



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

Ville de Paris

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Bastille »  
24 rue Amelot 75 011 PARIS  
FINESS : 75 004 423 2**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2023\_IDF\_00519  
Contrôle sur place le 18/04/2023**

**Mission conduite par :**

- Madame le Docteur Brigitte GUIRAUDIE, médecin inspecteur de santé publique/ Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Île-de-France ;
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission ;
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Alix ROUGE, désignée en qualité de contrôleur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique/Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Île-de-France ;

**Accompagnée par :**

- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique</li><li>- Article L.1435-7 du Code de la santé publique</li><li>- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles</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 rapport n'est communicable aux tiers qu'une fois reçu par l'inspecté ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

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

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

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

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

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

Enfin :

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

## SOMMAIRE

<b>Synthèse .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>6</b>
Contexte de la mission d'inspection .....	6
Modalités de mise en œuvre .....	6
Présentation de l'établissement.....	6
<b>Constats.....</b>	<b>9</b>
I - Gouvernance .....	10
1. Conformité aux conditions de l'autorisation .....	10
2. Management et Stratégie.....	11
3. Animation et fonctionnement des instances.....	15
4. Gestion de la qualité.....	16
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables .....	17
II - Fonctions support .....	18
1. Gestion des ressources humaines .....	18
2. Gestion d'information .....	22
3. Bâtiments, espace extérieurs et équipement.....	22
4. Sécurité.....	23
III - Prises en charge .....	25
1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie .....	25
2. Respect des droits des personnes .....	26
3. Vie sociale et relationnelle .....	28
4. Vie quotidienne. Hébergement.....	29
5. Soins .....	30
IV - Relations avec l'extérieur.....	34
1. Coordination avec les autres secteurs .....	34
<b>Récapitulatif des écarts et des remarques .....</b>	<b>35</b>
Écarts .....	35
Remarques .....	36
<b>Conclusion .....</b>	<b>37</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>39</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>40</b>
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle .....	40
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	42
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées. ....	46

## Synthèse

<b><u>Données générales sur l'établissement</u></b>			
<b>Nom</b>	Bastille	<b>Capacité hébergement permanent</b>	89
<b>Adresse</b>	24 rue Amelot	<b>Places habilités aide sociale</b>	89
<b>Arrondissement</b>	75011	<b>Présence d'une UVP</b>	NON
<b>Gestionnaire</b>	VYV3 IDF	<b>Places en UHR</b>	0
<b>Statut juridique</b>	Privé à but non lucratif	<b>Places en PASA</b>	0
L'établissement n'est pas sous CPOM			

### **Eléments déclencheurs de la mission**

La présente inspection, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC) et dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.

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

L'inspection a été réalisée en mode inopiné le 18 avril 2023 conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

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

### **Points forts de l'établissement relevés par la mission**

#### **GOUVERNANCE**

1. Conformité aux conditions d'autorisation
  - Un taux d'occupation satisfaisant
2. Management et Stratégie
  - Un trio d'encadrement (directrice, médecin coordonnateur, IDEC) solide
3. Animation et fonctionnement des instances
  - Un Conseil de Vie sociale qui apparaît comme une véritable instance de dialogue avec les résidents.

#### **FONCTIONS SUPPORT**

1. Gestion des ressources humaines
  - Des équipes stables et investies

#### **PRISE EN CHARGE**

1. Respect des droits des personnes
  - L'établissement dispose de plusieurs espaces permettant aux résidents de rencontrer les familles ou les proches (l'espace « bistrot », les espaces bibliothèques, le jardin)
2. Vie sociale et relationnelle
  - L'établissement propose des animations variées dont certaines sont assurées par des résidents

## **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

L'établissement est concerné par 17 écarts et 22 remarques. Les principaux sont :

### **Ecarts :**

- Il n'a pas été transmis de diplôme concernant l'IDEC.
- Le suivi nutritionnel des résidents ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Fédération Française de Nutrition (FFN), en date du 10 novembre 2021, relatives au « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ».
- Il est constaté une sous-déclaration des EI en interne, des déclarations tardives d'EI en interne et aux autorités et des défauts de qualifications des EIG.
- Les plannings transmis n'indiquent pas le personnel affecté à la prise en charge de l'unité de 8 lits au rez-de-chaussée et ne prévoit pas systématiquement de personnel AS/AMP/AES au 2ème et 3ème étage, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents et fait craindre des glissements de tâche.

