'EHPAD Oasis, le GMP calculé au 08/04/2022 est de 749, et le PMP de 244.

Son budget de fonctionnement réalisé est de 7 636 743 € en 2021, dont 3.897.892€ au titre de l'hébergement, 1.118.013€ au titre de la dépendance, et 2.620.838€ au titre des soins.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'EHPAD Résidence Oasis est en cours de négociation. La convention tripartite du 14 novembre 2016 est toujours en vigueur.

## **CONSTATS**

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

### **Consignes de lecture :**

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

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

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

### **Références réglementaires et autres références**

CASF

CSP

RBPP HAS

## I – L’ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

### A) L’encadrement des équipes

Le jour de l’inspection, le 6 avril 2022, la direction de l’EHPAD Oasis et celle de la résidence services « Bon Accueil » avec laquelle il forme un ensemble mutualisé depuis 2003<sup>6</sup>, est assurée de manière transitoire par le directeur administratif adjoint chargé des ressources, en l’absence de la directrice. Il dispose, - comme le directeur des soins -, d’une subdélégation de signature, mais la fiche de poste propre le concernant, n’a pas été remise.

L’équipe d’inspection a été informée par courriel<sup>7</sup>, de la désignation de l’actuelle directrice de l’EHPAD Galignani à Neuilly sur Seine également géré par le CASVP, en tant que directrice intérimaire de l’EHPAD Oasis. Et ce, à compter du 2 mai jusqu’à la mise en place d’une nouvelle direction à la tête de l’EHPAD Oasis, et à raison d’1,5 jour par semaine soit trois demi-journées selon précision donnée par le DA. Il n’a pas été remis à la mission d’inspection de document formalisé investissant le directeur adjoint actuel de cette fonction transitoire.

Concernant la **politique de formation** de l’EHPAD, la mission a constaté :

- L’absence de note d’orientation récente, l’absence de compte rendus de réunions sur les décisions de formation et de traçabilité d’avis du médecin coordonnateur. La mission constate l’effort de formation concernant la sécurité-incendie et l’hygiène. Il manque des bilans qualitatifs en complément des bilans quantitatifs.
- L’absence de sessions de formations annuelles de prévention de la maltraitance généralisées à tous les professionnels.
- L’absence de procédure relative aux campagnes d’évaluation annuelle et de recueil des besoins. L’absence de prise en compte intégrale des personnels dans les tableaux de planification des sessions.

#### **Remarque :**

Le directeur administratif adjoint chargé des ressources, faisant fonction de directeur et assurant l’intérim de direction le jour de l’inspection, ne dispose pas d’une fiche de poste propre, qui indiquerait de plus son partage de temps entre la gestion de l’EHPAD Oasis et celle de la résidence « Bon accueil ». La directrice de l’EHPAD Galignani, désignée pour l’intérim jusqu’à mise en place d’une nouvelle direction, n’a pas transmis le document formalisé investissant de cette fonction transitoire.

#### **Remarques regroupées sur l’état des effectifs :**

- l’équipe soignante au chevet des résidents comporte une proportion significative de personnels « faisant fonctions », comme les agents sociaux dits ASO qui exercent sur la base d’un protocole qui n’a pas été remis à la mission, et qui ne disposent pas de la qualification requise pour effectuer les actes de nursing pouvant inclure des soins d’escarres ou autres lésions cutanées ;
- dans l’organigramme, incomplet, l’équipe d’animation n’est pas rattachée à un service ; il n’est pas indiqué si elle est rattachée à la direction ;
- l’équipe des intervenants paramédicaux, - psychomotricienne et kinésithérapeutes -, est composée d’un personnel contractuel et de vacataires (kinésithérapeutes) qui n’apparaissent pas dans l’organigramme et ne sont pas comptabilisés dans les effectifs. Les conventions, - si elles existent -, les liant au CASVP, n’ont pas été transmises ;

<sup>6</sup> Source : PE 2014/2018 : « L’EHPAD a été construit juste à côté de la Résidence services Bon Accueil déjà existante. En 2003, les deux établissements ont été mutualisés en y intégrant la Résidence relais Les Symphonies, situé au 99 boulevard Ney dans le 18ème arrondissement. Cette mutualisation a permis la centralisation de l’équipe de Direction, de l’équipe administrative et la mobilité du personnel technique. Les transferts des résidents selon leur autonomie d’un établissement à l’autre sont facilités par cette organisation ».

<sup>7</sup> Courriel adressé le 15 avril 2022.

- le poste d'ergothérapeute est vacant ; 2 postes d'IDE sont vacants, contribuant à fragiliser l'encadrement de l'équipe au chevet (AS/ASO) ;
- le veilleur de nuit ne figure ni dans l'organigramme, ni dans le tableau des effectifs remis ;
- la comparaison entre les effectifs portés à l'ERRD 2019, et ceux du rapport d'activités 2021, amène à constater un écart global significatif de 7.65 ETP, qui n'est pas explicité.

**Remarque :** La traçabilité des différentes réunions d'équipe est insuffisante ; une fréquence plus régulière de réunions de tous les professionnels du service « soins au chevet » est attendue par les professionnels rencontrés et est nécessaire au bon fonctionnement du service.

**Remarque :** La consultation des dossiers des personnels amène à constater l'absence de livret d'accueil pour les nouveaux arrivants.

**Remarque :** Concernant la politique de formation de l'EHPAD, la mission a constaté : l'absence de note d'orientation récente, l'absence de sessions de formations annuelles de prévention de la maltraitance généralisées à toutes les catégories de professionnels, l'absence de prise en compte intégrale des personnels dans les tableaux de planification des sessions et l'absence d'évaluation régulière de leurs besoins en la matière.

**Remarque :** Le relevé quotidien manuscrit de présence des professionnels de l'EHPAD alourdit les tâches de gestion ; en outre, il est sujet à erreur et moins fiable qu'un système automatisé.

## B) La situation des effectifs

Les états remis concernant les effectifs de l'EHPAD<sup>8</sup> ne permettent pas de faire un décompte précis et d'avoir une vision claire des personnels en raison de données divergentes entre eux. Des postes restent vacants (deux postes d'IDE, et celui d'ergothérapeute), certains ne figurent pas à l'organigramme (veilleur de nuit). La consultation des plannings amène à constater un recours régulier aux personnels contractuels et intérimaires pour faire face à l'absentéisme surtout concernant les personnels para médicaux et au chevet (cf. ci-dessous).

La majeure partie des fiches de poste types transmises ne mentionnent pas le niveau de qualification requis en fonction du poste occupé : postes de direction, d'adjoint au directeur chargé des soins, postes d'infirmiers (matin, après-midi, nuit), d'agent social (ASO) au chevet, d'animateur(ice). L'équipe d'inspection fait le constat de situations de « faisant fonction » notamment des personnels suivants : le directeur adjoint aux ressources (sur le poste de direction le jour de l'inspection), l'infirmière coordonnatrice promue avant d'avoir effectué la formation spécifique, les agents sociaux (ASO) au chevet chargés des mêmes tâches que les aides-soignants, ainsi que l'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée (APA)<sup>9</sup>.

La consultation des dossiers des personnels (17 en tout) conduit à constater une incomplétude et une tenue à améliorer en raison de :

- l'absence quasi généralisée de preuve de vérification des obligations relatives au casier judiciaire B3, vérification qui constitue une obligation réglementaire<sup>10</sup> (->14 s/ 17) ;

<sup>8</sup> Effectifs globaux incluant titulaires, contractuels vacataires, intérimaires, ensemble des services et équipes (soignants, para médicaux et assimilés, administratifs, techniques).

<sup>9</sup> Voir développements chapitre *La qualité et la sécurité des soins, §/Equipe paramédicale activité sportive-rééducation*.

<sup>10</sup> Article L 133-6 du code de l'action sociale et des familles.

- l'absence quasi généralisée de fiches de poste (->12 s/ 17) ;
- dans certains cas, l'absence de copies de diplômes ;
- l'absence quasi généralisée d'évaluations annuelles.

**Remarque :** Les états remis concernant les effectifs de l'EHPAD ne permettent pas de faire un décompte précis et d'avoir une vision claire des personnels en raison de données divergentes entre eux. Des postes restent vacants, certains ne figurent pas à l'organigramme (veilleur de nuit). La consultation des plannings amène à constater un recours régulier aux personnels contractuels et intérimaires pour faire face à l'absentéisme surtout concernant les personnels para médicaux et au chevet.

#### Ecart :

La majeure partie des fiches de poste types transmises ne mentionnent pas le niveau de qualification requis en fonction du poste occupé et des missions attendues.

L'équipe d'inspection a constaté des situations de faisant fonction concernant en particulier : le directeur adjoint aux ressources (sur le poste de direction le jour de l'inspection), l'infirmière coordonnatrice promue avant d'avoir effectué la formation spécifique, les agents sociaux (ASO) au chevet chargés des mêmes tâches que les aides-soignants, l'adjoint administratif en charge de l'animation dotée d'une fiche de poste similaire à une animatrice qualifiée alors qu'elle n'a pas de diplôme spécifique. Référence : Article L312-1, II, 4ème alinéa CASF<sup>11</sup>.

### C) L'organisation du travail

Des professionnels ont évoqué des difficultés liées à l'organisation actuelle<sup>12</sup> du travail qui ne prend pas suffisamment en compte la configuration des locaux et qui a pour conséquence de laisser sans surveillance les résidents placés après leurs soins et toilette, au niveau de la salle à manger d'étage. Ils estiment que cette situation présente un risque pour les résidents.

L'absentéisme est supérieur à 8 %. Des professionnels entendus ont évoqué des arrêts maladie conséquences des difficultés ressenties dans l'organisation actuelle. Des solutions seraient à l'étude en envisageant des postes supplémentaires en renforcement des équipes.

L'élaboration des plannings des professionnels n'est pas faite sur un logiciel commun et partagé et s'effectue de manière dissociée sur des supports Excel, d'une part par l'IDEC pour les AS et ASO, par le directeur adjoint aux soins pour les IDE et les équipes de nuit de paramédicaux et d'autre part par le directeur adjoint aux ressources pour les personnels sur lesquels il a autorité hiérarchique.

La présence quotidienne des professionnels de l'EHPAD est relevée de façon manuelle pour chaque plage horaire - matin, après-midi et soir - par les adjoints administratifs affectés à l'accueil, ce qui alourdit les tâches de gestion et est moins fiable qu'un système automatisé. En outre, ce pointage ne relève pas des attributions des adjoints administratifs d'accueil, telles que définies dans leurs fiches de poste.

<sup>11</sup> Article L312-1, II, 4ème alinéa CASF : « (...) Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 15<sup>o</sup> du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés ».

<sup>12</sup> Organisation actuelle par binôme : deux aides-soignants AS ou ASO affectés en journée sur chacun des étages, à l'exception du 4e étage UVP doté de 3 AS ou ASO, et du 5eme doté d'un seul AS ou ASO.

**Remarque :** Des professionnels ont évoqué des difficultés liées à l'organisation actuelle du travail qui ne prend pas suffisamment en compte la configuration des locaux et a pour conséquence de laisser sans surveillance les résidents placés après leurs soins et toilette, au niveau de la salle à manger d'étage. Des professionnels ont évoqué des arrêts maladie conséquences des difficultés ressenties dans l'organisation actuelle.

**Remarque :**

L'élaboration des plannings des professionnels, équipes de soins et administratives, n'est pas faite actuellement sur un logiciel commun et partagé. Elle s'effectue de manière dissociée sur des tableaux Excel, d'une part par le directeur adjoint des soins et l'IDEC, pour les équipes de soins, d'autre part par le directeur adjoint chargé des ressources.

**Remarque :** Sur une base annoncée de 108 agents ETP, le taux d'absentéisme est évalué à 30 jours d'absences en moyenne par an, soit un taux supérieur à 8 %.

**Remarque :** Le relevé quotidien manuscrit de présence des professionnels de l'EHPAD, alourdit les tâches de gestion, il est moins fiable qu'un système automatisé de badgeage.

**Grille de contrôle/Gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué absentéisme et recours à l'intérim formations.**

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<b>A. L'ENCADREMENT DES EQUIPES</b> -Le jour de la visite d'inspection sur site, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ? -Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?	C			Le jour de l'inspection, la direction de l'EHPAD est assurée par le directeur adjoint chargé des ressources, selon l'organigramme remis, en remplacement de la directrice précédemment en poste depuis décembre 2020.	D 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circularie DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007
-Recrutement, diplôme, qualité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ? -Subdélégations(documentées) de signature ? -Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?	R			Le directeur adjoint indique assurer depuis le départ mi-mars de la précédente directrice, l'intérim de direction de l'EHPAD et de la résidence Bon Accueil accueillie dans la même rue, sans habilitation	
				Par subdélégation de signature donnée par arrêté de la Directrice Générale du Centre d'Action sociale de la Ville de Paris du 14/03/2022 <sup>13</sup> , il dispose d'une délégation pour signer notamment les bons de commande et de manière générale toutes les pièces comptables de dépenses et recettes propres au fonctionnement de l'établissement, dans la limite d'un montant inférieur à 40 K€ et des crédits disponibles (...). Le cadre de santé, directeur adjoint chargé des soins, responsable du service « soins au chevet », bénéficie du même périmètre de pouvoirs délégué. Les délégations visées à l'arrêté du 14/03/2022 restent limitées à quelques domaines en comparaison des missions étendues décrites au sein des fiches de poste notamment celle du DA chargé des soins qui a été remise. Ceci crée une discordance entre délégation de pouvoirs et fiche de poste : concernant la dimension de management	

<sup>13</sup> Article 7 de l'Arrêté n° 220065 portant délégation de la Directrice Générale du Centre d'Action sociale de la Ville de Paris

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				<p>et la gestion des RH, la subdélégation ne mentionne quasiment pas ce domaine, ceci pouvant s'expliquer par le statut spécifique et public des personnels titulaires (fonction publique territoriale).</p> <p>Le directeur adjoint chargé des ressources, en charge de l'intérim, déclare travailler à 80% environ sur l'EHPAD et 20% sur la résidence Bon Accueil, qui forme avec l'EHPAD, le « groupe Oasis - Bon accueil ». Toutefois cette répartition de son temps de travail n'est pas formalisée par écrit. Le DA chargé des ressources est en outre responsable des équipes de la cuisine, de l'accueil, de la buanderie, des équipes administratives, ainsi que du personnel d'entretien.</p> <p><b>Remarque n° 1 :</b> La fiche de poste du directeur adjoint n'a pas été transmise.</p>	
Etat des effectifs				<p>Selon l'organigramme daté du 23/09/2021, l'EHPAD Oasis compte pour 119 places, les services suivants : la direction ; le service d'accueil ; l'administration (services RH, économat, admissions et régie) ; les services hôteliers (cuisine, lingerie, animation, atelier entretien magasin, bio nettoyage) ; le service Soins au chevet (équipes matin, après-midi et nuit) ; le service Médecins-Auxiliaires médicaux ; soit un total comptabilisé de 108 professionnels.</p> <p>Les tableaux et documents transmis ne permettent pas, au jour de la visite et après analyse des documents transmis postérieurement, de faire un décompte précis de tous les professionnels, car :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données des tableaux nominatifs ne sont pas concordantes, notamment avec celles des tableaux relatifs à la formation ; l'effectif budgété 2022 n'a pas été remis</li> <li>- D'après le tableau « Liste nominative ETP du mois d'avril », on compterait 21 contractuels sur 108 agents, soit 19,4%, dont 19 directement liés aux soins et à la prise en charge des résidents ;</li> <li>- il y aurait, d'après mail transmis, 26 CDD sur l'année 2021.</li> </ul> <p>Le tableau des effectifs présenté comprend au total 103 ETP pourvus (104 ETP selon l'ERRD 2019 et selon le rapport d'activité 2021 : 91,85 ETP budgétés et réels auxquels s'ajoutent 4,5 ETP vacants, soit 96,35 ETP).</p> <p>Tenant compte de ces éléments contradictoires, la mission d'inspection se base sur le tableau « Liste nominative ETP du mois d'avril 22 », avec une équipe qui comprendrait au total 108</p>	D.312-155-0 II11 du CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
				<p>personnes, dont 84 titulaires, 21 contractuels (19.4%, dont 19 directement liés aux soins), 3 stagiaires et vacataires.      Par ailleurs, il existe un « vivier » d'environ 8 intérimaires réguliers.</p> <p><b>L'effectif comprend :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un directeur à temps plein (absent)</li> <li>- Un directeur adjoint à temps plein</li> </ul> <p><b>- Une équipe de soins<sup>14</sup> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Un médecin coordonnateur (MEDEC) à 60% (21h), qui complète son temps de travail en faisant fonction de médecin traitant sur 40% (14h)</li> <li>. Un médecin à 45,71% (soit 16h), soit l'équivalent de 0,85 ETP de médecin traitant dans l'établissement. NB : le tableau « liste nominative avril 2022 » fait apparaître un médecin contractuel supplémentaire.</li> <li>. Un cadre supérieur de santé, directeur des soins, à temps plein</li> <li>. Une IDE à temps plein</li> <li>. 10 IDE, dont 2 vacataires, une stagiaire, 7 IDE titulaires à temps plein, 2 postes sont vacants ;</li> <li>. Une psychologue à 0,85 ETP contractuelle ;</li> <li>. Une psychomotricienne contractuelle à mi-temps</li> <li>. Une pédicure contractuelle à 0,2 ETP.</li> </ul> <p><b>- Une équipe « au chevet »</b> soit 55,3 ETP répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 35,7 ETP AS dont une AS en mi-temps thérapeutique, 2 AS stagiaires et 4 contractuels.</li> <li>- 16,8 ETP d'ASO dont 14 titulaires et 3 contractuels.</li> <li>- 2,8 ETP d'AMP, dont 2 titulaires et une stagiaire.</li> </ul> <p><b>- Une équipe d'animation</b> comprenant 4 ETP répartis comme suit : un animateur éducateur physique adapté (APA) contractuel à temps plein ; un adjoint administratif à temps plein ; et deux agents sociaux (ASO) à temps plein.</p> <p><b>- Une équipe de cuisine</b> comprenant 10 ETP répartis comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un agent de maîtrise titulaire ; 5 ASO, dont un contractuel et 4 titulaires ; 4 adjoints techniques titulaires.</li> </ul>	

<sup>14</sup> Voir infra en complément Chapitre La qualité et la sécurité des soins, B) L'organisation des soins : équipe de soins, coordination et permanence des soins.