### **Remarques :**

- Le contrat de travail du médecin coordonnateur prévoit une semaine par mois sans présence de ce dernier dans l'établissement.
- Un nombre élevé de résidents ne disposent pas d'un PVI actualisé.
- L'établissement ne dispose pas de plan d'amélioration continue de la qualité.
- Les procédures relatives au circuit du médicament sont complètes, clairement rédigées et illustrées, mais ne sont que partiellement mises en œuvre, en particulier pour ce qui relève du stockage des médicaments.

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

## **Introduction**

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

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

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

Ce plan s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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

### **Modalités de mise en œuvre**

Cette inspection a été réalisée sur place (inspection) le 18 avril 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Elle a été réalisée conjointement par l'ARS et par la Ville de Paris.

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

#### **GOUVERNANCE**

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

#### **FONCTIONS SUPPORT**

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion d'information
8. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
9. Sécurités

#### **PRISE EN CHARGE**

10. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
11. Respect des droits des personnes
12. Vie sociale et relationnelle
13. Vie quotidienne - Hébergement
14. Soins

#### **RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR**

15. Coordination avec les autres secteurs.

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

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

### **Présentation de l'établissement**

Situé au 24 rue AMELOT, 75 011 PARIS, l'EHPAD « Bastille » est un établissement privé à but non lucratif géré par le groupe mutualiste « VYV3 IDF » dont le siège social est au 167 rue Raymond LOSSERAND, 75 014 PARIS.

6/46

En septembre 2020, « VYV 3 IDF » a repris la gestion de l'EHPAD « Bastille » précédemment géré par la « Mutuelle du Personnel de la RATP ».

Ouvert le 1<sup>er</sup> octobre 2004, l'EHPAD « Bastille » dispose de 89 places en hébergement permanent.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour la totalité de sa capacité.

Les derniers GMP et PMP validés respectivement le 21/03/2012 et le 19/07/2012 s'élèvent respectivement à 690 et 205<sup>1</sup>. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 85 résidents accueillis en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD 2022					
IDF <sup>2</sup>					

Le budget de fonctionnement est de 5 746 687,93 € en 2022, dont 2 907 033,89 € au titre de l'hébergement, 553 721,00 € au titre de la dépendance et 2 285 933,04 € au titre du soin.

Les négociations du CPOM sont prévues en 2024.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD « Bastille »	
Nom de l'organisme gestionnaire	VYV3 IDF	
Numéro FINESS géographique	75 004 423 2	
Numéro FINESS juridique	75 000 352 7	
Statut juridique	Privé à but non lucratif	
Option tarifaire	Tarif partiel	
PUI	NON	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	Autorisée	Installée <sup>3</sup>
	HP	89
	HT	0
	PASA	0
	UHR	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	89	

Année 2012		
PMP Validé		
GMP Validé		

<sup>3</sup> Au jour du contrôle sur place

## **Constats**

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

### **Consignes de lecture :**

**Écart** : toute non-conformité à une référence juridique.

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique.

## **I - Gouvernance**

### **1. Conformité aux conditions de l'autorisation**

L'EHPAD « Bastille », créé par arrêté conjoint du Préfet de Paris et du Maire de Paris en date du 19 septembre 2001, est géré par « VYV3 IDF » représentant l'offre de soins et d'accompagnement sur le territoire francilien du groupe mutualiste « VYV ».

L'établissement, dont la gestion était précédemment assurée par la Mutuelle du Personnel de la RATP a fait l'objet d'un arrêté portant approbation d'autorisation de cession de l'EHPAD « Bastille » au profit de « VYV3 IDF ».

Ce transfert de gestion fait suite à des dysfonctionnements majeurs persistants et réitérés (insuffisances et défaillances managériales, inconstance des effectifs médicaux, nombre important d'EIG liés au soins, circuit du médicament non sécurisé...) constatés lors de différentes inspections (novembre 2009, juillet 2015, avril 2018).

« VYV3 IDF » est organisée autour de 4 pôles d'activité : Accompagnement, Soins, Produits et services, Enseignement et Formation.

Le projet d'établissement 2023-2027 précise que :

**« Le Pôle « Accompagnement » se compose de 4 filières :**

- La filière « Maintien à domicile » regroupe les 14 agences de proximité avec des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et des Centres d'accueil de jour autonome (CAJ),
- La filière « Seniors » représente 4 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), (« Bastille » 75011, « Saint Antoine de Padoue » à Noisy le Sec/93, « Sainte Marthe » à Bobigny/93, « Le Village » à Lainsecq/89)
- La filière « Handicap » rassemble 2 Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), 1 accueil de jour, des appartements adaptés et 1 Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), 1 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), 1 Centre d'Insertion pour personnes Cérébro-Lésées (CICL), 2 Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS). Ce périmètre rassemble également les établissements du secteur « Enfance » avec 1 Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), 1 Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes Handicapées (SAPP), 1 Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), 1 Institut d'Education Motrice (IEM), et 1 Dispositif d'Accompagnement à l'Insertion (DAI).
- La filière du « travail adapté et protégé » qui comprend 2 Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et 1 entreprise adaptée (EA).

**Le pôle « Soins »** regroupe 2 Etablissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), 1 service dédié aux personnes souffrant de déficience sensorielle ainsi que des spécialités en gériatrie (hôpital de jour psycho-gériatrique, service post-opératoire gériatrique), 1 parcours expérimental de télérééducation/télésoins à domicile à destination des patients, 1 polyclinique qui est un centre de santé polyvalent proposant une offre de soins diversifiée (médecine générale, cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie et une importante activité de soins dentaires).

**Le pôle « Produits et services »** rassemble 2 magasins d'optique et d'audition.

**Le pôle « Enseignement et formation »** compte Les 2 Ecoles de puériculture, formant des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture, et 1 Institut de formation Continue ».

L'établissement a ouvert le 1/10/2004.

La capacité autorisée est de 89 places d'hébergement permanent (81 chambres individuelles et 4 chambres doubles) toutes habilitées à l'aide sociale.

Le jour de la visite d'inspection, 86 résidents étaient présents dans l'établissement, soit un taux d'occupation de 96,63 %.

La répartition par GIR est la suivante :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
-------	-------	-------	-------	------------

La moyenne d'âge est de 82 ans.

9 résidents sont sous curatelle (3 curatelles renforcées et 6 curatelles simples), 28 sous tutelle (24 tutelles aux biens et à la personne, 2 tutelles à la personne, 1 tutelle aux biens, 1 tutelle d'Etat), 2 sous sauvegarde de justice, 1 sous habilitation familiale et 1 bénéficiant de mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

## 2. Management et Stratégie

### 1. La gouvernance

La directrice de l'EHPAD « Bastille » exerce ses fonctions depuis le 6 juillet 2020 en CDI et à temps plein. Elle est titulaire d'un master en management des établissements de santé.

Elle dispose d'une fiche métier commune à l'ensemble des directeurs d'EHPAD du groupe et d'une délégation de pouvoir datée du 03 novembre 2022 qui lui confère une certaine autonomie pour conduire ses missions de directrice (Elaboration, mise en œuvre, suivi et contrôle du projet d'établissement, gestion et animation des ressources humaines, élaboration puis mise en œuvre du budget prévisionnel, gestion administrative, juridique, contractuelle qui permet l'exploitation courante de la structure...).