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Réf.
O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires		
			<p>- <b>Une équipe administrative</b> (accueil et postes administratifs) de 10 ETP répartis comme suit : un secrétaire administratif titulaire ; 3 adjoints administratifs titulaires ; 1 adjoint technique titulaire ; 5 ASO dont une stagiaire.</p> <p>- <b>Une équipe de lingerie</b> de 3 ETP : 2 agents techniques et 1 ASO sur la fonction ménage un ASO à temps plein dédié (ménage assuré par ailleurs par un prestataire extérieur).</p> <p>- <b>Une équipe de maintenance</b> comprenant 2 ASO à temps plein</p> <p>- <b>Une équipe de soins esthétiques</b> comprenant 0,70 ETP, avec une socio-esthéticienne à 0,5 ETP contractuelle et une coiffeuse contractuelle à 0,2 ETP.</p> <p>- Et un <b>veilleur de nuit</b>.</p>		

**Remarques regroupées sur l'état des effectifs n° 2 :**

- l'équipe soignante au chevet des résidents comporte une proportion de personnels « faisant fonctions », comme les agents sociaux dits ASO qui ne disposent pas de la qualification requise pour effectuer les actes de nursing pouvant inclure des soins d'escarres ou autres lésions cutanées ;
- dans l'organigramme, incomplet, l'équipe d'animation n'est pas rattachée à un service ;
- l'équipe des intervenants paramédicaux, - psychomotricienne et kinésithérapeutes -, est composée d'un personnel contractuel et de vacataires (kinésithérapeutes) qui n'apparaissent pas dans l'organigramme et ne sont pas comptabilisés dans les effectifs. Les conventions, - si elles existent -, les liant au CASVP, n'ont pas été transmises ;
- le poste d'ergothérapeute est vacant ; 2 postes d'IDE sont vacants, contribuant à fragiliser l'encadrement de l'équipe au chevet (AS/ASO) ;
- le veilleur de nuit ne figure ni dans l'organigramme, ni dans le tableau des effectifs remis ;
- la comparaison entre les effectifs portés à l'ERRD 2019, et ceux du rapport d'activités 2021, amène à constater un écart global significatif de 7,65 ETP, qui n'est pas explicite.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
<p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du médecin coordonnateur (<b>MEDEC</b>) et infirmière coordonnatrice (<b>IDEC</b>)<sup>15</sup>?</p> <p>-Permanence/astreinte médicale formalisée ?</p> <p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'<b>IDEC</b> ?</p> <p>Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?</p>				<p><b>Le médecin coordonnateur - L'infirmière coordonnatrice :</b> voir développements infra, chapitre <i>La qualité et la sécurité des soins B) L'organisation des soins : équipe de soins, coordination et permanence de soin</i></p>	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
<p>Réunions (régulières, documentées ? CR, plannings, fréquence) direction/siège du CASVP ?</p>	0			<p>La tenue des réunions suivantes a été indiquée lors des entretiens.</p> <p>D'une part :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réunions mensuelles avec le siège du CASVP</li> <li>- réunion du réseau des directeurs adjoints (séminaires sur des thématiques spécifiques - actuellement : le CPOM) - pas de fréquence précisée.</li> </ul> <p>- D'autre part, au niveau de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CODIR : il a été indiqué lors des entretiens que sous la direction précédente, un CODIR hebdomadaire se tenait, auquel participaient le directeur, le directeur adjoint, le MEDEC, l'IDEC, le cadre de santé, ainsi 3 ou 4 CODIR tout au plus, se sont tenus.</li> <li>- Réunions mensuelles d'étage auxquelles participent les cadres, les personnels de l'étage, la psychologue. L'existence de compte rendus n'est pas connue.</li> <li>- Réunions d'équipes hebdomadaires animées par le directeur adjoint, avec les personnels dont il est le supérieur hiérarchique (accueil, maintenance, cuisine, administratif) ;</li> <li>- Réunions, ponctuelles, du service « soins au chevet » animées par le responsable hiérarchique ;</li> <li>- Transmissions d'équipe quotidiennes entre 13h45 et 14h15 ;</li> <li>- Une réunion d'échanges au premier trimestre 2022 sur les pratiques professionnelles.</li> </ul> <p><b>R</b> Selon les cadres rencontrés, excepté la retranscription des transmissions sur TITAN, les réunions ne font pas l'objet d'une traçabilité.</p> <p><b>Remarque n° 3 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la traçabilité des différentes réunions est insuffisante</li> <li>- une fréquence plus régulière de réunions de tous les professionnels du service « soins au chevet », est attendue par les professionnels rencontrés et est nécessaire au bon fonctionnement du service.</li> </ul>	

<sup>15</sup> Voir ci-dessous en complément Chapitre *La qualité et la sécurité des soins, B) L'organisation des soins : équipe de soins, coordination et permanence des soins.*

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
Modalités d'accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>16</sup> et dossier RH type, remise de documents ; règlement intérieur et de fonctionnement, etc...				<p>Sans pouvoir analyser un tableau des effectifs nominatifs comparés sur plusieurs années, il apparaît néanmoins que l'établissement n'enregistre que peu de mobilité et d'arrivées nouvelles parmi les équipes au chevet (IDE, AS, ASO, ...). Le personnel d'encadrement a connu davantage de mouvements, notamment la précédente directrice arrivée au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et qui devait être remplacée après le 15 mai 2022 ; l'IDEC promue en septembre 2021 ; la MEDEC arrivée en septembre 2020.</p> <p>La pyramide des âges du personnel laisse apparaître un pic dans la tranche 40/49 ans, et 57% du personnel a moins de 50 ans.</p> <p>Il ressort des entretiens que l'accueil des nouveaux arrivants fait l'objet d'un accompagnement par les responsables de services (administratif ou cadre de santé), notamment concernant les outils en place.</p> <p>La consultation des dossiers des personnels amène à constater l'absence de livret d'accueil pour les nouveaux arrivants. Pourtant, la fiche de poste de la responsable RH (secrétaire administrative catégorie B), - en théorie accompagnée de 2 agents de catégorie C -, précise cette notion d'accueil.</p> <p>Une partie importante de l'activité des aides-soignants et des agents sociaux (ASO) est assurée par des intérimaires auxquels l'établissement fait régulièrement appel, comme la consultation des plannings amène à le constater et comme le confirment les entretiens avec les professionnels.</p> <p><b>Remarque n° 4 :</b> La consultation des dossiers des personnels amène à constater l'absence de procédure d'accueil et d'intégration pour les nouveaux arrivants.</p>	
Politique de formation			R	<p>Concernant la politique de formation<sup>17</sup>, l'établissement a adressé 8 tableaux Excel ainsi que d'autres documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le bilan et plan des formations 2019/22 pour les AS et AMP, et pour les agents sociaux au chevet (ASO), et celui des IDE ;</li> <li>- le tableau des demandes individuelles 2021 et celui de 2022 ;</li> <li>- le tableau des demandes collectives 2021 ;</li> </ul>	

<sup>16</sup> EX. : travail en doublet, accompagnement par pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles, dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

<sup>17</sup> Voir en complément chapitre **L a qualité et la sécurité des soins, B L'organisation des soins**

Points abordés et constatés lors de l'inspection						Réf.
	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- les formations incendie 2019 et 2021 ;</li> <li>- le rapport d'activité 2021 mais qui n'est pas complété sur le paragraphe « formation » (V.6 page 22) ;</li> <li>- une note de 2018 du siège CASVP relative aux orientations pour l'élaboration du plan de formation 2019, qui fait état de 6 axes : accompagnement des résidents, management et organisation individuelle, maîtrise des outils métiers, maîtrise des outils informatiques, maîtrise et prévention des risques sanitaires, promotion professionnelle des agents, et insistant particulièrement sur l'axe managérial.</li> </ul> <p>Le cadre de fréquence défini par le CASVP a été précisé : il est de 4 formations sur 4 ans pour les AS, ASO et AMP et de 5 formations sur 4 ans pour les IDE. Les formations individuelles et collectives proposées au personnel sont issues du catalogue qu'il met à disposition. Pour chaque catégorie d'agents, des formations individuelles obligatoires sont indiquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les AS/AMP : prise en charge de la douleur et formation aux transmissions ciblées</li> <li>- Pour les ASO : connaissance de la personne âgée et formation à la bientraitance</li> <li>- Pour les IDE : prise en charge de la douleur, éthique et pratique soignante, et plaies/cicatrisations.</li> </ul> <p>Or, selon les recommandations de bonnes pratiques<sup>18</sup>, les formations de prévention de la maltraitance doivent être généralisées à toutes les catégories de professionnels et avoir une périodicité annuelle. Pour les formations au choix, outre celles déjà listées ci-dessus, on trouve également : relations avec les familles, nutrition/dénutrition, sécuriser la prise en charge médicamenteuse, troubles du comportement, prise en charge de la personne diabétique.</p> <p>Concernant les formations collectives proposées en 2022, on note 11 formations proposées, dont 3 relatives aux soins et à la prise en charge des résidents (analyse des pratiques professionnelles via le théâtre, accueillir et prendre en charge des PA issues de la grande précarité, simulation de vieillissement). Les autres concernent l'hygiène, la sécurité (dont alimentaire). En outre, des formations « incendie » ont été organisées en 2019 et en 2021, concernant</p>		

<sup>18</sup> HAS, ex ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				<p>l'ensemble des agents. Seuls 3 agents n'ont pas suivi ces formations, ni en 2019 ni en 2021 (2 ASO et 1 IDE).</p> <p><b>Remarque n° 5 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'orientation autre que de 2018 en matière de formation du personnel de l'EHPAD, ni de la part du siège CASVP, ni de l'établissement (directeur, cadre supérieur de santé, MEDEC, etc.). Absence de compte rendus de réunions sur les décisions de formation et de traçabilité d'avuis du médecin coordonnateur (cf. fiche de poste). De fait, l'on note un décalage entre les formations proposées et les orientations transmises par le CASVP ; - et anciennes - en 2018 : il est relevé l'absence de formation sur le management, sur les outils métiers et les outils informatiques quotidiens. En revanche, la mission constate l'effort de formation concernant la sécurité-incendie et l'hygiène. Des attestations de formation sont présentes dans les dossiers des personnels. Existence de bilans quantitatifs transmis mais non qualitatifs.</li> <li>- Absence de sessions de formations annuelles de prévention de la maltraitance généralisées à toutes les catégories de professionnels.</li> <li>- Absence de procédure relative aux campagnes d'évaluation annuelle et de recueil des besoins, par conséquent absence d'analyse des besoins en la matière.</li> <li>- L'intégralité des personnels ne figure pas dans les tableaux, par exemple pour les ASO/AS/AMP, 29 personnes sont intégrées au bilan, alors que l'établissement tient en compte 74 (cf. tableau nominatif avril 2022).</li> </ul>	
Modes de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?				<p>Il est constaté à la consultation des dossiers de personnels : des sanctions mentionnées sur certains dossiers tels qu'exclusion temporaire, ou mobilité ; de nombreux entretiens d'évaluation annuelle manquants, lesquels entretiens semblent avoir été au mieux biannuels ; des absences non justifiées, donnant lieu à entretiens et compte rendu. À noter : le volume significatif des arrêts maladie dans les dossiers consultés (17 dossiers consultés).</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Réf.
O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires		
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ? Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?	R		<p>La présence quotidienne des personnels est relevée manuellement par les personnes de l'accueil, pour le matin, l'après-midi et le soir. Les absences éventuelles sont remontées au pôle administratif et à l'IDEC pour les soins afin qu'un remplacement (intérim) soit trouvé si le personnel en place ne peut pallier.</p> <p>Si l'établissement utilise le logiciel RH21, outil de la Ville de Paris, ce logiciel n'est pas utilisé pour gérer les temps de présence des salariés. Ainsi, la mise en place des plannings soins au chevet, comme celle des autres secteurs, est faite sur fichiers Excel : par l'IDEC pour les soins et supervisé par le cadre de santé directeur des soins.</p> <p><b>Remarque n° 6 :</b> Le relevé quotidien manuscrit de présence des professionnels de l'EHPAD, alourdit les tâches de gestion, il est moins fiable qu'un système automatisé.</p>		
Ratio d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).			<p>Suivant l'ERRD 2019, l'effectif total est de 104 ETP.</p> <p>Suivant l'EPRD 2021, il est de 103,90 ETP, suivant le rapport d'activités 2021 : 91,85 ETP sont budgétés et réalisés. L'EPRD 2022 n'a pas été communiquée.</p> <p>Néanmoins, comme vu précédemment, le tableau « liste nominative ETP d'avril 2022 » fait quant à lui, état de <b>108 ETP</b>.</p>		
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? Recensement des salariés présents le jour J et écarts éventuels avec plannings.			<p>Le 6 avril 2022, jour de la visite, aucune absence imprévue de personnel n'a été notée et le planning prévisionnel affiché au 3<sup>e</sup> étage est respecté pour ce qui est du matin.</p> <p>Si certains dossiers de personnel contiennent plusieurs arrêts de travail, il est à noter qu'une mesure de rappel aux agents d'une retenue immédiate sur salaire en cas d'absence non justifiée a été mise en place depuis 2020. Selon l'entretien avec le directeur adjoint, il est encore tôt pour évaluer les effets de cette mesure sur le niveau d'absentéisme au sein de l'établissement. Selon le rapport d'activité</p>		

Points abordés et constatés lors de l'inspection						Réf.
O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires			
	<b>R</b>		<p>2021 (chapitre VI, 4.1), le taux moyen d'absentéisme est de <b>8,26%</b> soit 3 290 jours, dont la moitié concerne des arrêts malades d'une durée d'une semaine à 6 mois. Sur une base annoncée de 108 agents, cela revient à une moyenne conséquente de <b>30 jours d'absences par an</b>. De plus, les absences non justifiées ne figurent pas dans le décompte total, le rapport d'activité, incomplet sur le coût total des remplacements, indique le chiffre de 127 mensualités payées sous forme de CDD de remplacement et de 171 K€ dépensées en intérim sur 2021 (soit 286 jours remplacement d'AS et 29, d'IDÉ).</p> <p><b>Remarque n° 7 :</b>  Le taux d'absentéisme est supérieur à 8 %, et cela, sans compter les absences non justifiées. L'impact de la mesure aux agents, d'une retenue immédiate sur salaire en cas d'absence non justifiée, sur le niveau d'absentéisme, n'est pas évalué.</p>			
Ventilation intérimaires	personnels	CDI	(« titulaires »)/CDD/	<p>Les tableaux transmis ne permettent pas de faire un décompte précis des personnels en poste en avril 2022 : les tableaux nominatifs ne sont pas concordants, voire ils sont contradictoires notamment avec les tableaux relatifs à la formation. L'établissement n'a pas pu fournir le décompte des agents par type de contrat à date, les données étant selon indication donnée, fiabilisées au niveau du siège CASVP (<i>mail obtenu le 6 avril pour le décompte 2021</i>). Le taux de recours aux contrats à durée déterminée (CDD) semble se situer dans la moyenne, situation sans doute liée à la difficulté de recruter par le biais contractuel dans la fonction publique. D'après le tableau « <i>liste nominative ETP du mois d'avril</i> », il est décompté 21 contractuels sur 108 agents, soit 19,4%, dont 19 liés aux soins et à la prise en charge des résidents. D'après un mail ultérieur transmis, l'année 2021 a enregistré un nombre un peu supérieur, de 26 CDD. En revanche, le recours à l'intérim pour pallier les absences du personnel obéit le budget de fonctionnement de l'EHPAD (cf. montant 2021 de 171 K€).</p> <p><b>Remarque n° 8 :</b> Les tableaux transmis ne permettent pas de faire un décompte précis des personnels en poste en avril 2022. L'établissement n'a pas pu fournir le décompte des agents par type de contrat à date, les données étant selon indication donnée, fiabilisées au niveau du siège CASVP. Le taux de recours aux contrats à durée déterminée (CDD) semble se situer dans la moyenne. Le recours à l'intérim pour pallier les absences du personnel obéit le budget de fonctionnement de l'EHPAD (cf. montant 2021 de 171 K€).</p>		

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heureuses pour les personnels de jour ? de nuit ?  Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ? Y-a-t-il des glissements de tâches et des situations de faisant fonctions ?	X	X	R	<p>Les fiches de poste de toutes les catégories d'agents ont été transmises, à l'exception de celles de l'IDEC et du directeur adjoint. Il s'agit de fiches de poste types des profils publiés, que l'on ne retrouve pas dans les dossiers administratifs des intéressés lors de leur consultation, et qui font l'objet ni d'un suivi, ni d'une évaluation régulière (cf. commentaires ci-dessus §B/I/a situation des effectifs).</p> <p>De plus, absence de fiches de tâches heureuses pour les personnels de jour et de nuit.</p> <p>La majeure partie des fiches de poste types transmises ne mentionnent pas le niveau de qualification requis en fonction du poste occupé et des missions attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le poste de direction</b> de l'EHPAD, la fiche de poste correspondante (« pour la direction d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris publiée FHF 18-03-22 ») ne spécifie pas de niveau de diplôme attendu concernant ce poste à haute responsabilité dont il est attendu de solides capacités managériales ; il est simplement indiqué qu'<i>« une expérience de la gestion d'établissement et une bonne connaissance des problématiques liées à la gérontologie sont attendues »</i>.</li> <li>- <b>Le poste d'adjoint au directeur chargé des soins</b>, bénéficiaire de délégations de signature comme son homologue administratif adjoint aux ressources, dont la fiche de poste (si elle existe) n'a pas été remise : la fiche de poste type du 15/07/2020 ne précise pas de niveau de diplôme concernant ce poste à responsabilités occupé par le cadre de santé, et qui couvre un large périmètre en matière de management de l'équipe de soins<sup>19</sup>, de prise en</li> </ul>	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)  Articles L.311-3 et L312-1, II, 4ème alinéa CASF <sup>22</sup> et HAS <sup>23</sup>
			E		

<sup>19</sup> Encadre, anime et contrôle les équipes soignantes ; adapte les effectifs à la charge de travail en intégrant les contraintes inhérentes à la tarification ; assure la formation des professionnels et l'actualisation de leurs compétences ; assure le soutien, la coordination et la supervision de l'équipe soignante ; se préoccupe de la qualité de vie au travail, de la valorisation des professionnels et de la prévention des risques professionnels ; participe à l'évaluation annuelle des soignants.

<sup>22</sup> Article L312-1, II, 4ème alinéa CASF : « (...) Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées **par des équipes pluridisciplinaires qualifiées**. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés ».

<sup>23</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				<p>charge des résidents, de contribution au projet de vie, d'organisation et de suivi de stages.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les <b>postes d'infirmiers</b> de matin, d'après-midi et de nuit, il n'y a pas de mention du préalable de détention du diplôme d'Etat d'infirmier, il est seulement mentionné que « l'activité de l'infirmier(e) s'inscrit et s'exerce conformément aux dispositions des articles R.4311-1 et suivants du CSP relatifs aux règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier(e) ».</li> <li>- Le <b>poste d'agent social (ASO) au chevet</b> : selon la définition métier<sup>20</sup> et le descriptif des activités décrites dans la fiche de poste, l'ASO, - en binôme avec l'aide-soignant pour les soins de nursing aux personnes âgées -, effectue des tâches de soins similaires et dévolues à l'AS, soit les soins d'hygiène et le confort des personnes âgées, les soins liés à l'alimentation, et ceux liés à l'élimination (changement protections). Il n'est cependant pas spécifié de niveau de qualification excepté un diplôme des gestes d'urgence et de premier secours qui serait <i>apprecié</i>.</li> <li>- Le <b>poste d'animateur(ice)</b> : la fiche de poste type ne mentionne pas de pré requis de diplôme alors que les attentes sont conséquentes. Le jour de l'inspection, le poste est occupé par un adjoint administratif principal, chargé selon sa fiche de poste de « concevoir, mettre en œuvre et coordonner les animations individuelles et collectives (...) ». En outre, il n'y a pas de mention concernant des modalités d'animation adaptée à la prise en charge des résidents accueillis au sein de l'unité de vie protégée.</li> <li>- Le <b>poste d'animateur « APA »</b> (animateur spécialisé d'activité physique adaptée) : ce poste ne figure pas à l'organigramme remis du 23/09/2019, selon le tableau des effectifs, en poste depuis 2021, il est intégré à l'équipe d'animation recruté sur un contrat contractuel, son activité est assimilée à l'animation, elle comporte toutefois une dimension principale de soins et de rééducation physique</li> </ul>	

<sup>20</sup> Fiche de poste AGENT SOCIAL MATIN Au Chevet : Définition Métier : Assurer une prise en charge globale des résidents dépendants physiquement et psychiquement, dans le respect de leur dignité et conformément au projet de vie individualisé au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Participer aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne âgée. Acccompagner le résident dans les activités de la vie quotidienne.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
L'équipe d'inspection a fait le constat de situations de « faisant fonction » : le directeur adjoint aux ressources (sur le poste de direction le jour de l'inspection), l'infirmière coordonnatrice promue avant d'avoir effectué la formation spécifique, les agents sociaux (ASO) au chevet chargés des mêmes tâches que les aides-soignants, ainsi que l'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée (APA).				comme précisé dans la fiche de poste <sup>21</sup> (et, voir développements ci-dessous chapitre La qualité et la sécurité des soins).	
<b>Ecart n° 1 :</b> La majeure partie des fiches de poste types transmises ne mentionnent pas le niveau de qualification requis en fonction du poste occupé et des missions attendues. L'équipe d'inspection a fait le constat de glissements de tâches et de plusieurs situations de faisant fonction.	X	E		<p>La consultation des dossiers RH (17 en tout) amène à constater :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'absence quasi généralisée de preuve de vérification des obligations relatives au casier judiciaire B3, ainsi que des fiches de poste.</li> <li>- Une large majorité des dossiers consultés étaient lacunaires et non mis à jour.</li> <li>- La plupart des dossiers contiennent les diplômes et les arrêtés de nomination.</li> <li>- Pour les agents contractuels, les contrats n'y sont pas nécessairement.</li> <li>- Pas de fiches de poste dans les dossiers RH.</li> </ul> <p><b>Remarque n° 9 :</b> D'un point de vue matériel, les conditions actuelles de conservation des dossiers des personnels au bureau RH ne facilitent pas leur consultation, l'armoire les contenant et fermant à clef, est saturée. Par manque de personnel selon les précisions données, l'archivage des pièces, - indispensable compte tenu de leur volumétrie et de leur ancienneté -, et qui avait été engagée, n'a pas pu être poursuivie.</p>	Article L312-1 II 4ième alinéa du CASF  Article L133-6 du CASF

<sup>21</sup> Activités principales : L'animateur est placé sous l'autorité du cadre supérieur de santé au même titre que les membres de l'équipe d'auxiliaires médicaux, puisqu'il intervient sur prescription des médecins traitants dans le cadre de la mise en œuvre de l'accompagnement thérapeutique non médicamenteux des résidents.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires	Réf.
<b>C. L'ORGANISATION DU TRAVAIL</b>  La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?				<p>En l'absence de procédure détaillant les règles d'élaboration des plannings, les constats suivants peuvent être faits à partir des entretiens menés et des tableaux transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'effectif minimum fixé est de 2 aides-soignants par étage et 1 « volante » au 5<sup>e</sup>, qui vient en aide en cas de besoin et d'appel, à ses collègues des autres étages (du 1<sup>er</sup> au 4<sup>e</sup>) ; et il y a 2 infirmières en poste le matin pour l'ensemble de l'établissement, le poste d'IDE de l'après-midi n'est pas pourvu depuis plusieurs mois.</li> <li>- A cela, s'ajoutent les ASO (agents sociaux au chevet) qui forment binôme avec les AS pour les soins de nursing et viennent renforcer l'effectif minimum. Dans les faits, les ASO se substituent régulièrement aux AS en fonction des absences de ces dernières.</li> <li>- Les effectifs complets sont de 10 ASO (dont 9 titulaires) et 17 AS (dont 14 titulaires). Le 6 avril, 4 ASO et 7 AS, plus 3 infirmières étaient présents. Par ailleurs, des stagiaires d'un lycée professionnel, étaient présentes, ainsi qu'une élève infirmière de l'IFSI qui s'occupe d'un résident en particulier.</li> <li>- L'établissement procède au roulement des équipes, les personnels pouvant passer d'un étage à l'autre entre le matin et l'après-midi, et notamment au 4<sup>e</sup> (UVP de 20 lits).</li> </ul>	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ? Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?				<p><b>Remarque n° 10 :</b> Lors des entretiens, des professionnels ont évoqué les difficultés générées par l'organisation actuelle compte tenu de la configuration de l'EHPAD, organisation qui a pour conséquence de laisser sans surveillance les résidents placés au niveau de la salle à manger d'étage, après leurs soins et toilettes.</p> <p>L'élaboration des plannings des professionnels est assurée sur des supports Excel. Il n'y a pas de logiciel commun et partagé pour l'élaboration des plannings :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les soins, l'IDEC se charge des plannings, en utilisant des lettres et des codes couleurs (étage, unité, période), avec un affichage au 3<sup>e</sup> étage pour l'ensemble de l'établissement. L'accueil fait remonter les absences éventuelles, afin qu'une nouvelle répartition par étage puisse se faire en fonction des agents en présence, puis de faire appel à un pool d'intérimaires si les ratios sont insuffisants.</li> </ul>	28/76

Points abordés et constatés lors de l'inspection						Réf.
O/ C	N/ NC	E/ R	Commentaires			
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour l'équipe administrative et d'accueil, le directeur adjoint établit les plannings sur un fichier Excel.</li> <li>- Pour l'équipe hôtelière, en dehors de la lingerie dont le planning est fait par le directeur adjoint ressources, il n'y a pas eu de transmission des plannings des équipes de restauration notamment.</li> </ul> <p>Pour les équipes hôtelières (agent de maîtrise, agents techniques, adjoints techniques et ASO) 2 équipes sont présentes le matin et le soir. Il a été indiqué que des négociations sont en cours avec les équipes pour introduire plus de flexibilité entre le matin et le soir afin d'éviter des absences sans possibilité de remplacement par les agents jour/night.</p> <p>Les temps pour assurer la transmission et la continuité sont effectifs : un cahier conservé à l'accueil de l'EHPAD retrace les informations lors des transmissions. Le temps de transmission de l'équipe soignante, entre équipes du matin et celles de l'après-midi, a lieu à 13h45 dans une grande salle de réunion accolée à la salle à manger au rez de chaussée.</p> <p><b>Remarque n° 11 :</b> il n'y a pas de logiciel commun de gestion des plannings et partagé ni de fichier uniformisé, ce qui ne facilite pas la compréhension de l'organisation heuree du travail des différents secteurs d'activité de l'EHPAD.</p>			
			<p>Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes : qui en assure le pilotage ? existe-t-il une procédure ? mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?</p>	R	<p>Le directeur des soins est en charge avec l'IDEC des transmissions en présence du MEDEC. La traçabilité se fait via Titan mais aussi par notes manuscrites. Un ordinateur se trouve à chaque étage/poste de soins, donc une seule personne pour renseigner Titan. Une démonstration de l'outil Titan (outil CASVP) permet de constater l'absence de certaines mentions (notamment sur les projets personnalisés non renseignés et sur les signalements).</p> <p><b>Remarque n° 12 :</b> Absence de traçabilité des transmissions : l'utilisation de Titan est partielle et il existe en parallèle des cahiers manuscrits. La transmission des informations sur le cahier à l'accueil vient affaiblir l'utilisation du logiciel de suivi des résidents (Titan) qui ne semble pas être utilisé par tous, car très incomplet.</p>	

## **II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS**

### **A) Le nombre et le profil des résidents accueillis**

Au 6 avril selon la liste GIR remise, 113 personnes âgées sont hébergées soit un taux de présence au sein de l'EHPAD, de 95 %, rapporté au total de 119 places, places toutes habilitées à l'aide sociale. La répartition par étage et les niveaux de GIR sont les suivants :

Etage	Nombre de résidents	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
1er étage	29	6	9	12	2
2ème étage	25	4	10	8	3
3ème étage	28	10	11	3	4
4ème étage	20	3	15	1	1
5ème étage	11	5	6		
<b>Total</b>	<b>113</b>				

Selon les précisions données, la population de l'EHPAD comprend des personnes (11 le jour de l'inspection) en situation de précarité sociale venant de la rue, adressées de façon exceptionnelle après le pic épidémique par le Samu social de Paris, toutes âgées de 60 ans et plus, avec des addictions (tabac et alcool). Au nombre de 11, elles sont installées au 5<sup>e</sup> étage où devraient être hébergées, selon l'organisation interne à l'EHPAD Oasis, les personnes les plus autonomes.

### **B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents**

**La procédure d'admission** à l'EHPAD Oasis, - gérée administrativement par la responsable admission également régisseuse -, est la même que celle mise en place par le CASVP, pour tous les établissements qu'il gère, et répond aux mêmes règles décrites dans le règlement de fonctionnement d'Oasis :

- Les démarches se font auprès de la section du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris de l'arrondissement du domicile de la personne à l'origine de la demande. En amont, renseignement peut être pris auprès du siège qui centralise les demandes : le bureau de l'accueil en résidence (BAR).
- Il y a des conditions d'admission : être âgé de 60 ans et plus, être domicilié à Paris depuis au moins 3 ans (situation appréciée dans la période des 5 ans précédant la demande), ou avoir résidé au moins 10 ans et avoir quitté Paris depuis moins de 3 ans au moment de la demande ; ne plus exercer d'activité professionnelle sauf dérogation expresse accordée par la Directrice générale du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris ; en outre des dérogations peuvent être accordées aux candidats non parisiens.
- La constitution du dossier d'admission se fait à partir du dossier type (article D 312-155-1 du casf), accompagné de pièces à fournir.

Au sein de l'EHPAD Oasis, il existe une procédure selon laquelle la décision d'admission résulte d'une évaluation pluridisciplinaire associant médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue et personnel soignant (IDE et AS) de l'étage concerné. Cette évaluation est réalisée lors d'une visite de préadmission. Toute demande pré acceptée, est précédée d'une visite médicale obligatoire. L'ensemble des démarches peut s'étaler sur deux mois au plus, à partir de l'enregistrement de la demande d'admission. Il a été précisé que de nombreuses candidatures n'aboutissent pas.

**Le projet d'établissement** remis concernant l'EHPAD Oasis, n'est plus à jour depuis 2018, il couvre la période, échue, 2014-2018.

**Ecart :**

L'EHPAD Oasis ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.

Au jour de l'inspection, les résidents ne disposent pas de **projets d'accompagnement personnalisé** à jour. Si, sur Titan, il existe un onglet spécifique avec des rubriques bien détaillées, en pratique le volet de PAP n'est pas mis en œuvre. Et il n'y a pas de procédure spécifique d'élaboration pluridisciplinaire des projets personnalisés.

**Ecart :**

Les résidents de l'EHPAD ne disposent ni d'un projet personnalisé, ni d'un projet de soins, ce qui est contraire à l'article D.312-155-0, 3ème alinéa du CASF. Il n'y a pas de procédure spécifique d'élaboration pluridisciplinaire des projets personnalisés.

### C) La communication avec les familles et le CVS

La dernière séance du conseil de vie sociale, dont le CR a été transmis, s'est tenue le 15/09/21. Il n'a pas été réactivé depuis, à la suite des décès qui auraient touché, selon précision donnée en raison du Covid, les membres élus comme représentants des résidents. Des élections de renouvellement sont prévues le 28 juin 2022 afin de désigner de nouveaux représentants des résidents.

La communication avec les familles n'est pas spécifiquement structurée. Très peu d'entre elles s'impliquent dans la vie de l'établissement. Une enquête de satisfaction conduite en 2021 n'a été complétée que par 23 résidents sur 119, soit un taux de retour inférieur à 20%, insuffisamment représentatif des attentes des personnes âgées accueillies.

La mission a rencontré un proche de résident, qui a indiqué être satisfait de la prise en charge de son ami et du professionnalisme notamment des AS et des IDE. Il s'est cependant plaint de ne pas avoir été prévenu lors d'une chute de son proche, mais il a précisé que c'est généralement le cas. En contactant régulièrement l'équipe de soin, il arrive à accompagner son proche à ses rendez-vous médicaux. Il est informé de l'existence du CVS et des élections en cours. Il demande un changement dans l'organisation des équipes pour pouvoir voir aussi l'équipe du matin. Des comités éthiques sont organisés mais ne sont pas accessibles aux familles, ce qu'il regrette.

**Ecart :**

Au jour de l'inspection, le conseil de la vie sociale de l'EHPAD n'a plus été réuni depuis septembre 2021 soit depuis sept mois, contrairement aux dispositions D. 311-4 à 20 du CASF.

**Remarque :**

La communication avec les familles n'est pas spécifiquement structurée. Très peu d'entre elles s'impliquent dans la vie de l'établissement. Un proche de résident a indiqué être satisfait de la prise en charge en termes de professionnalisme des professionnels de soins et apparentés. Il demande un changement dans l'organisation des équipes pour pouvoir voir aussi l'équipe matin. Des comités éthiques sont organisés mais sont fermés aux familles, ce qu'il regrette.

## D) La politique de bientraitance

Le numéro de l'association ALMA de lutte contre la maltraitance et la liste des personnes qualifiées sont affichés dans l'établissement.

Un registre manuscrit des doléances a été mis en place depuis 2018. Les dernières mentions sont anciennes et remontent à 2019. Son existence et sa fonction sont peu connues.

L'ensemble des leviers qui participent à une politique de prévention, ne sont pas actionnés : existence d'un protocole de prévention et d'une démarche permettant d'identifier les situations à risques, traçabilité et retour d'expérience (retex) sur les évènements indésirables graves, formations généralisées et régulières sur la bientraitance, mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles. Les faits, notamment ceux à l'origine de l'inspection, ont fait l'objet en guise de traitement, d'un rapport dit circonstancié.

La consultation du plan de formation 2019/22 amène à constater l'absence de généralisation des sessions « prévention de la maltraitance » à toutes les catégories de professionnels<sup>24</sup>, ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques. Il y aurait des groupes d'analyse de pratiques mais qui se tiendraient ou se tenaient en présence de membres de la direction, ce qui peut freiner la libre circulation de la parole.

Par ailleurs, il existe un « comité éthique » mais surtout orienté sur des thématiques médicales (EX : refus de soins).

### Remarque :

Un registre manuscrit des doléances a été mis en place depuis 2018. Les dernières mentions remontent à 2019. Son existence et sa fonction sont peu connues.

L'ensemble des leviers qui participent à une politique de prévention, ne sont pas actionnés : existence d'un protocole de prévention et d'une démarche permettant d'identifier les situations à risques, traçabilité et retour d'expérience (retex) sur les évènements indésirables graves, formations généralisées et régulières sur la bientraitance, mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.

<sup>24</sup> Pour les ASO : connaissance de la personne âgée et formation à la bientraitance

**Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :**

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / C N/C	N/ E/R	Commentaires	Réf.
<b>A. LE NOMBRE ET LE PROFIL DES RÉSIDENTS ACCUEILLIS</b>  Nb de résidents accueillis le jour J ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ? Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?			Au jour de l'inspection (6 avril) et selon la liste remise, 113 personnes âgées sont prises en charge au sein de l'EHPAD Oasis, soit un taux de présence de 95 % rapporté au total de 119 places autorisées.	Annexe 2-3-112 / D. 312-169-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)
<b>B. LES MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS</b>  Politique d'admission			<p>Le service Admissions/Régie<sup>25</sup> se compose de deux adjoints administratifs placés sous la responsabilité d'un secrétaire administratif. Il est chargé d'organiser la gestion administrative des entrées et des sorties des résidents, l'accueil et l'information du public (résidents, familles, tuteurs) sur les conditions d'admission et de fonctionnement de l'établissement, la réception du public et le suivi des admissions, la constitution et le suivi des dossiers administratifs des résidents tout au long de leur séjour.</p> <p>Actuellement, une personne, adjoint administratif principal, en poste depuis dix ans, est responsable des admissions, fonction qu'elle cumule avec celle de régisseuse<sup>26</sup> de l'EHPAD. Elle est aidée par un agent social en reclassement affecté depuis 2019.</p> <p>La procédure d'admission à l'EHPAD Oasis est la même que celle mise en place par le CASVP, pour tous les établissements qu'il gère, et répond aux mêmes règles qui sont décrites dans le règlement de fonctionnement d'Oasis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les démarches se font auprès de la section du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris de l'arrondissement du domicile de la personne à l'origine de la demande. En amont, renseignement peut être pris auprès du siège qui</li> </ul>	

<sup>25</sup> Situé au rez de chaussée de l'EHPAD proche des autres services administratifs dont celui des RH, services supervisés par le directeur adjoint en charge des ressources.

<sup>26</sup> Source fiche de poste « adjoint administratif Admissions-Régie » : Le régisseur effectue des opérations d'encaissement et/ou de paiement pour le compte de l'ordonnateur et du comptable public ; l'actualisation et le suivi des mouvements, le calcul des frais d'hébergement et la facturation de la dépendance ; les relations avec les différents partenaires (CAF, CPAM, DASES, tuteurs...) ; les familles et l'entourage de la personne âgée ; les opérations de régie ; l'encaissement des recettes (hébergement – restauration – centre de santé) ; le versement en espèces des comptes déposés aux résidents.

Points abordés et constatés lors de l'Inspection	O / C	N / NC	ER	Commentaires	Réf.
				<p>centralise les demandes : le bureau de l'accueil en résidence (BAR).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y a des conditions d'admission définies : être âgé de 60 ans et plus, être domicilié à depuis au moins 3 ans (situation appréciée dans la période des 5 ans précédent la demande), ou avoir résidé au moins 10 ans et avoir quitté Paris depuis moins de 3 ans au moment de la demande ; ne plus exercer d'activité professionnelle sauf dérogation expresse accordée par la Directrice générale du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris ; en outre des dérogations peuvent être accordées aux candidats non parisiens siels ont des membres de leur famille qui habitent Paris, à des personnes retraitées de la Ville de Paris et du Centre d'action sociale de la Ville de Paris, ainsi qu'à des personnes relevant d'autres administrations parisiennes.</li> <li>- La constitution du dossier d'admission se fait à partir du dossier type (article D 312-155-1 du cast), accompagné de pièces à fournir (CNI, trois avis d'imposition sur le revenu établis à l'adresse parisienne du demandeur pour attester de trois ans de présence à Paris au cours des cinq dernières années, justificatifs de toutes les ressources récentes (imposables ou non imposables) du demandeur (...).</li> </ul>	

Au sein de l'EHPAD Oasis, il existe une procédure selon laquelle la décision d'admission résulte d'une évaluation pluridisciplinaire associant médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue et personnel soignant (IDE et AS) de l'étage concerné. Cette évaluation est réalisée lors d'une visite de préadmission. En pratique, quand une chambre se libère, la responsable administrative en informe par courriel le BAR qui envoie des fiches de candidats, qu'elle contacte par l'intermédiaire de l'assistante sociale ou autre personne référente, pour demander que le dossier médical du candidat soit adressé. Celui-ci est ensuite examiné en commission pluridisciplinaire d'étude notamment par le Medec, le cadre de santé, l'Idec, la psychologue. Après le premier feu vert médical, une première visite sur place est organisée, elle est précédée d'une visite médicale obligatoire.

L'ensemble de ces démarches peut s'étaler sur deux mois au plus, à partir de l'enregistrement de la demande d'admission. Il a été précisé que de nombreuses candidatures n'aboutissent pas et qu'il y a également une voie de recrutements par Via Trajectoire qui reste

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.																		
				minime et est peu utilisée en raison d'une certaine complexité d'utilisation.																			
				Selon le rapport d'activité 2021 de l'EHPAD, les données concernant les admissions en 2021 sont les suivantes :																			
				<table border="1"> <tr> <td>Nombre d'admissions</td> <td>(nombre d'admissions/nombre de places autorisées)</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>Taux d'admission</td> <td>(nombre d'admissions/nombre de places autorisées)</td> <td>36,13 %</td> </tr> <tr> <td>Nombre de visites de préadmission</td> <td></td> <td>53</td> </tr> </table>	Nombre d'admissions	(nombre d'admissions/nombre de places autorisées)	43	Taux d'admission	(nombre d'admissions/nombre de places autorisées)	36,13 %	Nombre de visites de préadmission		53										
Nombre d'admissions	(nombre d'admissions/nombre de places autorisées)	43																					
Taux d'admission	(nombre d'admissions/nombre de places autorisées)	36,13 %																					
Nombre de visites de préadmission		53																					
				Et celles relatives aux sorties :																			
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Motifs</th> <th>Nombre</th> <th>Pourcentage (par rapport au nombre total de sorties définitives)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Décès dans l'EHPAD</td> <td>13</td> <td>50 %</td> </tr> <tr> <td>Sorties par hospitalisation (dont les décès à l'hôpital)</td> <td>12</td> <td>46,15 %</td> </tr> <tr> <td>Retour à domicile</td> <td>01</td> <td>3,85 %</td> </tr> <tr> <td>Réorientation vers un autre ESMS</td> <td>00</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>26</b></td> <td><b>100 %</b></td> </tr> </tbody> </table>	Motifs	Nombre	Pourcentage (par rapport au nombre total de sorties définitives)	Décès dans l'EHPAD	13	50 %	Sorties par hospitalisation (dont les décès à l'hôpital)	12	46,15 %	Retour à domicile	01	3,85 %	Réorientation vers un autre ESMS	00	0	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>	
Motifs	Nombre	Pourcentage (par rapport au nombre total de sorties définitives)																					
Décès dans l'EHPAD	13	50 %																					
Sorties par hospitalisation (dont les décès à l'hôpital)	12	46,15 %																					
Retour à domicile	01	3,85 %																					
Réorientation vers un autre ESMS	00	0																					
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100 %</b>																					
				Soit un taux de rotation pour l'année 2021 de 29%.																			
				Les dossiers administratifs sont conservés au rez de chaussée dans une armoire fermant à clé dans le bureau en charge des admissions.	L311-4-1 et L_311-5-1 CASF L_1111-6 CSP																		
				Selon le rapport d'activité 2021, le nombre de personnes de confiance désignées est de 20, et le nombre de résidents ayant formulé et signé des directives anticipées, est de 7.	Circulaire DGASSD5 n°2004-136 du 24/03/2004 relative au livret d'accueil (LA) et HAS 2009 <sup>27</sup>																		
Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ? Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ?																							