La directrice est actuellement remplacée pour [REDACTED] par une directrice en CDD dont le contrat débutait la veille de la visite d'inspection. Cette dernière dispose également d'une délégation de pouvoir.

La délégation de pouvoir prévoit qu'une subdélégation de pouvoir est possible « dans la mesure où les collaborateurs délégataires disposent des pouvoirs, de l'autorité et des compétences suffisantes et des moyens propres nécessaires à l'accomplissement de leur mission ».

L'organigramme indique la présence d'un IDEC dans la structure.



Son contrat de travail indique des missions relatives aux soins :

- Conduire la démarche de projet de soins,
- S'assurer de la coordination de l'action des intervenants en ce qui concerne la réalisation des soins,
- Déterminer les GMP mensuel,
- Participer à l'évaluation du PATHOS.

Le médecin coordonnateur intervient au sein de l'EHPAD « Bastille » et à l'EHPAD [REDACTED]

L'EHPAD « Bastille » accueillant 89 résidents, le temps de présence minimal du médecin coordonnateur doit être de 0,6 ETP.

Ecart 3 : Le temps de présence du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD « Bastille » a été diminué contractuellement en deçà du temps d'exercice minimal fixé par la réglementation pendant une période de 3 mois.

Référence : Article D 312-156 du CASF

Ecart 4 : Le temps de présence du médecin coordonnateur indiqué sur l'organigramme et le tableau des effectifs transmis (0,5 ETP) est inférieur au temps de présence minimal (0,6 ETP) et en contradiction avec son contrat de travail.

Référence : Article D 312-156 du CASF

Le diplôme du médecin ainsi que l'attestation de son diplôme universitaire de médecin coordonnateur ont été transmis.

L'organigramme transmis par l'établissement permet de voir précisément les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents salariés. Celui-ci n'était pas affiché dans l'établissement.

Des astreintes administratives sont assurées par la directrice, le cadre infirmier et la gouvernante. La direction a transmis un tableau des astreintes pour la période novembre 2022-mars 2023.

La directrice assure en moyenne deux semaines d'astreinte par mois, les autres semaines étant réparties entre le cadre de santé et la gouvernante.

La direction a transmis une procédure de « permanence de l'activité par un cadre ». Cette procédure prévoit que durant les week-ends et jour fériés, la permanence assure « d'une part l'accueil des résidents et de leur entourage et d'autre part, l'accueil des salariés, dans un souci de continuité de service ». Cette permanence est assurée soit par la direction de l'établissement, soit le cadre de santé, le psychologue ou le responsable hôtelier.

La direction a également transmis un document présentant en cas d'absence du titulaire d'un poste, le nom de la personne qui le remplace. A titre d'exemple, en cas d'absence de la directrice, la personne à contacter est la directrice départementale.

## 2. Les outils de pilotage

### Le projet d'établissement :

La direction a transmis une version non définitive du projet d'établissement couvrant la période 2023-2027. Il contient l'ensemble des éléments prévus par la réglementation (Présentation de l'établissement, caractéristiques des personnes accueillies, nature de l'offre de service et organisation, management de l'EHPAD, projet social, personnalisation des PVI, projet général de soins, bientraitance et prévention de la maltraitance, projet d'animation...).

La direction précise que des groupes de travail se sont tenus pour son élaboration avec les équipes, les résidents, le CVS en s'appuyant sur le nouveau référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la HAS.

### Le règlement de fonctionnement :

La direction a transmis un règlement de fonctionnement en date du 15 décembre 2022. Celui-ci présente l'ensemble des dispositions obligatoires prévues dans le CASF (respect des droits des personnes prises en charge, modalités d'association des familles, organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, sûreté des personnes et des biens, règles essentielles de la vie collective...).

Le règlement affiché dans l'EHPAD (dans le lutin à l'accueil) n'est pas le dernier en date. Celui-ci est en effet daté de mars 2021.

Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement affiché n'est pas le dernier en vigueur.

### Le plan bleu :

Un « plan bleu » en date de mai 2022 a été transmis. Il ne porte que sur les conduites à tenir en cas de canicule alors qu'il est un outil plus large de gestion de crise (Cf. guide d'élaboration du plan bleu élaboré par la DGCS et la DGS).

Ecart 5 : Le plan bleu transmis n'est pas actualisé et ne comporte pas toutes les dimensions obligatoires, ce qui contrevient à l'article D.312-160 du CASF.

### Réunions institutionnelles EHPAD :

Un CODIR est organisé tous les lundis matin en présence de :

- La directrice,
- Le cadre de santé,
- Le médecin coordonnateur,
- La psychologue,
- La gouvernante,
- L'apprentie de direction.

Les comptes rendus des CODIR des années 2021, 2022 et 2023 ont été transmis. Les principaux sujets abordés sont :

- Les soins,
- L'hébergement,
- Les ressources humaines.

D'autres sujets peuvent être abordés comme l'animation, la qualité ou les PVI. Pour chaque sujet abordé, des actions sont définies avec un délai et un responsable désigné.

### Relation EHPAD/siège :

Des réunions du comité exécutif (COMEX) se tiennent entre le siège et les directeurs de structure. Les comptes rendus des COMEX de février et novembre 2022 ainsi que ceux de janvier, février et mars 2023 ont été transmis.

Les sujets abordés concernent les mouvements RH, les réclamations EI/EIG, la qualité, la réglementation... La situation individuelle des structures est également abordée.

La communication entre l'établissement et le siège a paru fluide à la mission.

Il a été indiqué à la mission que le siège venait en soutien.

### 3. Le climat social

Il a été indiqué que le climat social était calme même s'il a été difficile de créer une nouvelle dynamique après le changement de gestionnaire.

Aucun poste n'est vacant en CDI.

Il n'y a pas de contentieux prud'homal actuellement.

### 3. Animation et fonctionnement des instances

#### Le CVS :

Le CVS se réunit régulièrement.

Il est composé selon le document transmis de :

- 3 représentants des personnes accueillies (1 titulaire, président du CVS et 2 suppléants),
- 2 représentants des familles/représentants légaux,
- 3 représentants des salariés (le médecin coordonnateur, la psychologue et le secrétaire de direction qui assure le rôle de secrétaire de séance),
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire (la directrice).

La mission constate cependant que dans les comptes rendus transmis, la directrice est présentée comme « représentante de l'établissement » et dans un compte-rendu, un membre du Conseil d'Administration de la Fondation représente l'organisme gestionnaire.

La mission alerte l'établissement sur le fait que la composition du CVS, lors du prochain renouvellement de celui-ci, devra respecter les dispositions du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.

La composition du CVS est affichée ainsi que le compte rendu du CVS du 07 mars 2022. La mission n'a pas vu affichés les comptes rendus des réunions ultérieures.

Les comptes rendus transmis à la mission d'inspection font état de réunions préparatoires, démontrent des échanges sur des sujets variés (la restauration, les ressources humaines, le soins, l'animation, les travaux de rénovation de l'établissement...) et une association des résidents à des groupes de travail.

Au vu des comptes rendus de réunions, il n'est pas présenté au CVS de bilan des EI/EIG.

**Ecart 6 : En ne présentant pas de bilan des évènements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement contrevient à l'article R331-10 du CASF.**

Il est par ailleurs indiqué dans l'audit de l'établissement réalisé en 2022 que le CVS ne disposait pas d'un règlement de fonctionnement.

**Ecart 7 : Le CVS ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement.**  
Référence : Article D311-19 du CASF.

La mission note au vu des documents transmis que la fréquence des réunions du CVS est irrégulière (4 fois en 2021, 2 fois en 2022).