<sup>27</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Existe-t-il un projet d'établissement formalisé conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF ?	X		E	Le projet d'établissement remis, n'est pas à jour et couvre la période, échue, 2014-2018. Ecart n° 2 : Le PE est caduc depuis 4 ans, ce qui contrevient à l'article L. 311-8 du CASF.	Art. L. 311-8 et D. 311-38 CASF
Projets d'accompagnement personnalisé (PAP) : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ?	N		E	<p>Au jour de l'inspection, les résidents ne disposent pas de projets d'accompagnement personnalisé à jour et comprenant un volet soins et un volet projet de vie, situation qui serait pour partie liée à l'impact de l'épidémie Covid et les priorités nouvelles qu'elle a dictées. Un fichier Excel de suivi datant de 2018, obsolète, a été remis, avec des résidents qui ne sont plus hébergés dans l'EHPAD.</p> <p>Il n'y a pas de procédure spécifique d'élaboration des projets personnalisés.</p> <p>Si, sur Titan, il existe un onglet spécifique avec des rubriques bien détaillées, toutefois en pratique les projets personnalisés ne sont pas mis en œuvre. Ils n'ont pas pu être consultés, un risque d'amalgame existe entre projet de soins et projet d'accompagnement personnalisé, en effet ce dernier serait conservé dans le dossier de soin du résident et non dans son dossier administratif.</p>	Article L. 311-3 du CASF Article D.312-155-0, 3° du CASF <sup>28</sup> ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008 <sup>29</sup>

<sup>28</sup> Article D312-155-0 : I. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 : 1° Hébergement à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D. 313-15 et fourni à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3 ; 2° Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ; 3° Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ; 4° Lorsqu'ils proposent des modalités d'accueil particulières telles que prévues au 1° de l'article L. 314-2, ils respectent les conditions prévues aux articles D. 312-8, D. 312-9, D. 312-155-0-1 et D. 312-155-0-2 ; (...). Pour assurer leurs missions, autre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordinateur au moins un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnes psycho-éducatifs.

<sup>29</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O/ C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
A l'initiative du cadre de santé et de l'infirmière coordonnatrice, deux démarches sont en cours : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en place d'une fiche de recueil des besoins et attentes des résidents ;</li> <li>- la désignation de référent membre de l'équipe de soins en charge étant référent d'environ 3 résidents, « chargé de veiller à ce que les différents problèmes rencontrés (EX : matériels, vêtements, environnement, hygiène, accessoires) soient résolus le plus rapidement possible ».</li> </ul> Toutefois : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la fiche remise pourrait être complétée à partir des rubriques détaillées telles qu'elles existent sur Titan (<i>protection juridique ; recherche du consentement ; II/ antécédents, parcours de vie et modalités d'habitat ; III/ alimentation, préférences alimentaires et horaires ; III/ habitudes de vie pour la prise en soins du résident ; VII/ animation et vie sociale ; V/ dernières volontés ; ...</i>) ;</li> <li>- un pilote formé pourrait être désigné pour ré initier la démarche pluridisciplinaire de mise en place des PP, sur la base d'une procédure à établir.</li> </ul> Pour le projet de soins : voir <b>développements infra</b> dans chapitre <i>La qualité et la sécurité des soins, C/ Les soins individuels - Admissions</i>					L_1110-4, CSP
<b>Ecart n° 3 :</b> Les résidents de l'EHPAD ne disposent ni d'un projet personnalisé, ni d'un projet de soins.					
<b>C. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CONSEIL DE VIE SOCIALE</b>					
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>			0	Le PE 2014-2018 comportait un plan d'actions au sein duquel figurait une action d'accompagnement des familles pour les aider à trouver leur place au sein de l'institution. Il n'y a actuellement pas de support à cet accompagnement. Il a été précisé qu'il est prévu de mettre en place une application vecteur d'échanges de nouvelles et de photographies. Selon le rapport d'activité 2021, il n'y a pas eu de réunion de familles au cours de l'année écoulée. Et selon l'entretien avec la psychologue, très peu de familles viennent visiter leurs proches. La crise épидémique a mis un coup d'arrêt aux réunions organisées avec les familles une à deux fois par an, rencontres qui étaient suivies d'un moment convivial après l'exposé de la part des familles, de leurs attentes et doléances, permettant d'établir ou de resserrer les liens.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Commentaires	Réf.
O/ C	N/ NC	E/R				
					<p>La mission a rencontré un proche de résident. Il a indiqué être satisfait de la prise en charge de son ami en termes de professionnalisme des AS et IDE.</p> <p>Il s'est plaint de n'avoir pas été prévenu lors d'une chute de son proche mais précise que c'est généralement le cas. En contactant régulièrement l'équipe de soin, il arrive à accompagner son proche à ses rendez-vous médicaux. Il est informé de l'existence du CVS et des élections en cours mais indique qu'il ne s'est pas tenu depuis une longue période. Il se plaint également de ne pas recevoir de complément rendu des CVS, et du fait de ne jamais voir le personnel du matin et demander un changement dans l'organisation des équipes pour pouvoir voir aussi l'équipe de soins du matin et avoir les informations sur les chutes ou autres événements qui se produiraient sur cette période. Ce proche indique que des comités éthiques sont organisés mais qu'ils sont fermés aux familles, ce qu'il regrette.</p>	
					<p>En outre, le directeur adjoint a mis en place depuis 2018 un cahier des doléances. Sa consultation conduit à constater que les dernières mentions portées, remontent à 2019, avant le début de la crise COVID.</p>	
N	E				<p>La dernière séance du conseil de vie sociale, dont le CR a été transmis, s'est tenue le 15/09/21. Il n'a pas été réactivé depuis, à la suite des décès qui auraient touché selon précision donnée, en raison du Covid, les membres élus comme représentants des résidents. Des élections de renouvellement sont prévues le 28 juin 2022 afin de désigner de nouveaux représentants des résidents.</p>	Dispositions D. 311-4 à 20 du CASF
					<p><b>Ecart n° 4 :</b> Au jour de l'inspection, le CVS de l'EHPAD n'a plus été réuni depuis septembre 2021 soit depuis sept mois, contrairement aux dispositions D. 311-4 à 20 du CASF.</p>	
<b>D. LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE</b>						
Existe-t-il une politique de prévention de la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnes...) ? Affichage liste des personnes qualifiées (PQ), n° tél 3977/ALMA ?	O		R		<p>Le numéro de l'association ALMA de lutte contre la maltraitance et la liste des personnes qualifiées sont affichés dans l'établissement. Un registre manuscrit des doléances a été mis en place depuis 2018, il n'est pas informatisé. Les dernières mentions sont anciennes et remontent à 2019. Son existence et sa fonction sont peu connues. Il n'y a pas de démarche systématique permettant d'identifier les situations à risques. Un protocole de prévention de la maltraitance</p>	Articles L331-8-1 et R331-8 du CASF Article 434-3 du Code Pénal ministériel Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Commentaires	Réf.
O/ C	N/ NC	E/R				
			n'a pas été transmis. Les faits, notamment ceux à l'origine de l'inspection, ont fait l'objet en guise de traitement, d'un rapport dit circonstancié. Concernant la prévention de la maltraitance, l'ensemble des leviers qui participent à une politique de prévention, ne sont pas actionnés : traçabilité et retour d'expérience (retex) sur les évènements indésirables graves, formations généralisées et régulières sur la bientraitance, mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.	<p><b>Remarque n° 13 :</b></p> <p>Un registre manuscrit des doléances a été mis en place depuis 2018, il n'est pas informatisé. Son existence et sa fonction sont peu connues. Il n'y a pas de démarche systématique permettant d'identifier les situations à risques. Un protocole de prévention de la maltraitance n'a pas été transmis. Concernant la prévention de la maltraitance, l'ensemble des leviers qui participent à une politique de prévention, ne sont pas actionnés : traçabilité et retour d'expérience (retex) sur les évènements indésirables graves, formations généralisées et régulières sur la bientraitance, mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.</p>	<p>mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS<sup>30</sup></p> <p>Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF &amp; recommandations de bonne pratique HAS</p>	

<sup>30</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008

### **III – LES PRISES EN CHARGE HOTELIERE ET DE LA DEPENDANCE**

#### **A) Les locaux et les prestations hôtelières (prestation restauration-entretien linge)**

Par courrier du 11 mars 2022, les services de la Préfecture de police ont maintenu l'avis défavorable émis le 24 novembre, à la poursuite d'exploitation de l'établissement en raison du non-respect des règles de sécurité et incendie. Ce constat a conduit la mission à enjoindre le CASVP par courrier du 19 avril 2022<sup>31</sup> à prendre les mesures correctrices nécessaires au rétablissement de cette situation. Outre les constats objets de l'injonction sur ce sujet, du 19/04, les constats suivants révèlent des insuffisances en termes de sécurité (article L. 311-3-1 du CASF).

**Ecart :** Outre les constats objets de l'injonction du 19 avril 2022, les constats suivants révèlent des insuffisances en termes de sécurité :

- L'entrée principale de l'EHPAD est équipée d'un interphone. Dans la journée, le repérage d'un résident quittant les locaux est possible mais dépend de la vigilance des personnels de l'accueil qui risquent de ne pas pouvoir prêter l'attention suffisante aux sorties éventuelles.
- Au niveau de l'unité de vie protégée au 4ème étage, un libre accès sur un escalier extérieur, avec dépôt d'un objet encombrant ; un autre libre accès donnant sur un escalier de secours, à ce même étage.
- Au 5ème étage, il y a un libre accès à deux balcons dont les rambardes sont basses et peuvent être aisément franchies, ainsi qu'une fenêtre ouverte horizontalement, sans sécurité, et suffisamment basse pour être franchie.
- La fermeture à clé des locaux de stockage, d'entretien ou autres locaux techniques (analyses médicales), à l'exception de locaux de stockage situés aux 2ème et 3ème étages
- Il a été constaté l'entreposage d'objets et matériels hétéroclites (divers poubelle d'ordures ménagères) dans certains locaux de stockage notamment au 2ème étage, qui entravent le passage.

Référence : article L. 311-3-1<sup>e</sup> du CASF

La gestion du linge personnel des résidents est assurée par une équipe interne de 3 salariés, une lingère et 2 agents sociaux (ASO). Il a été constaté que le fonctionnement actuel de la lingerie ne respecte pas la marche en avant, ces défaillances seraient en partie liées à une vacance de poste. Ceci ne permet pas de garantir l'entretien du linge des résidents dans des conditions optimales, des travaux sont programmés pour une mise en conformité.

Concernant la prestation restauration, il a été relaté qu'il y a un libre accès à des verres de vin pré remplis. La mission d'inspection demande qu'il soit mis fin à cette pratique et que la vigilance des responsables de l'EHPAD et personnels de cuisine soit renforcée pour y veiller.

**Remarque :** Concernant la gestion du linge, la marche en avant n'est pas suffisamment respectée, ces défaillances seraient en partie liées à une vacance de poste.

<sup>31</sup> Termes du courrier conjoint du 19/04 : « Nous attirons votre attention sur le fait que le courrier de notification de la préfecture mentionne qu'à défaut et au regard des nombreuses anomalies mettant en cause la sécurité du public, la délégation permanente sera susceptible de prononcer une interdiction temporaire d'activité en application des dispositions de l'article 184-1 à 9 du code de la construction et de l'habitat. Nous vous rappelons que de telles notifications doivent être portées à la connaissance des autorités de tutelle sans délai, or ni les services de la direction des solidarités, ni l'ARS n'ont été destinataires de ces décisions, susceptibles d'engager la responsabilité pénale des agents de la Ville de Paris ».

**Remarque :** Concernant la fréquence des toilettes, il est constaté : la rareté des douches proposées au résident (une fois par semaine), l'absence d'utilisation de la balnéothérapie qui contribuent pourtant à la bientraitance et au bien-être des résidents.

**Ecart :** Il a été relaté qu'il y a un libre accès à des verres de vin pré remplis, pratique à laquelle il doit être mis fin sous la vigilance des responsables de l'EHPAD et personnels de cuisine, une réflexion étant à engager. Référence : article L. 311-3-1<sup>e</sup> du CASF.

## B) Les achats de consommables

Concernant la fourniture de protections contre l'incontinence, le CASVP a passé un marché avec la société prestataire Tena pour l'ensemble des structures qu'il gère.

Au sein de l'EHPAD Oasis, une aide-soignante a été désignée comme référente « changes ». Elle est chargée, en lien avec le magasinier, d'assurer le réassort avec Tena en fonction des évolutions des résidents et des nouveaux arrivants.

D'après les documents adressés, le budget 2022 de ce poste de dépenses enregistre une augmentation de 12,5 % par rapport à 2021. D'après les explications données, la consommation 2020-2021 correspondant au taux d'occupation plus bas lié à la période épidémique, le budget avait été revu ensuite à la hausse afin d'anticiper l'augmentation de consommation liée à la reprise d'activité et l'optimisation capacitaire projetée par le siège du CASVP.

## C) Politique d'animation

Il existe un projet actualisé d'animation 2022 qui prévoit un panel d'activités diversifiées et qui prévoit de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, mais les résidents ne disposent pas de projet d'accompagnement personnalisé à jour.

L'équipe d'animation comporte quatre agents, dont trois agents administratifs parmi lesquels aucun ne dispose d'un diplôme spécifique en matière d'animation. Un adjoint administratif occupe le poste d'animatrice à temps plein, selon sa fiche de poste (« adjoint administratif-animation »), il est attendu d'elle un volume conséquent « d'activités principales ». Au regard des activités qu'elle doit porter, sa fiche de poste ne comporte toutefois pas de pré requis en matière de qualification et de formation, ce qui ne permet pas de garantir la professionnalisation de cette fonction.

**Remarque :**

Il existe un projet actualisé d'animation 2022 qui prévoit un panel d'activités diversifiées et qui prévoit de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, mais les résidents ne disposent pas de projets d'accompagnement personnalisés à jour. Parmi les personnels administratifs de l'équipe d'animation, aucun ne dispose d'un diplôme spécifique en la matière. Au regard des activités que l'animatrice à temps plein doit porter, il n'y a pas de pré requis en matière de qualification et de formation, ce qui ne permet pas de garantir la professionnalisation de cette fonction.

Grille de contrôle/Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	0 / C	N / NC	EIR	Commentaires	Réf.
<b>A. LOCAUX - LES PRESTATIONS HOTELIERES</b> Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichages) ? <i>Cf. Registre de sécurité</i>				<p>Le bâtiment qui abrite l'EHPAD est une construction de plus de trente ans qui a fait l'objet à différentes reprises de travaux de rénovation sur les cinq dernières années. Outre l'avis défavorable de la préfecture de police à la poursuite de l'exploitation du bâtiment objet de l'injonction du 19/04, l'ensemble des constats suivants révèlent des insuffisances en termes de sécurité (article L. 311-3-1 du CASF<sup>32</sup>), et se regroupent comme suit en écart n° 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entrée principale de l'EHPAD est équipée d'un interphone. Dans la journée durant les heures ouvrables, le repérage d'un résident quittant les locaux est possible mais il dépend de la vigilance des personnels de l'accueil, mobilisés par ailleurs sur d'autres tâches et qui risquent de ne pas pouvoir prêter l'attention suffisante aux sorties éventuelles, d'autant plus que l'EHPAD est un lieu de vie qui génère des entrées et sorties.</li> <li>- Au niveau de l'unité de vie protégée, située au 4ème étage, un libre accès sur un escalier extérieur, avec dépôt d'un objet encombrant ; un autre libre accès donnant sur un escalier de secours, à ce même étage. L'établissement a fait valoir des injonctions paradoxales entre le besoin d'une unité protégée et la nécessité de répondre aux exigences relatives à la sécurité incendie.                      Au 5ème étage, il y a un libre accès à deux balcons dont les rambarde sont basses et peuvent être aisément franchies,</li> </ul>	L. 311-3, CASF HAS 2011 <sup>33</sup>

<sup>32</sup> Article L. 311-3-1 du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...) »

<sup>33</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Entretien général des locaux. Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ?				<p>ainsi qu'une fenêtre ouverte horizontalement, sans sécurité, et suffisamment basse pour être franchie.</p> <p>La fermeture à clé des locaux de stockage, d'entretien ou autres locaux techniques (analyses médicales) a été constatée dans l'ensemble, à l'exception de locaux de stockage situés aux 2ème et 3ème étages. De plus, il a été constaté l'entreposage d'objets et matériels hétéroclites (divers poubelle d'ordures ménagères) dans certains locaux de stockage notamment au 2ème étage, qui entravent le passage.</p>	
Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attenu et de la satisfaction des résidents et de leur famille (transsage, déai du rendu) ?				<p>L'entretien des locaux est assuré par la société prestataire, Elior, avec laquelle le CASVP a passé un marché pour l'ensemble des EHPAD gérés sous son autorité, et qui met à disposition quatre agents au sein de la Résidence Oasis. Lors de la visite inopinée le 6 avril, l'équipe d'inspection a relevé un aspect général des locaux correct.</p> <p>L'établissement a fait l'objet de rénovations partielles de peinture au cours des cinq dernières années. Toutefois, les locaux sont vétustes, et certains espaces manifestement non investis, sont utilisés comme des espaces d'entrepot de matériel inusité, comme au 3ème étage par exemple, pour l'espace occupé par une photocopieuse. Ce constat est général concernant les espaces réservés pour des moments de convivialité entre les résidents à chaque étage. La maintenance et les réparations courantes sont planifiées en fonction des besoins exprimés par les résidents ou leurs proches sur un cahier disponible à l'accueil du bâtiment. L'effectif actuel comprend 2 ASO chargés de la maintenance courante, le poste de magasinier étant vacant. Cet effectif sur site permet la prise en compte de menues réparations sans recourir aux services du siège. Les travaux plus importants sont planifiés annuellement ou pluriannuellement par le siège, et effectués par des entreprises extérieures dans le cadre de marchés.</p>	Article D312-159-2 CASF Le livret d'accueil daté de 2016 précise : « Votre linge et vos vêtements. L'EHPAD fournit le linge hôtelier (draps, linge de toilette...) dont l'entretien est confié à un prestataire extérieur. Vos vêtements personnels seront lavés, séchés et repassés par le service

Points abordés et constatés lors de l'inspection					Réf.
O / C	N / NC	ER	Commentaires		
Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?			<p><i>lingerie de l'établissement : le linge sale est collecté chaque jour, le linge propre est remis à votre disposition dans les meilleurs délais dans votre chambre ?</i></p> <p>La gestion du linge personnel des résidents est assurée par une équipe interne de 3 salariés : une lingère et 2 agents sociaux (ASO). Il a été constaté que le fonctionnement actuel de la lingerie ne respecte pas la marche en avant. Des travaux sont programmés pour une mise en conformité.</p> <p><b>A noter :</b> la plainte du 4 janvier 2022 déposée par la fille d'un résident auprès de l'association Alma, à l'origine du déclenchement de l'inspection, portait sur le signalement d'un dysfonctionnement au niveau de la lingerie, le résident n'ayant plus de vêtement du fait d'un retard de traitement du linge. Selon les entretiens, il n'existe pas vraiment d'organisation et de gestion d'un vestiaire d'urgence, même s'il y a bien un stock disponible de vêtements d'anciens résidents. La précédente directrice de l'EHPAD, dans sa réponse du 4 février 2022 précise que : « <i>il est possible que l'ensemble des vêtements du résident n'aient pas été entièrement restitués dans la mesure où le traitement du linge nécessite un délai. Ce délai a pu néanmoins être allongé avec le taux d'absentéisme à la fois en lingerie et dans l'unité de vie où est hébergé le résident</i> ».</p>	Annexe 2-3-1 <sup>34</sup>	
Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?			<p>Le planning des personnels au chevet des résidents est élaboré de manière à assurer la présence de 2 personnes AS et/ou ASO par unité (sauf l'unité du 5ème étage pour laquelle le planning prévoit la présence d'un personnel au chevet seulement l'étage accueillant les résidents les plus autonomes - et l'unité du 4ème qui prévoit au contraire 3 personnels, cette unité accueillant les et par plage horaire).</p>		

<sup>34</sup> Annexe 2-3-1 : SOCLE DE PRESTATIONS RELATIVES À L'HÉBERGEMENT DÉLIVRÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) : (...) IV. - *Prestation de blanchissage : Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.*

Points abordés et constatés lors de l'inspection				Commentaires	Réf.
O	N / C	E/R	NC		
				<p>À noter : le 3<sup>er</sup> étage comporte 28 lits. Les plannings consultés (février et mars 2022) prévoient la présence de 2 personnels AS/ASO, bien qu'il soit constaté qu'il peut y avoir 2 ASO et pas d'AS, soit deux faisant fonction et pas de personnel qualifié. Selon l'organisation en place, il revient à chaque agent dédié les toilettes de 14 résidents par jour, toilettes au lit ou au lavabo, sans douche dont la fréquence est d'une par semaine<sup>35</sup>.</p> <p>Pour le 1<sup>er</sup> étage qui comporte 30 lits, il est constaté dans les plannings la présence de 3 salariés par plage du matin, le plus souvent. Il a été précisé lors des entretiens que le planning doit être établi de telle manière que sur un étage il y ait toujours un personnel qualifié (AS/AMP). La consultation des plannings transmis montre que cette organisation n'est pas toujours effective. Le personnel contractuel, stagiaire ou intérimaire complète les équipes le cas échéant. Il est indiqué qu'un planning des toilettes prévoit une douche par semaine et par résident, le quotidien consistant en une toilette « au gant ».</p> <p><u>Calcul de la charge de la dépendance</u> : sur la base d'un effectif de 55,3 ETP de salariés au chevet des résidents, AS/AMP/ASO, et d'un nombre de points GIR qui s'élève à 97.860 points (données validées le 19 avril 2022), la charge de la dépendance s'élève à 1744 points/ETP ce qui est nettement en dessous de la référence calculée par l'ARSIF (3200 points par ETP). La consultation des plannings et documents amène à constater un niveau d'absentéisme supérieur à 8 %.</p>	

<sup>35</sup> Voir en détail infra §/ Hygiène générale.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
Organisation de la prestation restauration <sup>36</sup> : horaires repas et collations, modalités d'aide au repas, etc.				<p>La société prestataire est Normapro. Les repas sont cuisinés sur place. L'ensemble des produits, frais et de conserve, sont stockés au sous-sol sous la partie cuisine, dans différents meubles réfrigérés et réserves aménagées. Une rapide revue<sup>37</sup> permet de constater la conservation de produits frais (réfrigérateurs et congélateurs) aux dates non périmées ; il en va de même pour les autres types de produits, conserves et autres produits secs.</p> <p>Horaires des repas :</p> <p>Petit déjeuner observé dans les salles à manger des étages, en cours vers 9h30 ; déjeuner à 12h, au rez-de-chaussée pour les plus autonomes, dans les salles à manger des étages pour les autres ; collation vers 16h ; dîner vers 18h ; collation du début de la nuit : information non communiquée. Les résidents les plus autonomes prennent leurs repas dans la salle à manger du rez-de-chaussée, également partagée par les résidents de Bon accueil. Il a également été indiqué par le personnel au chevet que les résidents pouvaient choisir de prendre leurs repas en chambre ou dans la salle de restauration propre à chaque étage.</p> <p>Selon le rapport d'activité 2021, aucune commission repas ne s'est tenue en 2021.</p> <p>En outre, il a été relaté qu'il y a un libre accès à des verres de vin pré remplis, pratique à laquelle il doit être mis fin sous la vigilance des responsables de l'EHPAD et personnels de cuisine, une réflexion étant à engager</p> <p><b>Ecart n° 6 :</b> Il a été relaté qu'il y a un libre accès à des verres de vin pré remplis, pratique à laquelle il doit être mis fin sous la vigilance des responsables de l'EHPAD et personnels de cuisine, une réflexion étant à engager (article L. 311-3-3<sup>e</sup> du CASF).</p> <p>Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas</p>	<p>Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS</p> <p>Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS<sup>38</sup></p>

<sup>36</sup> Voir développements ci-dessous : §/ Gestion de la nutrition et prévention de la dénutrition

<sup>37</sup> Domaine de compétences propres de la Direction départementale de la protection des populations (DDPP) de Paris.

<sup>38</sup> HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP » (mars 2018)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires	Réf.
d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?				du secrétariat. Les appareils sont conservés à l'entrée et remis par l'agent d'accueil lors de la prise de poste de la personne détentrice d'un appareil.  D'après un test effectué sur un appel malade pendant la visite, le temps de réponse relevé est de 10 mn.	
<b>B. LES ACHATS DE CONSOMMABLES</b>				<p>Concernant la fourniture de protections contre l'incontinence, le CASVP a passé un marché avec la société prestataire Tena pour l'ensemble des structures qu'il gère.</p> <p>Au sein de l'EHPAD Oasis, une aide-soignante a été désignée comme référente « changes ». Elle est chargée, en lien avec le magasinier, d'assurer le réassort avec Tena en fonction des évolutions des résidents et des nouveaux arrivants.</p> <p>D'après les documents adressés, le budget 2022 de ce poste de dépenses enregistre une augmentation de 12,5 % par rapport à 2021.</p> <p>D'après les explications données, la consommation 2020-2021 correspondant au taux d'occupation plus bas lié à la période épидémique, le budget avait été revu ensuite à la hausse afin d'anticiper l'augmentation de consommation liée à la reprise d'activité et l'optimisation capacitaire projetée par le siège du CASVP.</p> <p>Un protocole « gestion des soins » datant de 2010, a été remis, au sein duquel un paragraphe évoque le <i>changement des protections</i>, ce dernier détaille une marche à suivre en la matière. En pratique, ce protocole, ancien, ne semble pas mis en œuvre et n'a pas fait l'objet d'actualisation.</p>	
<b>C. LA POLITIQUE D'ANIMATION</b>				<p>Quel est le projet d'animation ? quelles activités sont proposées aux résidents ?</p> <p>L'équipe d'animation comporte quatre agents : un animateur spécialisé d'éducation physique adaptée (APA) contractuel, trois autres personnels agents sociaux (ASO) et un adjoint administratif, titulaires. Parmi les trois administratifs, aucun d'entre eux ne dispose d'un diplôme spécifique en matière d'animation. En outre, comme précisé supra, une professionnelle, adjoint administratif, occupe le poste d'animatrice à temps plein. Sa fiche de poste (« adjoint administratif – animation ») précise un volume important « d'activités principales ». Or, en regard, il n'y a pas de pré requis de qualification, ce</p>	

Points abordés et constatés lors de l'Inspection	O / C	N/ NC	E/R	Commentaires		Réf.
				<p>qui ne permet pas de garantir une suffisante professionnalisation de cette fonction.</p> <p>Le projet d'animation 2022, remis, présente en axes principaux les activités proposées, l'approche des résidents, les partenariats, le bénévolat, la dimension intergénérationnelle, la collaboration avec l'éducateur en éducation physique adaptée (APA), avec la psychologue, avec la socio-esthétique. Il s'agit comme le prévoit ce projet de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, et « d'aller vers » les résidents qui ne se déplacent pas spontanément, ou ne peuvent se déplacer.</p> <p>Or actuellement, les résidents ne disposent ni de projets d'accompagnement personnalisés, ni de projets de soins à jour.</p> <p>En outre, il n'y a pas de projet d'animation spécifique aux résidents pris en charge au sein de l'unité protégée.</p>		

**Remarque n° 19 :** Parmi les personnels administratifs de l'équipe d'animation, aucun ne dispose d'un diplôme spécifique en la matière. Il existe un projet d'animation 2022 qui prévoit de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, or les résidents ne disposent pas de projets d'accompagnement personnalisés à jour. Il n'y a pas de projet d'animation spécifique aux résidents pris en charge au sein de l'unité protégée.

## **IV. LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS**

### **A) Les locaux et installations dédiés aux soins<sup>39</sup>**

L'infirmerie centrale avec pharmacie à usage intérieur (PUI) est localisée au 2e étage de l'EHPAD. Il a été constaté que le code d'accès à cette pièce n'est pas fonctionnel, il était remplacé le jour de la visite par une fermeture à clef dans l'attente de sa réactivation. La porte n'était pas fermée à clef lors de la vérification dans l'après-midi de la visite d'inspection.

#### **Equipements médicalisés et installations à visée thérapeutique**

Pour la levée des résidents, l'établissement rapporte qu'il s'est équipé d'un verticalisateur par étage et d'un lève malade par étage. Pour autant, les AS et ASO se sont plaint du matériel disponible : lèvres-malades et verticalisateurs, censés être présents à tous les étages, sont pour plusieurs d'entre eux hors d'usage.

En outre, l'EHPAD est doté d'un équipement de balnéothérapie situé au 5<sup>e</sup> étage du bâtiment, en parfait état apparent, qui n'est pas utilisé par manque de personnel disponible et formé, selon les entretiens.

#### **Remarque N° 16 :**

Les professionnels indiquent que les lèvres-malades et verticalisateurs sont pour plusieurs d'entre eux hors d'usage. En outre, l'EHPAD est doté d'un équipement de balnéothérapie, qui n'est pas utilisé par manque de personnel disponible et formé.

### **B) L'organisation des soins : équipe de soins, coordination et permanence de soin**

#### **Personnels de soins**

La prise en charge médicale et paramédicale est réalisée par une équipe composée comme suit dans le document transmis « Liste nominative du personnel avril 2022 » :

E-S	C.	01/10/2020		MEDECIN
G	S	21/07/2020		MEDECIN
G	C	18/04/1995		PEDICURE
H	F	01/09/2020		MEDECIN
LE B	P	01/12/2019		PSYCHOMOTRICIEN
M-S	A	01/12/2019		CAD.SUP.SANTE.PARA
S	M	01/07/2019		PSYCHOLOGUE

La mission remarque que le nom d'un troisième médecin figure dans cette liste, le Dr [REDACTED], alors que cela n'a pas été porté à sa connaissance le jour de l'inspection. En effet, lors des entretiens, le personnel rencontré n'a évoqué l'intervention que de deux médecins, y compris en astreinte, le Dr [REDACTED] et le Dr [REDACTED] présent le jour de l'inspection. La supervision de l'activité de soins est assurée par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice, et renforcée par le directeur des soins responsable hiérarchique des équipes composant le service « soins chevet ».

**Le médecin coordonnateur** est en poste depuis septembre 2020, et affectée sur 0,6 ETP de son temps sur cette activité. Médecin généraliste, elle intervient aussi dans l'EHPAD en qualité

<sup>39</sup> Voir en complément supra : A) Les locaux et les prestations hôtelières.

de médecin traitant salarié sur 0,4 ETP. Elle est présente du lundi au vendredi de 9h à 17h sauf le mercredi où elle termine à 13h. Par ailleurs, elle a indiqué à la mission intervenir dans

Au sein de l'EHPAD Oasis, elle partage la prise en charge des résidents avec un autre médecin, généraliste de son état. Ces deux médecins se répartissent les étages des résidents : la seconde a en charge les résidents des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> étages et est présente les lundis et jeudis. La mission ne l'a pas rencontrée. La première, présente le jour de l'inspection, a en charge les résidents des 1<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étages.

#### L'IDEC

La professionnelle en poste a rejoint l'EHPAD en aout 2010, elle est salariée à temps complet. Elle exerce en qualité d'infirmière coordonnatrice depuis le 1er mars 2021 (depuis le 31 aout 2021 selon son arrêté de nomination) sans avoir reçu de formation spécifique préalable à ce poste de coordinatrice. Sa formation serait prévue en mai 2022 à Montpellier, cursus "*IDE en EHPAD*".

L'IDEC met en œuvre ses missions en lien avec le directeur des soins dont elle dépend hiérarchiquement, directeur des soins à qui revient la gestion des plannings des IDE, de l'équipe de nuit. L'IDEC est chargée quant à elle : d'organiser les plannings de jour des aides-soignants (AS) et agents sociaux au chevet (ASO), de faire le lien avec la cuisine concernant la prise en compte des besoins et régimes spécifiques, les services hôteliers, la pharmacie. Elle est de plus correspondante hygiène pour l'établissement. Elle a indiqué à l'équipe d'inspection sa volonté de mettre en place des groupes de travail avec des référents soins sur différents thèmes, comme la nutrition, l'hygiène, les plaies et cicatrisation, la douleur, permettant de renouer avec les pratiques qu'elle indique avoir existées avant covid avec des réunions en groupe de travail tous les trois mois selon ses dires. A noter que les comptes rendus de ces réunions n'ont pas été transmis à l'équipe d'inspection.

Concernant les missions revenant aux IDE, l'IDEC détaille qu'elles sont : la délivrance des médicaments ; la gestion des rendez-vous externes des résidents ; l'appui aux soins d'hygiène. Parmi les missions des AS et ASO<sup>40</sup> elle rapporte : les toilettes, les soins d'hygiène et de confort, les repas et indique qu'elles sont en cours de formation pour la délivrance des médicaments. Les AS et ASO travaillent un week-end sur deux. Chaque AS et ASO s'est vue attribuer 3 chambres en tant que référent sur l'EHPAD.

L'IDEC rapporte un taux d'absentéisme élevé, un agent suspendu du fait du refus de vaccination COVID, et le recours important à des professionnels vacataires et intérimaires.

#### Remarque n° 17 :

L'infirmière coordonnatrice depuis le 1er mars 2021, n'a pas reçu au jour de l'inspection de formation spécifique préalable à sa prise de nouvelles fonctions, or, elle est en poste depuis plus d'un an.

#### Organisation prise en charge par les médecins traitants

<sup>40</sup> Il est indiqué à la mission la présence d'un protocole CASVP pour la mobilisation des ASO faisant fonction d'AS - agents sociaux au chevet.

Il est précisé dans le contrat de séjour remis par l'EHPAD que le résident a le libre choix de son médecin traitant, page 10 :

- Il choisit comme médecin traitant le Dr ..., médecin salarié de l'établissement.*
- Il choisit comme médecin traitant le Dr..., praticien extérieur à l'établissement, intervenant à titre libéral, dont les coordonnées figurent ci-après :*

Dans ce cas, le résident est informé que le contrat prévu à l'article R.313-30-1 du CASF doit être signé entre le médecin traitant exerçant à titre libéral et l'EHPAD, et que le choix du médecin traitant peut être modifié à tout moment par le résident par courrier adressé au directeur de l'EHPAD. Cette modification fera l'objet d'un avenant au présent contrat. Pour autant, l'on observe que seuls les (deux) médecins actuellement salariés de l'EHPAD sont médecins traitants pour l'ensemble des résidents.

### **La permanence des soins - Les astreintes**

La permanence de jour est assurée par :

- deux infirmières le matin et une l'après-midi
- deux aides-soignants (AS) ou agents sociaux (ASO) l'après-midi affectés sur chacun des étages, à l'exception du 4e étage où se trouve l'unité de vie protégée (UVP), dotée de 3 AS ou ASO ; ainsi que du 5<sup>e</sup> doté d'un seul AS ou ASO.

Les deux médecins font des astreintes téléphoniques le soir, la nuit et les week-ends en alternance. Les appels sont centralisés et réorientés à l'accueil de l'établissement, qui reste ouvert 24h/24, 7j/7, et qui dispose d'un veilleur de nuit (de 21h à 7h), et des coordonnées des personnes à contacter en cas de besoin. En l'absence depuis mi-mars de la directrice, l'IDEC réalise des astreintes administratives avec le directeur des soins et actuellement avec le directeur adjoint.

### **L'organisation des transmissions et les réunions internes<sup>41</sup>**

Les transmissions font l'objet d'une réunion d'équipe quotidienne de 13h45 à 14h15 au sein de l'établissement et réunissent l'équipe de soins de l'EHPAD : y participent le MEDCO l'IDEC, les kinés, la psychologue, la psychomotricienne, les IDE et les AS.

Le jeudi après-midi, jour de présence des deux médecins concomitamment, une réunion de synthèse est organisée, qui a pour objet de faire un point de situation des résidents. Il n'y a pas de compte-rendu établi pour ces réunions de synthèse, mais une note est apposée dans le dossier du résident sur le logiciel TITAN chaque fois que la situation le nécessite.

Y participent les IDE, l'IDEC, les médecins, le psychologue et le cadre de santé ; les AS et ASO rencontrées n'avaient pas connaissance de l'existence de ces réunions. Elles ne sont pas conviées aux réunions du jeudi après-midi ni aux réunions avec les familles.

#### **Remarque n° 18 :**

Il n'y a pas de compte-rendu établi pour les réunions de synthèse, et accessible aux contributeurs de ces réunions.

### **Ressources humaines - Formations**

Suite à la période COVID 19, les formations ont repris au sein de l'EHPAD : formation « humanitude », bientraitance dans le cadre du catalogue de formation du CASVP. Une formation était organisée le jour de l'inspection, dispensée par une intervenante extérieure sur

<sup>41</sup> Voir en complément supra Chapitre « Gestion des RH » §/ Encadrement des équipes ; Idem pour RH-Formations

le vieillissement. Les AS et ASO déclarent avoir eu accès, avant le COVID, à certaines formations notamment sur la personne âgée dépendante ou la sécurité incendie, mais que les formations se sont interrompues depuis la période épidémique.

Le plan de formation 2019-2022<sup>42</sup> dont la mise à jour date du 16/07/2021 a été communiquée, comprend un volet obligatoire et un volet optionnel adapté aux statuts des personnels. Sa consultation amène à constater :

- Pour les ASO, 10 personnels sont concernés par le plan de formation et aucun n'a suivi le parcours obligatoire complet. Il n'y a pas de module de formation sur la prise en charge médicamenteuse prévue dans le plan de formation les concernant.
- Pour les AS et AMP, 29 personnels sont concernés et 11 ont suivi le parcours obligatoire complet. 3 personnes ont bénéficié de la formation « sécuriser la prise en charge médicamenteuse ».
- Pour les IDE, 7 personnels concernés par le plan de formation et aucun n'a suivi le parcours obligatoire complet. A noter qu'un seul IDE a bénéficié d'un module sur les plaies et cicatrisation et 2 sur la douleur.

Au total, sur 46 personnels concernés par le plan de formation, moins d'un quart a suivi le parcours de formation obligatoire complet (11 AS-AMP). La mission relève que dans le plan de formation remis, bon nombre de formations sont prévues mais n'ont pas été mises en œuvre.

#### **Remarque n° 19 :**

Sur 46 agents concernés par le plan de formation, moins d'un quart a suivi le parcours de formation obligatoire complet (11 AS-AMP). Dans le plan de formation remis, bon nombre de formations sont prévues mais n'ont pas été mises en œuvre.

On constate un recours important aux intérimaires au sein de l'EHPAD. Il a été constaté le jour de l'inspection, que des stagiaires et élèves portaient des blouses identiques à celles des titulaires, ce qui ne facilite pas la bonne identification des professionnels de santé.

#### **Remarque n° 20 :**

Le jour de l'inspection, des stagiaires et élèves portaient des blouses identiques à celles des titulaires, ce qui ne facilite pas la bonne identification des professionnels de santé.

### **Partenariats avec la médecine de ville et le secteur hospitalier**

Au cours de l'entretien avec le médecin coordinateur de la structure, il a été indiqué plusieurs liens et partenariats avec des établissements et il a été fait mention de conventions signées avec le siège CASVP central :

- Pour les soins dentaires, avec le cabinet dentaire [redacted]
- Pour les soins spécialisés, les hôpitaux Bichat, Lariboisière et Bretonneau
- Pour la prise en charge en HAD, avec l'HAD de l'AP-HP
- Pour la prise en charge en soins palliatifs, avec le Réseau quiétude
- Pour la prise en charge en santé mentale, avec le CMP Paris 15.

Il existe une convention de partenariat entre l'ensemble des EHPAD du CASVP et les 4 équipes mobiles de gériatrie de l'AP-HP pour la période de 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022. Cette convention a pour objet de développer des liens entre le secteur médico-social et sanitaire, de faciliter l'échange de connaissances et favoriser la pertinence des hospitalisations et passages aux urgences. Elle n'a toutefois pas été évoquée lors de l'entretien avec le médecin coordonnateur. L'établissement a également transmis à la mission d'inspection une convention relative aux modalités d'intervention du réseau Quiétude dans l'EHPAD Oasis relativ à la prise en charge en soins palliatifs. Cette convention, en date du 1<sup>er</sup> juin 2014 était

<sup>42</sup> Voir en complément supra Chapitre « Gestion des RH » §/ Encadrement des équipes

renouvelable trois fois par tacite reconduction, ainsi, elle a pris fin au 1<sup>er</sup> juin 2018. L'établissement a aussi transmis une convention de partenariat entre les EHPAD du CASVP et l'HAD de l'AP-HP en date de 2013.