**Ecart 8 : La fréquence des réunions du CVS pour l'année 2022 n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF (au minimum 3 réunions par an).**

En 2023, une première réunion du CVS s'est tenue le 15 février.

#### **4. Gestion de la qualité**

Un référent qualité a été désigné au sein de l'établissement. Il s'agit de la psychologue. Elle occupe cette fonction de référente qualité à hauteur de 0,20 ETP.

Elle est également référente hygiène.

Un audit de l'établissement a été réalisé en 2022. Le rapport a été transmis à la mission d'inspection. Celui-ci comportait un volet :

- Administratif,
- Soins,
- Logistique,
- Regard client.

Cet audit a servi de base à un plan d'action sur ces différentes thématiques. En dehors de ce document, la direction précise qu'il n'existe pas de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge et de proposer des actions d'amélioration.

**Remarque 3 : L'établissement ne dispose pas de plan d'amélioration continue de la qualité**

Certains professionnels mentionnent que le circuit de validation des procédures nécessiterait d'être amélioré en termes de concertation pour la démarche de validation et en termes de communication pour assurer leur accessibilité par l'ensemble des professionnels.

**Remarque 4 : Le circuit de validation et de diffusion des procédures n'est pas optimal.**

#### **La promotion de la bientraitance :**

Le livret d'accueil remis au résident précise que l'EHPAD « est attentif aux problèmes de maltraitance [...] veille à la prévention de ces situations et réalise un signalement lorsque nécessaire [...] auprès des organismes ou autorités ayant compétence pour recevoir ces informations ». Il rappelle également le numéro d'appel contre la maltraitance des personnes âgées ou en situation de handicap (39 77).

Le plan de développement des compétences 2021 indique que 27 personnes dont 1 IDE, 6 AS, 4 AMP et 3 auxiliaires de vie ont été formés à la bientraitance.

Cette formation n'a pas été reconduite en 2022 et n'est pas prévue en 2023.

Il a été par ailleurs indiqué que des mini séances de sensibilisation de 30 minutes sur cette thématique étaient dispensées par le cadre infirmier.

**Remarque 5 : La thématique de la bientraitance n'est pas inscrite régulièrement au plan de développement des compétences.**

Il est indiqué dans le projet d'établissement 2023-2027 et le règlement de fonctionnement qu'un guide institutionnel de la bientraitance et de prévention de la maltraitance était mis en place et remis à chaque salarié de l'établissement.

La mission a pu constater que les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA) ainsi que les coordonnées des services de la Ville de Paris et de l'ARS et une charte de la bientraitance étaient affichés au rez-de-chaussée. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est quant à elle disponible dans le lutin à l'accueil.

Le règlement intérieur de l'établissement est affiché en sous-sol. Il rappelle qu'aucun salarié ne peut faire l'objet d'agissement sexiste ou de fait de harcèlement moral ou sexuel. Il précise également les sanctions encourues envers les salariés en cas de harcèlement ou d'agression.

#### Groupe d'analyse des pratiques professionnelles :

En 2022, des groupes d'analyse des pratiques professionnelles animés par un psychologue extérieur se sont tenus 2 fois par mois pendant 6 mois, à la demande des salariés.

D'après les entretiens, cela a permis d'instaurer une dynamique d'échanges entre les professionnels favorable aux partages d'expérience, à la libre expression et à l'amélioration de la prise en charge.

### **5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables**

#### **1. Gestion des réclamations :**

La direction indique qu'il n'existe pas de registre de réclamation. Elle précise que les réclamations sont transmises par mail, qu'elles font l'objet d'une analyse et qu'un compte-rendu est transmis à la famille.

#### **2. Gestion des EI/EIG :**

Une procédure de signalement des EIG et des situations de maltraitance rédigée par le groupe en date du 25/04/2022 a été transmise. Elle prévoit les modalités de déclaration et d'enregistrement des EI/EIG et la transmission des EIG aux deux autorités de contrôle.