Parmi les différents partenariats évoqués, l'établissement a produit trois conventions parmi lesquelles deux concernent l'ensemble des EHPAD du CASVP, avec les EMG et l'HAD de l'AP-HP et une concerne spécifiquement l'EHPAD Oasis. Par ailleurs, deux des trois conventions transmises sont sans objet, l'une s'achevant en 2018 et l'autre en 2016.

**Remarque n° 21 :**

L'établissement a produit trois conventions parmi lesquelles deux concernent l'ensemble des EHPAD du CASVP, avec les EMG et l'HAD de l'AP-HP, une seule concerne spécifiquement l'EHPAD Oasis. Deux des trois conventions transmises sont caduques, l'une s'achevant en 2018 et l'autre en 2016.

**Télé-consultation**

La téléconsultation a été mise en place il y a quelques années dans le cadre du programme Telegeria, mais n'est pas utilisée. Or, son utilisation devrait permettre de limiter les déplacements des personnes en consultation de spécialistes et de limiter des hospitalisations évitables, voire de préparer un séjour hospitalier. Le médecin ne semble pas opposé à son usage mais se dit peu alerte à l'usage de ces nouvelles technologies.

**Remarque n° 22 :** La téléconsultation a été mise en place il y a quelques années dans le cadre du programme Telegeria, mais n'est pas utilisée. Or, son utilisation devrait permettre de limiter les déplacements des personnes en consultation et de limiter des hospitalisations évitables, voire de préparer un séjour hospitalier.

**C) Les soins individuels**

**Admissions<sup>43</sup>**

Les admissions de patients se font :

- Soit directement du Samu social de Paris ;
- Soit du domicile ;
- Soit des établissements de santé, le plus souvent Bichat, Lariboisière, Rothschild ou CH Saint-Anne.

Lors de l'entretien, la MEDCO a indiqué réaliser un bilan à l'arrivée des résidents mais ne pas réaliser de bilan systématique dans les trois mois qui suivent son admission, avec notamment évaluation du risque d'escarre, de dénutrition, de chute, évaluation qui doit faire l'objet d'une révision connexe à celle des projets de vie.

Une procédure d'admission datant du 1<sup>er</sup> mars 2022 a été communiquée à la mission d'inspection dans les suites de la visite. Le MEDCO évalue à 15 résidents environ, le nombre de résidents accueillis au sein de la structure atteints de pathologies psychiatriques. Selon ses dires, ces patients sont traités en lien avec le Centre médico-psychologique de secteur (CMP) et sont tous stabilisés. L'équipe d'inspection n'a pas retrouvé de projet personnalisé de soins pour les résidents, constat confirmé par le MEDCO.

**Remarque n° 23 :**

<sup>43</sup> Voir en complément supra grille §/2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS

Un bilan est réalisé par le médecin coordonnateur à l'arrivée des résidents mais il n'y a pas de bilan systématique dans les trois mois qui suivent l'admission, avec notamment évaluation du risque d'escarre, de dénutrition, de chute. Cette évaluation doit faire l'objet d'une révision connexe à celle des projets de vie. Les résidents ne disposent pas de projet personnalisé de soins.

### **Equipe paramédicale activité sportive-rééducation**

L'établissement dispose d'une salle de kinésithérapie au rez de chaussée pour accueillir les différents intervenants, ainsi que d'une baignoire pour les soins de balnéothérapie qui est située au 5<sup>e</sup> étage du bâtiment. Elle n'est pas utilisée par manque de personnel formé et disponible selon les précisions données en entretiens.

Il est rapporté que les mardis et jeudis matin sont présents, l'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée (APA), les kinésithérapeutes et la psychomotricienne. Toutefois, il n'y a pas de planning disponible tant pour les interventions que pour l'occupation de la salle.

L'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée occupe ce poste depuis 2 ans sur la base d'un contrat à durée déterminée (CDD) reconduit trois fois. Il exerce à temps plein du lundi au vendredi de 9h à 17h, et, selon les indications données, il intervient :

- suivant deux critères : une certaine capacité de mobilisation physique et l'absence de troubles cognitifs majeurs (que le résident soit en capacité de comprendre les exercices qu'il propose) ;
- et sur la demande : du médecin traitant, de la psychologue, de la psychomotricienne ou du kinésithérapeute, mais pas sur prescription médicale, alors que sa fiche de poste précise « *qu'il est placé sous l'autorité du cadre supérieur de santé au même titre que les membres de l'équipe d'auxiliaires médicaux, puisqu'il intervient sur prescription des médecins traitants dans le cadre de la mise en œuvre de l'accompagnement thérapeutique non médicamenteux des résidents* ».

Il prend en charge les résidents en séance individuelle exclusivement sur une à trois séances par semaine, séances qui durent de 10 min à une heure voire d'avantage lorsqu'il prend en charge les résidents en sortie extérieure, et notamment pour faire des courses (moyenne 30 à 40 min selon ses déclarations.). Il a expliqué disposer d'une très large autonomie, tant-dans la sélection des patients, que dans la durée des prises en charge et dans les activités réalisées. Notons que lors de l'entretien avec ce professionnel, il fait état d'une marche de 1h30 en extérieur pour un résident de 73 ans.

Il prend en charge actuellement 19 résidents sur une moyenne de 1,5 séances par semaine, depuis près de 2 ans pour plus de la moitié d'entre eux (15/19). Il ne voit pas systématiquement les résidents à leur arrivée et ne participe pas aux admissions, il dit tracer les séances dans les dossiers sur le logiciel Titan. Il intervient sur la marche, sur le renforcement musculaire, sur le travail de l'équilibre, endurance sur vélo, promenades en extérieur. Il souhaite mettre en place avec l'animatrice des jeux sportifs adaptés, ce projet est inscrit dans le projet d'animation de l'établissement.

Concernant ses interventions, il n'y a pas de planning à disposition des équipes, ni de procédure d'évaluation pour le suivi de la prise en charge des résidents.

Par ailleurs, trois kinésithérapeutes interviennent sur prescription à titre individuel, en chambre ou en salle de kinésithérapie. Une psychomotricienne intervient aussi à mi-temps. Elle est présente les lundis, mardi matin et le jeudi. La majorité des résidents pris en charge en éducation physique adaptée, sont aussi suivis en kinésithérapie et/ou en psychomotricité. C'est le cas de 15 résidents sur 19 d'entre eux aujourd'hui. L'organisation de la prise en charge des résidents entre les différents intervenants personnels n'apparaît pas clairement. Les différentes interventions ne sont pas systématiquement tracées sur TITAN et ne permettent pas d'avoir un suivi partagé entre les kinésithérapeutes, la psychomotricienne et l'animateur

APA. D'autre part, il n'y a pas d'affichage des plannings d'intervention de ces trois catégories de professionnels.

Par ailleurs, les conventions liant ces professionnels libéraux au CASVP n'ont pas été transmises.

**Ecart n° 7 :**

L'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée n'intervient pas sur prescription médicale, alors que sa fiche de poste précise « *qu'il est placé sous l'autorité du cadre supérieur de santé au même titre que les membres de l'équipe d'auxiliaires médicaux, puisqu'il intervient sur prescription des médecins traitants dans le cadre de la mise en œuvre de l'accompagnement thérapeutique non médicamenteux des résidents* ». Il n'est pas suffisamment encadré. Référence : article L311-3 CASF<sup>44</sup>.

**Remarque n° 24 :** Les conventions liant les professionnels libéraux (kinésithérapeutes psychomotricienne) au CASVP, concernant leurs interventions au sein de l'EHPAD, doivent être formalisées.

### Gestion de la nutrition et prévention de la dénutrition

L'établissement a fourni à la mission un document « *ALIMENTATION D'UNE PERSONNE ÂGÉE-DENUTRITION* » à l'intention des équipes d'étage, décrivant clairement les points importants à prendre en compte au moment du service des repas. Cependant, cette procédure date du 25 aout 2011 et elle n'a pas été portée à connaissance de l'équipe d'inspection lors de sa visite à l'étage à la rencontre des AS/ASO. Il n'y a pas d'intervention de diététicienne dans l'établissement. Les régimes alimentaires sont mentionnés dans le dossier individuel titan du résident et sur un lutin disponible dans la salle de soin.

Le personnel rencontré sur l'un des étages, a fait état de l'existence d'un tableau des régimes alimentaires qui devait être affiché dans la salle de préparation des repas et collation mais celui-ci n'a pas été trouvé ni remis à la mission. Les professionnels rencontrés disent rechercher individuellement, sur Titan, l'existence d'un régime alimentaire s'il y a lieu. Il a été indiqué à la mission d'inspection que les nouveaux arrivants ou intérimaires en réfèrent aux personnels présents sur place. Les régimes alimentaires des résidents sont dits "connus" par les binômes AS/ASO. Selon les données fournies par l'établissement, 29 résidents sont diabétiques, 46 résidents bénéficient d'un régime hyper protéiné et aucun résident ne bénéficie d'un régime sans sel. Il manque au sein de chaque étage de l'établissement, pour le suivi nutritionnel des résidents, une fiche de synthèse mentionnant les résidents concernés par un régime, et la nature du régime (diabète, hyper protéinés, mixés) des personnes dénutries comme le recommande la HAS.

Il convient de souligner qu'une attention particulière est portée sur l'hygiène dentaire à l'entrée du résident, par le médecin coordonnateur lors de son bilan général et un rendez-vous dentaire est pris si besoin au centre dentaire la chapelle Paris 19e. Pour une extraction dentaire, les résidents sont adressés à l'hôpital Bichat ou à l'hôpital Lariboisière. Toutefois, il est constaté une absence de traçabilité des soins bucco-dentaires.

**Remarque n° 25 :**

<sup>44</sup> *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : (...) 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; (...) 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins (...).*

- La procédure relative à l'alimentation des résidents remise à la mission date du 25 aout 2011 et elle n'a pas été portée à connaissance de l'équipe d'inspection lors de sa visite à l'étage à la rencontre des AS/ASO.
- Il n'y a pas d'intervention de diététicienne dans l'établissement.
- Le personnel rencontré sur l'un des étages, a fait état de l'existence d'un tableau des régimes alimentaires mais celui-ci n'a ni été trouvé ni remis à la mission.
- Il manque au sein de chaque étage de l'établissement, une fiche de synthèse pour le suivi nutritionnel des résidents mentionnant notamment les résidents concernés par un régime, et la nature du régime.
- Une attention particulière est portée sur l'hygiène dentaire à l'entrée du résident par le médecin coordonnateur. Les soins bucco-dentaires nécessitent d'être tracés, et la formation les concernant, d'être renforcée.

#### D) La prise en charge médicamenteuse<sup>45</sup>

##### **Postes de soin et dossiers médicaux :**

L'EHPAD dispose d'une salle de soin à chaque étage et d'une trousse d'urgence au 5eme étage. Chaque salle de soins a son propre chariot de distribution des médicaments et une armoire pour les dossiers des résidents.

Les procédures affichées en salle de soin sont anciennes, la plupart sont datées de 2014. De nombreuses affiches, sans dates, sont apposées au mur. L'équipe d'inspection a constaté l'absence d'affichage systématique des numéros d'urgence dans les salles de soin et l'absence de mise à jour régulière, ce qui contrevient aux bonnes pratiques.

Les dossiers médicaux papiers sont dans des armoires non sécurisées, ce qui ne permet pas de préserver la confidentialité de ces dossiers comme indiqué par la réglementation. En parallèle des dossiers papiers, les équipes saisissent les données sur le logiciel Titan, ce système de doubles supports peut conduire à des erreurs. En outre, il n'y a actuellement pas de dossier de liaison d'urgence mis à disposition en sortie papier en cas de panne informatique

L'EHPAD dispose d'un stock de médicaments dans une pharmacie à usage interne (PUI) et sécurisée au 2e étage, stock renouvelé tous les deux mois. Ce stock est disposé dans une armoire sécurisée connectée à la pharmacie centrale des EHPAD du CASVP. La mission constate que l'accès aux médicaments de la PUI est sécurisé, et que l'accès à la salle est prévu par code à l'entrée, mais le code est hors d'usage et la fermeture par clé, prévue en substitution, n'est pas systématiquement utilisée pour y accéder. Ceci ne permet pas de garantir la pleine sécurité d'accès à cette salle.

##### **Remarque n° 26 :**

Les procédures affichées en salle de soins sont anciennes, la plupart sont datées de 2014. De nombreuses affiches, sans dates, sont apposées au mur. Les numéros d'urgence ne sont pas systématiquement affichés ne sont pas mis à jour régulièrement.

<sup>45</sup> Références : HAS, « *PECM en EHPAD* », 2017 ; ARS-ARS, « *Guide du médicament en EHPAD* », 2017 ; ARS Bretagne, « *Recommandations pour le chariot d'urgence et pour la dotation pour besoins urgents dans le cadre de l'épidémie de COVID-19* », 2020

**Ecart n° 8 :**

Les dossiers médicaux papiers sont dans des armoires non sécurisées, ce qui ne permet pas de préserver la confidentialité de ces dossiers. Référence : article L.311-3 4<sup>e</sup> du CASF<sup>46</sup>

**Remarque n° 27 :**

En parallèle des dossiers papiers, les équipes saisissent les données sur le logiciel Titan, ce système de doubles supports peut conduire à des erreurs. En outre, il n'y a actuellement pas de dossier de liaison d'urgence mis à disposition en sortie papier en cas de panne informatique.

**Remarque n° 28 :** La mission constate que l'accès aux médicaments de la PUI est sécurisé, et que l'accès à la salle est prévu par code à l'entrée, mais le code est hors d'usage et la fermeture par clé, prévue en substitution, n'est pas systématiquement utilisée pour y accéder. Ceci ne permet pas de garantir la pleine sécurité d'accès à cette salle.

**Circuit du médicament :**

La pharmacie centrale du CASVP (15e) livre les médicaments et produits de soins à l'EHPAD le vendredi. Les médicaments sont préparés et livrés selon une modalité de sachets individuels fermés par prise. Ils sont rangés au sein de la pharmacie de l'EHPAD dans des casiers individuels identifiés. La mission constate que bon nombre de numéros de chambre indiqués sur les casiers de médicaments ne correspondent pas à leur affectation réelle (contenants avec numéros de chambres qui ne correspondent pas).

Les inventaires des médicaments ne sont pas faits systématiquement. L'inventaire des stupéfiants a été fait à la demande de la mission d'inspection le jour même. Il a été trouvé des médicaments périmés et non rangés dans la salle de soins du 5e étage. La trousse de médicaments d'urgence a été constatée comme étant complète au 2<sup>e</sup> étage du bâtiment mais pas celle du 5<sup>e</sup> étage, qui est très incomplète.

La délivrance médicamenteuse est préparée par l'équipe des IDE. La délivrance auprès des résidents est assurée pour partie par les aides-soignants (AS) présents par délégation. Les agents sociaux (ASO) participent de la même façon à la délivrance des médicaments. Interrogés sur leur formation, ces professionnels expliquent que cette distribution des médicaments se fait sans accompagnement et sans formation. Par ailleurs, la fiche de poste des agents sociaux ne mentionne pas dans leurs missions, la distribution médicamenteuse. Cela a pour conséquence de faire accomplir sans cadre réglementaire ni assise professionnelle solide, des tâches relatives aux soins de publics fragiles par des professionnels insuffisamment formés. Ce glissement de tâches expose les résidents concernés à situation de risque, et fait peser sur les personnels concernés, des responsabilités qui ne leur reviennent pas.

Les témoignages recueillis auprès des personnels AS et ASO le jour de l'inspection n'étaient pas concordants sur le type de médicament délivré ; certains indiquant : "Oui la codéine on donne", tandis que d'autres indiquaient délivrer des "médicaments simples" [redaction] mais pas des anticoagulants par exemple). Une autre AS a indiqué avoir refusé de délivrer en premier lieu les médicaments mais qu'ensuite elle avait dû s'y plier compte tenu de l'organisation mise en place, avec ses collègues dans les étages qui délivrent des médicaments.

<sup>46</sup> Article L311-3 du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 4<sup>e</sup> La confidentialité des informations la concernant : (...) ».

**Remarque n° 29 :**

- La mission constate que bon nombre de numéros de chambre indiqués sur les casiers de médicaments ne correspondent pas à leur affectation réelle.
- Les inventaires des médicaments ne sont pas faits systématiquement. L'inventaire des stupéfiants a été fait à la demande de la mission d'inspection le jour même.
- Il a été trouvé des médicaments périmés et non rangés dans la salle de soins du 5e étage.
- La trousse de médicaments d'urgence a été constatée comme étant complète au 2e étage du bâtiment mais pas celle du 5e étage, qui est très incomplète.

**Ecart n° 9 :**

Les médicaments sont préparés par les IDE. La délivrance auprès des résidents est assurée pour partie par les aides-soignants (AS) sans formation et sans procédure d'encadrement et de délégation. Les agents sociaux (ASO) participent de la même façon à la délivrance des médicaments. Ces professionnels expliquent que cette distribution se fait sans accompagnement et sans formation. Par ailleurs, la fiche de poste des agents sociaux ne mentionne pas dans leurs missions, la distribution médicamenteuse. Cela a pour conséquence de faire accomplir sans cadre réglementaire ni assise professionnelle solide, des tâches relatives aux soins de publics fragiles par des professionnels insuffisamment formés. Référence : Articles L311-3- 3<sup>e</sup> et L312-1-II<sup>47</sup> du CASF.

## E) Qualité et gestion des risques

### Evaluation des risques et protocole de suivi des résidents

Selon le médecin coordonnateur, l'évaluation des risques se fait au cas par cas. Il n'y a pas d'organisation pour l'évaluation régulière systématisée des risques de chutes, de dénutrition, du risque infectieux, de trouble de la déglutition pour l'ensemble des résidents. Seul le poids est contrôlé mensuellement, selon le médecin coordonnateur. Les AS et ASO indiquent peser les résidents à chaque début de mois et signaler à l'occasion des transmissions auprès des IDE ou des médecins, les variations de poids observées.

La mission a sollicité le MEDCO pour disposer d'un état des évaluations réalisées en 2021 sans succès. Il lui a été répondu ce n'était pas possible de l'obtenir sur Titan. Concernant le planning des évaluations médicales programmées, il a été répondu qu'il n'y a pas de planning programmé, les évaluations médicales étant abordées lors des réunions de synthèses et réalisées au cas par cas.

**Remarque n° 30 :**

L'évaluation des risques se fait au cas par cas. Il n'y a pas d'organisation pour l'évaluation régulière systématisée des risques de chutes, de dénutrition, du risque infectieux, de trouble de la déglutition pour l'ensemble des résidents.

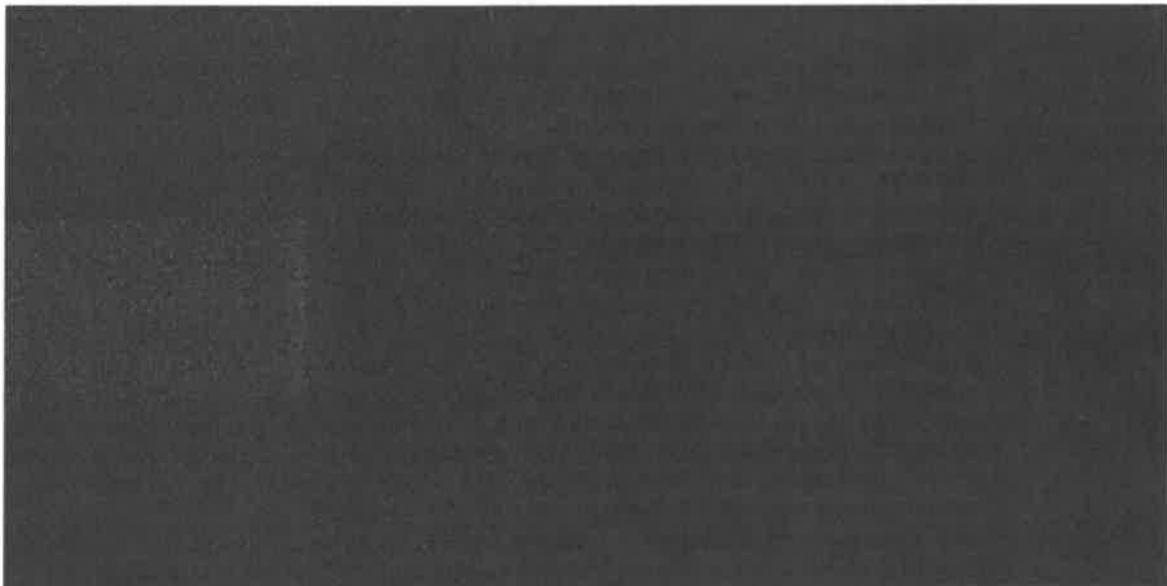
### La gestion des événements indésirables et événements indésirables graves (EI/EIG)

Deux documents ont été transmis :

<sup>47</sup> Article L312-1-II casf : « (...) Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 15<sup>o</sup> et au 17<sup>o</sup> du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés (...) ».