En cas d'EIG, la cellule de crise locale (Directeur + personnel d'encadrement + Référent/Correspondant qualité) procède à une analyse des causes profondes et met en place des actions correctives. L'efficacité de ces mesures correctives est évaluée 3 mois après leur mise en place. Un retour d'expérience est également réalisé par le directeur de l'établissement.

Pour les situations de maltraitance, la procédure indique qu'elles doivent faire l'objet d'un double signalement (signalement au Procureur de la République et aux autorités de contrôle.)

Une procédure de signalement des EIGS sur le même modèle a également été communiquée.

Une charte d'incitation du personnel à la déclaration d'EIG/EIGS a été transmise.

Il ressort des entretiens réalisés que la procédure de déclaration n'est pas connue de tous. Une formation sur les EI pour améliorer le taux de déclaration était envisagée par le cadre de santé, mais sans date fixée au jour de la visite d'inspection.

Le tableau des EI/EIG 2021/2023 transmis par la direction montre en effet que peu d'EI ont été déclarés par le personnel sur cette période (16 dont 2 EIG).

A la lecture de ce tableau la mission constate que :

- Certaines déclarations sont tardives (plusieurs jours, voire plusieurs semaines après la survenue de l'EI) alors que la procédure prévoit une déclaration sans délai des EI ;
  - Des EI auraient dû être qualifiés en EIG (fugue, comportement violent) ;
  - Un EIG transmis aux autorités (défaillance technique d'un ascenseur) est qualifié d'EI.

Ecart 9 : Il est constaté une sous-déclaration des EI en interne, des déclarations tardives d'EI en interne et aux autorités et des défauts de qualifications des EIG.

Référence : Article L331-8-1 CASF

### **3. Enquête de satisfaction :**

Une enquête de satisfaction 2022 a été transmise à la mission d'inspection. Celle-ci ne concerne que les résidents. Seuls 20 résidents ont répondu et 4 questionnaires ont été jugés inexploitables.

Celle-ci fait état d'un taux de satisfaction de [REDACTED] concernant les soins, mais de [REDACTED] pour ce qui est du service de restauration.

Compte tenu du faible taux de réponse des résidents, la diffusion de l'enquête de satisfaction auprès des familles et/ou des tuteurs/curateurs paraît opportune.

Remarque 6 : La mission constate que l'enquête de satisfaction ne concerne que les résidents et pas les familles

## II - Fonctions support

## **1. Gestion des ressources humaines**

a) Situation générale des effectifs :

Selon le tableau des effectifs transmis, l'établissement dispose du personnel suivant en CDI :

- Personnel de direction/administratif/Animation [REDACTED] ETP) :
    - [REDACTED]
    - [REDACTED]
    - [REDACTED]
    - [REDACTED]
    - [REDACTED]
  - Personnel soignant ([REDACTED] ETP) :
    - [REDACTED]
    - [REDACTED]
  - Personnel services généraux ([REDACTED] ETP) :
    - [REDACTED]
    - [REDACTED]

- 
- 
- 

Remarque 7 : La mission constate la présence de [ ] gouvernantes en CDI contrairement à l'organigramme transmis.

Il a été précisé qu'il n'y avait pas de poste vacant.

Malgré un taux d'absentéisme ([ ]) élevé que la médiane départementale (12,01 %), le recours à un pool constitué de vacataires réguliers permet de stabiliser les équipes et limiter les impacts dans l'organisation du travail.

La direction a par ailleurs transmis une procédure « d'organisation en cas d'absence du personnel » qui prévoit pour les AS, IDE et ASL les modalités de leur remplacement en cas d'absence prévue ou imprévue.

La direction a transmis des fiches de tâches heurees pour les IDE, AS et des ASL. Ces fiches de tâches ne mentionnent pas la possibilité de recourir à un cadre de permanence ou d'astreinte en cas d'évènements inattendus.

b) Organisation du travail :

Concernant les équipes soignantes, à la lecture des plannings, il est prévu le personnel suivant :

- Le jour :

- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]

Les horaires sont de 7h-19h et 9h-21h pour les AS et 8h-20h pour les AVS.