- Une fiche (version mars 2022, cf. annexe 4) décrivant sur une page un logigramme du circuit de déclaration sur Titan, selon lequel tout remonte au siège CASVP au service dédié, il n'y a pas de mention de la démarche de déclaration obligatoire et d'information immédiate des autorités compétentes (ARS et Ville de Paris), comme indiqué aux articles ci-contre.
- Une charte d'incitation à la déclaration des EI dans sa version du 18/11/2019.

Les professionnels rencontrés n'ont pas connaissance de procédure relative au signalement et à la gestion des EIG. Il a été indiqué qu'il n'y a pas de temps sanctuarisé pour faire au sein de l'établissement, des retours d'expérience (RETEX). En pratique, les EIG sont suivis selon les professionnels, sur le logiciel TITAN et sont évoqués en réunion de transmissions. Il existe une procédure (fiche supra) pour la gestion des évènements indésirables et une référente cadre de santé au niveau du siège CASVP<sup>48</sup>, avec laquelle les EI/EIG sont traités et suivis par le directeur des soins : si l'EIG concerne un soignant, il est procédé à une convocation avec remise d'un rapport ; si l'EIG concerne un résident, le médecin est prévenu et l'équipe a la possibilité de prévenir la famille et/de ou saisir le comité d'éthique mis en place au sein de l'établissement.



**Ecart n° 10 :** Une insuffisance majeure dans la gestion de ces évènements indésirables est relevée, elle a donné lieu à injonction conjointe datée du 19 avril 2022 pour manque de mise en œuvre notamment du dispositif réglementaire prévu. Référence : Article L331-8-1 du CASF du CASF<sup>50</sup>.

<sup>48</sup> Référente coordonnatrice au siège du CASVP : coordinatrice des soins / Responsable qualité gestion des risques, adjointe à la cheffe de service des EHPAD.

<sup>49</sup> Comme indiqué en synthèse supra : plainte de la fille d'un résident relative aux conditions de prise en charge de son père au sein de cet établissement (cf. supra mention en introduction).

<sup>50</sup> Article L331-8-1 du CASF : « Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. »

## Récapitulatif des écarts et des remarques :

	<b>Liste des écarts relevés par la mission d'inspection</b>
E1	La majeure partie des fiches de poste types transmises ne mentionnent pas le niveau de qualification requis en fonction du poste occupé et des missions attendues. L'équipe d'inspection a constaté des situations de faisant fonction. Référence : Article L312-1, II, 4ème alinéa CASF.
E2	L'EHPAD Oasis ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
E3	Les résidents de l'EHPAD ne disposent ni d'un projet personnalisé, ni d'un projet de soins, ce qui est contraire à l'article D.312-155-0, 3ème alinéa du CASF. Il n'y a pas de procédure spécifique d'élaboration pluridisciplinaire des projets personnalisés.
E4	Au jour de l'inspection, le conseil de la vie sociale de l'EHPAD n'a plus été réuni depuis septembre 2021 soit depuis sept mois, contrairement aux dispositions D. 311-4 à 20 du CASF.
E5	Outre les constats objets de l'injonction du 19 avril 2022, les constats suivants révèlent des insuffisances en termes de sécurité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entrée principale de l'EHPAD est équipée d'un interphone. Dans la journée, le repérage d'un résident quittant les locaux est possible mais dépend de la vigilance des personnels de l'accueil qui risquent de ne pas pouvoir prêter l'attention suffisante aux sorties éventuelles.</li> <li>- Au niveau de l'unité de vie protégée au 4ème étage, un libre accès sur un escalier extérieur, avec dépôt d'un objet encombrant ; un autre libre accès donnant sur un escalier de secours, à ce même étage.</li> <li>- Au 5ème étage, il y a un libre accès à deux balcons dont les rambardes sont basses et peuvent être aisément franchies, ainsi qu'une fenêtre ouverte horizontalement, sans sécurité, et suffisamment basse pour être franchie.</li> <li>- Les locaux de stockage situés aux 2ème et 3ème étages ne sont pas fermés à clé.</li> <li>- Il a été constaté l'entreposage d'objets et matériels hétéroclites (divers poubelle d'ordures ménagères) dans certains locaux de stockage notamment au 2ème étage, qui entravent le passage. Référence : article L. 311-3-1e du CASF.</li> </ul>
E6	Il a été relaté qu'il y a un libre accès à des verres de vin pré remplis, pratique à laquelle il doit être mis fin sous la vigilance des responsables de l'EHPAD et personnels de cuisine, une réflexion étant à engager (article L. 311-3-3e du CASF).
E7	L'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée n'intervient pas sur prescription médicale, alors que sa fiche de poste précise « <i>qu'il est placé sous l'autorité du cadre supérieur de santé au même titre que les membres de l'équipe d'auxiliaires médicaux, puisqu'il intervient sur prescription des médecins traitants dans le cadre de la mise en œuvre de l'accompagnement thérapeutique non médicamenteux des résidents</i> ». Il n'est pas suffisamment encadré. Référence : article L311-3 CASF.
E8	Les dossiers médicaux papiers sont dans des armoires non sécurisées, ce qui ne permet pas de préserver la confidentialité de ces dossiers. Référence : article L.311-3 4° du CASF
E9	Les médicaments sont préparés par les IDE. La délivrance auprès des résidents est assurée pour partie par les aides-soignants (AS) sans formation et sans procédure d'encadrement et de délégation. Les agents sociaux (ASO) participent de la même façon à la délivrance des médicaments. Ces professionnels expliquent que cette distribution se fait sans accompagnement et sans formation. Par ailleurs, la fiche de poste des agents sociaux ne mentionne pas dans leurs missions, la distribution médicamenteuse. Cela a pour conséquence de faire accomplir sans cadre réglementaire ni assise professionnelle solide, des tâches relatives aux soins de publics fragiles par des professionnels insuffisamment formés. Référence : Articles L311-3- 3e et L312-1-II et L313-26 CASF.
E10	Une insuffisance majeure dans la gestion de ces événements indésirables est relevée, elle a donné lieu à injonction conjointe datée du 19 avril 2022 pour manque de mise en œuvre notamment du dispositif réglementaire prévu. Référence : Article L331-8-1 du CASF.
	<b>Liste des remarques formulées par la mission d'inspection</b>
R1	Le directeur administratif adjoint chargé des ressources, faisant fonction de directeur et assurant l'intérim de direction le jour de l'inspection, ne dispose pas d'une fiche de poste propre. La directrice de l'EHPAD Galignani, désignée pour l'intérim jusqu'à mise en place d'une nouvelle direction, n'a pas transmis le document formalisé l'investissant de cette fonction transitoire.
R2 Regroupée sur l'état	- l'équipe soignante au chevet des résidents comporte une proportion de personnels « faisant fonctions », comme les agents sociaux dits ASO qui ne disposent pas de la qualification requise pour effectuer les actes de nursing pouvant inclure des soins d'escarres ou autres lésions cutanées ;

des effectifs	- dans l'organigramme, incomplet, l'équipe d'animation n'est pas rattachée à un service ; - l'équipe des intervenants paramédicaux, - psychomotricienne et kinésithérapeutes -, est composée d'un personnel contractuel et de vacataires (kinésithérapeutes) qui n'apparaissent pas dans l'organigramme et ne sont pas comptabilisés dans les effectifs. Les conventions, - si elles existent -, les liant au CASVP, n'ont pas été transmises ; - le poste d'ergothérapeute est vacant ; 2 postes d'IDE sont vacants, contribuant à fragiliser l'encadrement de l'équipe au chevet (AS/ASO) ; - le veilleur de nuit ne figure ni dans l'organigramme, ni dans le tableau des effectifs remis ; - la comparaison entre les effectifs portés à l'ERRD 2019, et ceux du rapport d'activités 2021, amène à constater un écart global significatif de 7.65 ETP, qui n'est pas explicité.
R3	- la traçabilité des différentes réunions est insuffisante - une fréquence plus régulière de réunions de tous les professionnels du service « soins au chevet », est attendue par les professionnels rencontrés et est nécessaire au bon fonctionnement du service.
R4	La consultation des dossiers des personnels amène à constater l'absence de procédure d'accueil et d'intégration pour les nouveaux arrivants.
R5	Concernant la politique de formation de l'EHPAD, la mission a constaté : l'absence de note d'orientation récente, l'absence de sessions de formations annuelles de prévention de la maltraitance généralisées à toutes les catégories de professionnels, l'absence de prise en compte intégrale des personnels dans les tableaux de planification des sessions, et l'absence d'évaluation régulière de leurs besoins en la matière.
R6	Le relevé quotidien manuscrit de présence des professionnels de l'EHPAD, alourdit les tâches de gestion, il est moins fiable qu'un système automatisé.
R7	Le taux d'absentéisme est supérieur à 8 %, et cela, sans compter les absences non justifiées. L'impact de la mesure aux agents, d'une retenue immédiate sur salaire en cas d'absence non justifiée, sur le niveau d'absentéisme, devra être évalué.
R8	Ventilation des personnels CDI (« titulaires »)/CDD/ intérimaires : les tableaux transmis ne permettent pas de faire un décompte précis des personnels en poste en avril 2022.
R9	Les conditions actuelles de conservation des dossiers des personnels au bureau RH ne facilitent pas leur consultation, l'armoire les contenant et fermant à clef, est saturée. Par manque de personnel selon les précisions données, l'archivage des pièces, - indispensable compte tenu de leur volumétrie et de leur ancienneté -, et qui avait été engagée, n'a pas pu être poursuivie.
R10	Des professionnels ont évoqué les difficultés générées par l'organisation actuelle compte tenu de la configuration de l'EHPAD, organisation qui a pour conséquence de laisser sans surveillance les résidents placés au niveau de la salle à manger d'étage, après leurs soins et toilettes.
R11	Il n'y a pas de logiciel commun de gestion des plannings et partagé ni de fichier uniformisé, ce qui ne facilite pas la compréhension de l'organisation heureuse du travail des différents secteurs d'activité de l'EHPAD.
R12	L'utilisation de Titan est partielle et il existe en parallèle des cahiers manuscrits. La transmission des informations sur le cahier à l'accueil vient affaiblir l'utilisation du logiciel de suivi des résidents (Titan) qui ne semble pas être utilisé par tous, car très incomplet.
R13	Concernant la gestion du linge, la marche en avant n'est pas suffisamment respectée, ces défaillances seraient en partie liées à une vacance de poste et l'insuffisance de personnel.
R14	Concernant la fréquence des toilettes, il est constaté : la rareté des douches proposées au résident (une fois par semaine), l'absence d'utilisation de la balnéothérapie qui contribuent pourtant à la bientraitance et au bien-être des résidents.
R15	Concernant l'animation, parmi les personnels administratifs de l'équipe d'animation, aucun ne dispose d'un diplôme spécifique en la matière. Il existe un projet d'animation 2022 qui prévoit de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, or les résidents ne disposent pas de projets d'accompagnement personnalisés à jour. Il n'y a pas de projet d'animation spécifique aux résidents pris en charge au sein de l'unité protégée.
R16	Les professionnels indiquent que les lèves-malades et verticalisateurs sont pour plusieurs d'entre eux hors d'usage. En outre, l'EHPAD est doté d'un équipement de balnéothérapie, qui n'est pas utilisé par manque de personnel disponible et formé.
R17	L'infirmière coordonnatrice depuis le 1er mars 2021, n'a pas reçu au jour de l'inspection de formation spécifique préalable à sa prise de nouvelles fonctions, or, elle est en poste depuis plus d'un an.
R18	Il n'y a pas de compte-rendu établi pour les réunions de synthèse, et accessible aux contributeurs de ces réunions.

R19	Sur 46 agents concernés par le plan de formation, moins d'un quart a suivi le parcours de formation obligatoire complet (11 AS-AMP). Dans le plan de formation remis, bon nombre de formations sont prévues mais n'ont pas été mises en œuvre.
R20	Le jour de l'inspection, des stagiaires et élèves portaient des blouses identiques à celles des titulaires, ce qui ne contribue pas à faciliter la bonne identification des professionnels de santé.
R21	L'établissement a produit trois conventions parmi lesquelles deux concernent l'ensemble des EHPAD du CASVP, avec les EMG et l'HAD de l'AP-HP, une seule concerne spécifiquement l'EHPAD Oasis. Deux des trois conventions transmises sont caduques, l'une s'achevant en 2018 et l'autre en 2016.
R22	La téléconsultation a été mise en place il y a quelques années dans le cadre du programme Telegeria, mais n'est pas utilisée. Or, son utilisation devrait permettre de limiter les déplacements des personnes en consultation et de limiter des hospitalisations évitables, voire de préparer un séjour hospitalier.
R23	Un bilan est réalisé par le médecin coordonnateur à l'arrivée des résidents mais il n'y a pas de bilan systématique dans les trois mois qui suivent l'admission, avec notamment évaluation du risque d'escarre, de dénutrition, de chute. Cette évaluation doit faire l'objet d'une révision connexe à celle des projets de vie. Les résidents ne disposent pas de projet personnalisé de soins.
R24	Les conventions liant les professionnels libéraux (kinésithérapeutes psychomotricienne) au CASVP, concernant leurs interventions au sein de l'EHPAD, doivent être formalisées.
R25	Concernant la gestion de la nutrition et la prévention de la dénutrition : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La procédure remise date du 25 aout 2011 et elle n'a pas été portée à connaissance de l'équipe d'inspection lors de sa visite à l'étage à la rencontre des AS/ASO.</li> <li>- Il n'y a pas d'intervention de diététicienne dans l'établissement.</li> <li>- Le personnel rencontré sur l'un des étages, a fait état de l'existence d'un tableau des régimes alimentaires mais celui-ci n'a ni été trouvé ni remis à la mission.</li> <li>- Il manque au sein de chaque étage de l'établissement, une fiche de synthèse pour le suivi nutritionnel des résidents mentionnant notamment les résidents concernés par un régime, et la nature du régime.</li> <li>- Une attention particulière est portée sur l'hygiène dentaire à l'entrée du résident par le médecin coordonnateur. Les soins bucco-dentaires nécessitent d'être tracés, et la formation les concernant, d'être renforcée.</li> </ul>
R26	Les procédures affichées en salle de soins sont anciennes, la plupart sont datées de 2014. De nombreuses affiches, sans dates, sont apposées au mur. Les numéros d'urgence ne sont pas systématiquement affichés ne sont pas mis à jour régulièrement.
R27	En parallèle des dossiers papiers, les équipes saisissent les données sur le logiciel Titan, ce système de doubles supports peut conduire à des erreurs. En outre, il n'y a actuellement pas de dossier de liaison d'urgence mis à disposition en sortie papier en cas de panne informatique.
R28	La mission constate que l'accès aux médicaments de la PUI est sécurisé, et que l'accès à la salle est prévu par code à l'entrée, mais le code est hors d'usage et la fermeture par clé, prévue en substitution, n'est pas systématiquement utilisée pour y accéder. Ceci ne permet pas de garantir la pleine sécurité d'accès à cette salle.
R29	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mission constate que bon nombre de numéros de chambre indiqués sur les casiers de médicaments ne correspondent pas à leur affectation réelle.</li> <li>- Les inventaires des médicaments ne sont pas faits systématiquement. L'inventaire des stupéfiants a été fait à la demande de la mission d'inspection le jour même.</li> <li>- Il a été trouvé des médicaments périmés et non rangés dans la salle de soins du 5e étage.</li> <li>- La trousse de médicaments d'urgence a été constatée comme étant complète au 2e étage du bâtiment mais pas celle du 5e étage, qui est très incomplète.</li> </ul>
R30	L'évaluation des risques se fait au cas par cas. Il n'y a pas d'organisation pour l'évaluation régulière systématisée des risques de chutes, de dénutrition, du risque infectieux, de trouble de la déglutition pour l'ensemble des résidents.

## **CONCLUSION**

L'inspection conjointe de l'EHPAD Oasis, géré par le centre d'action sociale de la Ville de Paris, a été réalisée de façon inopinée le 6 avril 2022.

Dans les suites immédiates de sa visite, la mission d'inspection a formulé deux injonctions par courrier conjoint du 19 avril 2022, concernant le non-respect des règles de sécurité et incendie et l'absence de signalement immédiat d'un évènement indésirable grave.

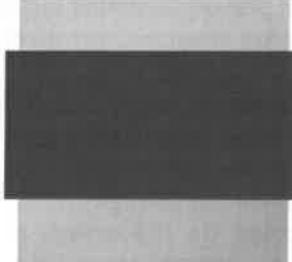
En outre, la mission d'inspection a relevé :

- ✓ Concernant la gouvernance et les RH :
  - depuis le départ de la précédente directrice, la gouvernance de la structure n'est pas stabilisée ; des postes restent vacants (deux postes d'IDE et un d'ergothérapeute) ;
  - des situations de professionnels « faisant fonction » qui ne permettent pas de garantir une prise en charge suffisamment professionnalisée ; un niveau d'absentéisme supérieur à 8 % ;
  - des insuffisances de la politique de formation comme l'absence de généralisation des sessions à l'ensemble des professionnels, et l'absence d'accès généralisé à des sessions annuelles de prévention de la maltraitance.
- ✓ Concernant l'accompagnement des résidents et la politique de bientraitance :
  - Les projets d'accompagnement personnalisés ne sont pas en place ; le projet d'établissement n'est plus à jour depuis 2018 ;
  - Il existe un projet 2022 actualisé d'animation qui prévoit un panel d'activités diversifiées et qui prévoit de définir les besoins de chaque résident, en écho au projet personnalisé, mais les résidents ne disposent pas de projets d'accompagnement personnalisés à jour. Parmi les personnels administratifs de l'équipe d'animation, aucun ne dispose d'un diplôme spécifique en la matière. Au regard des activités que l'animatrice à temps plein doit porter, il n'y a pas de pré requis en matière de qualification et de formation.
  - Concernant la prévention de la maltraitance, l'ensemble des leviers qui participent à une politique de prévention, ne sont pas actionnés au sein de l'EHPAD : existence d'un protocole de prévention et d'une démarche permettant d'identifier les situations à risques, traçabilité et retour d'expérience (retex) sur les évènements indésirables graves, formations généralisées et régulières sur la bientraitance, mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles.
- ✓ Concernant la prise en charge en soins :
  - L'absence de projets de soins pour les résidents.
  - Les conditions d'exercice de l'activité d'éducation physique adaptée (APA) sont insuffisamment encadrées (pas de prescription médicale) et manquent de clarté sur le rattachement à l'équipe de soins et la coordination avec les autres intervenants ;
  - Il n'y a pas d'évaluation et de suivi de la dénutrition.
- ✓ Concernant la prise en charge médicamenteuse :
  - Les agents sociaux au chevet (ASO), en situation de faisant fonction, participent de la même façon que les aides-soignants, - eux-mêmes sans formation et sans procédure d'encadrement et de délégation -, à la délivrance des médicaments, situation qui expose les résidents à des erreurs et fait peser sur les personnels des responsabilités en leur faisant accomplir sans cadre réglementaire ni assise solide des tâches relatives aux soins de publics fragiles.

- La distribution des médicaments ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques.
- ✓ Concernant la politique de gestion des risques et le traitement des événements indésirables, les dispositions réglementaires ne sont pas mises en œuvre, par méconnaissance de la part des professionnels des obligations leur revenant en la matière.

Ces constats nécessitent que le CASVP engage avec les responsables de l'EHPAD Oasis des actions de correction et d'amélioration dans les meilleurs délais.

Fait à Paris, le 08 juillet 2022

<b>Maryline SEBBAN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Agence régionale de santé, coordonnatrice de la mission d'inspection</b>	<b>Christine LAURENT, responsable de la cellule d'appui et de contrôle du service seniors, Ville de Paris/ Direction des Solidarités</b>
	
<b>Laura SALVY, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Agence régionale de santé</b>	
	

## GLOSSAIRE

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

## Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale  
de Paris

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

Affaire suivie par : Maryline SEBBAN

Maryline SEBBAN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France

Léa COURREGES chargée de mission programme « EHPAD 2022 », ARS Ile-de-France

Docteur Sylviane KHON-SCHERMAN, conseiller médical désigné personne qualifiée, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Laura SALVY, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Christine LAURENT, responsable de la cellule d'appui et de contrôle, sous-direction de l'autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris

Clément BODEUR CREMIEUX, personne qualifiée, chargé de mission au Service des actions à destination des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris

Saint-Denis, le 4 avril 2022

Mesdames, Monsieur,

Mme Brigitte BOURGUIGNON, ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Ce programme, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants, a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'EHPAD « Oasis » géré par le Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP), situé 11-13 Rue Laghouat, 75018 PARIS (N° FINESS : 750832578) inscrit à ce programme.

Cette inspection prendra en compte en priorité :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport à l'effectif prévisionnel, au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et sur la qualité des prestations hôtelières et d'animation ;

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

- La politique en faveur de la bientraitance ;
- La gestion et le suivi des événements indésirables graves.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique (CSP), ainsi que par les articles L.133-2 du CASF et le Règlement départemental d'aide sociale (RDAS) de la Ville de Paris, comprendra :

- Pour sa composante ARS :
  - o Madame Maryline SEBBAN, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Inspection régionale autonomie santé, ARS Ile-de-France, coordonnatrice de la mission ;
  - o Madame Laura SALVY, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France ;

Accompagnées des personnes suivantes désignées en qualité de personnes qualifiées en application de l'article L. 1421-1 alinéa 2 du CSP :

  - o Docteur Sylvianne KOHN-SCHERMAN, Délégation départementale de Paris, conseiller médical désigné personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS d'Ile-de-France ;
  - o Madame Léa COURREGES, chargée de mission du programme « EHPAD 2022 », ARS d'Ile-de-France.
- Pour sa composante Ville de Paris :
  - o Madame Christine LAURENT, responsable de la cellule d'appui et de contrôle au Service des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris ;
  - o Monsieur Clément BODEUR CREMIEUX, personne qualifiée, chargé de mission au Service des actions à destination des personnes âgées sous-direction de l'autonomie, Direction des Solidarités, Ville de Paris.

L'inspection aura lieu à partir du 6 avril 2022 selon l'organisation suivante :

- Elle sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (cf. article L.1421-2 du CSP) en mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions des articles L. 1421-3 du CSP et L. 133-2 du CASF s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai d'un 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.

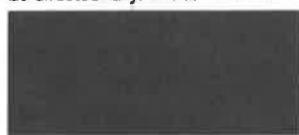
Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L.313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Ile-de-France



Amélie VERDIER

Pour la Maire de Paris et par délégation,  
Le directeur adjoint des Solidarités



Jacques BERGER

Sylvie MARTINON

**Annexe 2 : Tableau de synthèse Qualité et sécurité des soins**

<b>Tableau de synthèse sur la qualité et la sécurité des soins</b>		
<b>Thème</b>	<b>Constat</b>	<b>Proposition de décision</b>
<b>Organisation générale</b>	<b>Le domaine RH n'est pas suffisamment encadré</b>	
<b>RH</b>	L'IDEC est en poste depuis plus d'un an, alors que la formation n'a pas encore eu lieu au regard de ses nouvelles missions	La formation IDEC doit être prévue dès la prise de poste
	La mission a constaté que les stagiaires et élèves portaient des blouses de titulaires.	Veiller à la bonne identification du statut sur la blouse des professionnels de santé
<b>Médecins traitants</b>	Seuls les médecins salariés de l'EHPAD sont médecins traitants pour l'ensemble des résidents.	Veiller à offrir le libre choix du médecin traitant aux résidents accueillis en EHPAD conformément au contrat de séjour
<b>Formation</b>	Sur les 46 personnes inscrites dans le plan de formation 2019-2022 mis à jour en juillet 2021, 11 personnes ont bénéficié d'un parcours de formation complet tel que prévu par le plan de formation.	Veiller à ce que l'ensemble des personnels bénéficient du parcours de formation prévu par la structure.
<b>Coordination médicale</b>		
<b>Réunions</b>	La mission n'a pas retrouvé de compte rendu des réunions de synthèse organisées les jeudis	Tracer les réunions de synthèse et rendre accessible leur PV aux contributeurs de ces réunions
<b>Dossiers médicaux</b>	Les équipes saisissent les données dans le logiciel Titan ; les résidents ont aussi des dossiers papier. Doubles supports qui peuvent conduire à des erreurs	Mener une réflexion sur les dossiers médicaux afin d'éviter les double saisies et l'accès à des documents non actualisés Le DLU serait la pièce maîtresse à mettre à disposition en sortie papier en cas de panne informatique
<b>Télémédecine</b>	La téléconsultation a été mise en place il y a quelques années dans le cadre du programme Telegeria, mais n'est pas utilisée. Le médecin ne semble pas opposé à son usage mais se dit peu alerte à l'usage de ces nouvelles technologies.	S'approprier les enjeux et la pratique de la télémedecine en tant que complément à l'offre de soins actuelle, pour limiter les déplacements des personnes en consultation de spécialistes, limiter des hospitalisations évitables, voir pour préparer un séjour hospitalier .
<b>Equipe paramédicale activité sportive-reéducation</b>	<b>Le domaine des soins paramédicaux n'est pas suffisamment organisé et régulé</b>	
:	L'intervention de l'animateur spécialisé d'éducation physique adaptée (APA) ne se fait	Veiller à ce que l'intervention de l'éducateur APA soit concertée avec l'équipe médicale, s'agissant d'une activité de soins adaptée à la situation clinique

	pas sur prescription médicale	de la personne, ses besoins et ses capacités de mobilisation.
	Seuls 17% des résidents (19) sont pris en charge en APA , et la moitié d'entre eux depuis au moins 20 mois	Mettre en place une régulation de l'activité APA afin de permettre le bénéfice de cette activité à un plus grand nombre de résidents. Signalons que certaines séances sont particulièrement longues pouvant aller de 1h à 1h 30 en extérieur pour amener un(e) résident(e) faire ses courses.
	Pas de réévaluation régulière des besoins des résidents au regard de cette prise en charge	Organiser le suivi régulier de l'activité pour les résidents concernés : bénéfices apportés pour les personnes , atteinte des objectifs, difficultés éventuelles rencontrées ...
	Prise en charge commune de certains résidents sans qu'on dispose d'une visibilité sur l'organisation de leurs interventions et la coordination de l'équipe de soins	La gestion des interventions des paramédicaux et de l'APA au sein de l'équipe de soins doit être clarifiée
	La salle de kinésithérapie est partagée entre l'APA, les kinésithérapeutes et la psycho motricienne. Pour autant, on ne retrouve pas trace de planning d'utilisation de cette salle ; Soulignons que cette salle est équipée pour réaliser des consultations en télé médecine : ordinateur, et caméra installées	Mettre en place une planification de l'utilisation de la salle de kinésithérapie s'agissant d'une salle partagée par les différents intervenants APA , kinésithérapeute, psychomotricienne ,et par l'équipe de soins pour la télé consultation
	Le planning et les interventions de ces professionnels ne sont pas visibles	Mettre à disposition de l'équipe de soins le planning des interventions des personnels paramédicaux
<b>Nutrition et soins bucco-dentaires</b>		
	Le personnel indique ne pas avoir connaissance des fiches nutritionnelles d'étage mais connaître les régimes des résidents	Renforcer le suivi nutritionnel des résidents par la mise en place d'une fiche alimentation d'étage mentionnant , pour les résidents concernés par un régime , la nature du régime prescrit (diabète, hyper protéinés, mixés ... )
	Bilan sollicité par la mission , pas de retour	Mettre en place un suivi des personnes dénutries-l'établissement doit disposer d'un bilan des personnes dénutries selon les recommandations HAS
	Pas d'évaluation systématique des besoins en soins bucco-dentaires	Renforcer la formation et la traçabilité des soins bucco-dentaires
<b>Hygiène générale</b>	Organisation d'une douche hebdomadaire par résident	Renforcer les mesures d'hygiène générale. L'organisation d'une séance unique de douche hebdomadaire par résident est insuffisante et ne répond pas aux besoins élémentaires attendus dans une structure EHPAD
<b>Circuit du médicament mesures d'identité vigilance</b>		Non-respect des règles d'identité-vigilance

	Caisiers de rangements des médicaments des résidents non organisés, avec des numéros de chambre qui ne correspondent pas à ceux des résidents	Procéder à la mise à jour et à la vérification de l'identification des caisiers de rangement des médicaments individuels des résidents afin de sécuriser la délivrance médicamenteuse
	La photo du résident n'est pas présente dans les éléments d'identité vigilance	Adjoindre les photos des résidents dans les traits d'identité nécessitant d'être apposées dans les chariots de distribution des médicaments au titre du renforcement de l'identité vigilance
	Non-respect des règles de sécurité de délivrance médicamenteuse avec des dates de péremption dépassées ou dates d'ouverture non renseignées	Veiller à mentionner la date d'ouverture des flacons en cours d'usage sur le chariot de soins
		Porter une attention particulière sur les dates de péremption des médicaments déposés par les familles des résidents et orienter préférentiellement les familles sur le retour à la pharmacie de quartier pour éviter tout détournement d'usage
	Pas d'inventaire du stock de médicaments ni des stupéfiants présents dans la PUI	Procéder à un inventaire du stock d'urgence des médicaments, rationaliser ce stock, aujourd'hui situé sur deux étages et mettre en place une révision régulière de celui-ci
	Délivrance de médicaments par des AS et des ASO non formées	Formaliser la délégation de tâches relatives au circuit du médicament et former le personnel concerné afin d'assurer la sécurité de la délivrance médicamenteuse auprès des résidents
<b>Poste de soins</b>		
	Les salles de soins ne sont pas systématiquement fermées à clés	Renforcer la sécurité de l'accès aux postes de soins via la réparation du dispositif de code d'accès prévu à cet effet.
	Les dossiers médicaux sont dans les salles de soin mais ne sont pas dans des armoires sécurisées	Renforcer la confidentialité des dossiers médicaux des résidents sur support papier, conformément à la réglementation les dossiers médicaux papiers doivent être rangés dans les postes de soin dans des armoires fermées sécurisées
	Documents divers affichés dans les postes de soins non datés	Procéder à la mise à jour des documents divers affichés dans les postes de soin. Ceci est particulièrement important dans le contexte actuel du recours aux intérimaires
	Numéro d'urgence non affichés	Afficher les numéros d'urgence dans les poste de soin et veiller à les mettre à jour régulièrement
<b>Procédure d'admission et projet de soins</b>		
	Nous n'avons pas retrouvé de projet personnalisé de soins pour les résidents, constat qui nous a été confirmé par le MEDCO	Mettre en place les dispositions permettant que chaque résident dispose d'un projet personnalisé de soins
	Il n'y a pas d'évaluation multidimensionnelle organisée dans le suivi des résidents et notamment dans les 3 mois qui suivent l'arrivée des résidents	Réaliser une évaluation multifonctionnelle dans les trois mois qui suivent l'entrée des résidents, avec notamment une évaluation du risque d'escarre, de dénutrition, de chute. Cette évaluation doit faire l'objet d'une révision connexe à celle des projets de vie

<b>Gestion des EIG</b>		
	Il existe une insuffisance de culture en matière d'EIG au sein de l'établissement. Il convient que la direction de l'établissement, en lien avec la Direction Régionale, mette en place un suivi qualité sur cette thématique (réclamations et signaux).	Renforcer les modalités de gestion et de suivi des évènements indésirables dans l'établissement : signalement , plan d'action et suivi Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'établissement doit mettre en place des groupes d'analyse de la pratique.
	Défaut de connaissance des procédures relatives aux EIG.	Former l'ensemble des professionnels au domaine des événements indésirables: identification, signalement, mesures de gestion et analyse
		Revoir les modalités d'information des résidents, de leurs familles ou représentants, pour le dépôt des réclamations auprès de l'établissement et des autorités compétentes.
	Cf. EIG suspicion agression sexuelle- pas de plan d'action - pas de suites données	Signaler tout EIG sans délai auprès de l'ARS et auprès de la ville de Paris dans le cadre des mesures de veille sanitaire réglementaires
		Inscrire dans le plan de formation des personnels , une formation sur la sexualité des personnes âgées
		Mettre en place un soutien psychologique des résidents et des familles pour les EIG le nécessitant.
<b>Filière gérontologique</b>		
	Parmi les différents partenariats évoqués, l'établissement a procuré à la mission 3 conventions parmi lesquelles deux concernent l'ensemble des EHPAD du CASVP, avec les EMG et l'HAD de l'AP-HP et une concerne spécifiquement l'EHPAD Oasis. Par ailleurs, deux des trois conventions transmises sont sans objet, l'une s'achevant en 2018 et l'autre en 2016.	Formaliser et/ou renouveler des conventions de partenariats propres à l'EHPAD Oasis

**Annexe 3 : Liste des documents à consulter – à transmettre**

**EHPAD Oasis**

**Inspection le 06 avril 2022**

**Liste des documents à fournir dès le début de l'inspection**

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
1	Liste nominative des résidents par chambre présents ce jour	Immédiat	
2	Liste des salariés présents ce jour - Mentions et qualif des personnels	immédiat	
3	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) - dont vacataires	immédiat	
4	Organigramme nominatif de l'EHPAD actualisé	immédiat	
5	Plan des locaux (plusieurs jeux)	immédiat	

N°	Nature du document demandé	Délai	Document remis OUI/NON
	Liste nominative des résidents avec GIR par chambre présents le jour de l'inspection	Immédiat	
	<b>Liste des salariés présents ce jour : plannings du jour et nuit précédente, planning mois</b>	immédiat	
	Plan des locaux (plusieurs jeux en fct compo équipe)	immédiat	

**Liste des documents à transmettre/à consulter le jour de l'inspection**  
 → Par Blue Files : mail coordonnatrice : [maryline.sebban@ars.sante.fr](mailto:maryline.sebban@ars.sante.fr)

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation	Observations / document remis (oui/non/n'existe pas)
<b>I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations</b>			
1	Plannings nominatifs de tous les salariés secteurs soins et administ. 06/04 (y compris l'équipe nuit du 5 au 6/04), légendés (explication des codes couleurs et abréviations) - + vacataires		
2	<b>Organigramme nominatif actualisé de l'EHPAD</b>		
3	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MedCo, de l'IDEC (contrat si intérim ou transition)	copie	
4	Contrats de travail du MedCo et du médecin prescripteur (si poste existant)	copie	
5	Fiches de poste et/ou lettre de mission pour tous les personnels et notamment : directeur, directeur adj, médecin coordo (MedCo), IDEC, psychologue, IDE, AS, ASO, animatrices, agent administratif.	copie	
6	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie	
7	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie	
8	<b>Rapport d'activité actualisé 2021 avec provenances publics dont proportion personnes précaires orientées par Samu et autres</b>	copie	
9	<b>Projet d'établissement et Projet de soins : caduc, précédent 2013/2018</b>	copie	
10	<b>Dernier rapport d'évaluation interne</b>	copie	

<b>11</b>	Livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, charte de la personne accueillie...	copie	
<b>12</b>	<b>Contrat de séjour et trame de projet d'accompagnement individualisé</b>	copie	
<b>13</b>	Projet animation	copie	
<b>14</b>	Tableau des ETP du mois en cours	copie	
<b>15</b>	<b>Tableau des effectifs budgétés selon modèle ci-joint</b>	copie	
<b>16</b>	Liste nominative des personnels avec dates recrutement, nature contrat de travail et fonction exercée ( <b>format Excel et non PDF</b> ) du mois en cours	copie	
<b>17</b>	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur	copie	
<b>18</b>	Plan de formation réalisé 2020, 2021 et prévisionnel 2022 ( <b>format Excel</b> ), attestations des formations suivies	copie	
<b>19</b>	Répartition des résidents et GIR par chambre/unité/étage  <b>Donner la liste résidents présents au 06/04/22 av âge, noms, date entrée, gir et chbre</b>	copie	
<b>20</b>	projets de vie et tableau de suivi des projets de vie	copie	
<b>21</b>	<b>Dossiers des résidents :</b>	<i>Consultation</i>	
<b>22</b>	<b>Dossiers RH des salariés</b>	<i>Consultation</i>	
<b>23</b>	Les fiches de tâches heureuses des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit, des ASH	copie	
<b>24</b>	Les fiches de tâches heureuses	copie	
<b>25</b>	PV et comptes rendus de CSE, CSSCT	copie	

#### II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance

<b>26</b>	Procédure admission		
<b>27</b>	<i>Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)</i>	<i>consultation</i>	
<b>28</b>	Programme d'animation avril, mai 2022	copie	
<b>29</b>	Résultats dernières enquêtes de satisfaction		
<b>30</b>	<b>Récapitulatif des évènements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD</b>	copie	
<b>31</b>	<b>Protocole de traitement et de signalement des évènements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)</b>	copie	
<b>32</b>	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Copie ou consultation	
<b>33</b>	<b>CR des 3 dernières réunions CVS tenues ou/et de la plus récente réunion familles et coordonnées des représentants des familles</b>	copie	
<b>34</b>	Registre de sécurité et PV de la commission de sécurité de la Préfecture et plan des travaux évoqués le 6/04 et PV de la dernière visite des services vétérinaires	consultation	

#### III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante

<b>35</b>	Cahiers de transmission et de suivi, et autres supports de communication en interne	consultation	
<b>36</b>	Dossiers des résidents : projets accom personnalisé (PAP) / de soins	consultation	
<b>37</b>	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	copie	
<b>38</b>	Liste nominative des médecins traitants des résidents	copie	
<b>39</b>	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	copie	
<b>40</b>	Collaboration du médecin coordonnateur avec l'EMG, les réseaux de soins palliatifs, les services de HAD et les services de psychiatrie.	copie	

<b>41</b>	Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et rapport de la commission gériatrique annuelle	copie	
<b>42</b>	Audit des soins	copie	
<b>43</b>	Liste de tous les protocoles/procédures de soins	copie	
<b>44</b>	Détail des procédures : préadmission/admission, chute, douleur, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	copie	
<b>45</b>	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	copie	
<b>46</b>	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse (audits, autodiagnostic)	copie	
<b>47</b>	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	copie	
<b>48</b>	Vaccination antigrippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	copie	
<b>49</b>	Plan bleu		
<b>IV- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance</b>			
<b>50</b>	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Equipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	copie	
<b>51</b>	Inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisables (extracteurs d'O2, bouteilles O2, nébuliseurs, pompes de nutrition, seringues électriques, aspirateurs, VAC, bladder scan, ....)	copie	
<b>52</b>	Factures 2019 à 2021 des consommables: protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres. Bilan trimestriel de la consommation de protections contre l'incontinence	copie	
<b>V- Autre</b>			
<b>53</b>	Tout autre document que les responsables de l'établissement jugent utile de transmettre	copie	

#### Annexe 4 : Liste des personnes reçues en entretiens

- Le directeur adjoint chargé des ressources
- Le cadre de santé directeur adjoint aux soins
- Le médecin coordonnateur
- L'infirmière coordonnatrice
- L'IDE en salle de soins dans les étages, puis en PUI au 2<sup>e</sup>, et i
- Trois infirmières lors de visite dont au 3<sup>e</sup> étage et salle restauration RDC
- Animateur spécialisé d'éducation physique adaptée (APA)
- AS
- Agents sociaux dits ASO dont ASO unité vie protégée
- L'animatrice
- Personne de confiance d'un résident
- Psychologue
- Elève infirmière (troisième étage)
- Le chef de cuisine
- Un proche d'un résident

**Annexe 5 : Logigramme CASVP de déclaration des EI-EIG-plaintes**



**Déclaration des EI-EIG-Plaintes (V.2- Mars 2022)**