- [ ] IDE par jour (de 8h à 20h)

La répartition des résidents entre elles est la suivante :

- [ ] RDC, Cantou Bas, 1er étage, 2ème étage
- [ ] Cantou Haut, 3ème étage, 4ème étage, 5ème étage

- La nuit :

- [ ] AS (19h30-7h30 ou 20h00-08h00).

Par ailleurs, la nuit, une IDE d'astreinte du SSIAD est présente.

c) Les plannings du personnel soignant :

Les plannings du personnel soignant sont établis par le cadre infirmier.

Les personnels AS/AV inscrits au planning le jour de la visite sont les suivants :

- [ ]
- [ ]
- [ ]
- [ ]

La mission constate qu'aucun AS/AMP/AES n'était présent le jour de l'inspection au 2<sup>ème</sup> étage et que les plannings transmis ne mentionnent pas l'unité de 8 lits du rez-de-chaussée. Seul le « cantou » est indiqué. La mission ne peut donc avoir connaissance du personnel prévu pour cette unité de 8 lits.

Si une AS était bien présente au 3<sup>ème</sup> étage le jour de l'inspection, la contre équipe affectée à cette étage ne comporte pas d'AS/AMP/AES.

**Ecart 10 : Les plannings transmis n'indiquent pas le personnel affecté à la prise en charge de l'unité de 8 lits au rez-de-chaussée et ne prévoit pas systématiquement de personnel AS/AMP/AES au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> étage, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents et fait craindre des glissements de tâche.**

Référence : Article L311-3 du CASF

Concernant le planning IDE, 3 IDE (2 en CDI et 1 en CDD) étaient présentes le jour de l'inspection.

d) Coordination des équipes :

Chaque jour en fin de matinée (11h30) une réunion de transmission est organisée : l'IDEC, les IDE, les AS y assistent. Le vendredi, les agents de soins logistiques (ASL) y participent. La psychomotricienne y assiste une fois par semaine, la psychologue une à deux fois.

Des transmissions orales ont également lieu entre les IDE qui arrivent à 19h30 et 20h et l'équipe de jour qui part à 20 heures. Des transmissions orales se tiennent par ailleurs entre les équipes de nuit et de jour le matin à 7h30. D'après certains professionnels, une salle dédiée serait nécessaire pour améliorer la qualité de la transmission.

Il est à noter que la directrice rencontre tous les jours l'équipe de nuit.

La gouvernante rencontre régulièrement ses équipes (ASL et chef cuisinier).

Il a été indiqué que la mise à disposition d'une salle dans laquelle chaque salarié disposerait d'une bannette était en projet afin d'améliorer la communication au sein de l'EHPAD.

Les transmissions écrites se font sur ordinateur sur le logiciel [REDACTED].

Il est indiqué dans le RAMA 2022 qu'une commission de soins s'est réunie une fois en mai 2022 en présence du médecin coordonnateur, de l'IDEC et des IDE. Elle a constitué un lieu d'échanges et de discussion des professionnels de soins sur l'organisation, la qualité et la sécurité des soins et des référents soignants sur différentes thématiques ont été identifiés (nutrition, hygiène, plaie et cicatrisation...).

D'après les entretiens menés, il apparaît que cette commission qui avait vocation à se réunir 3 fois par an ne s'est pas réunie depuis.

**Remarque 8 : La commission de soins, instance qui offre un cadre favorable aux échanges entre professionnels, ne s'est réunie qu'une seule fois depuis 1 an.**

e) Formations :

La direction a transmis les plans de développement des compétences 2021, 2022 et 2023.

Pour 2021, les formations concernaient la bientraitance (Cf. supra), les normes HACCP (7 personnels de cuisine), l'AFGSU 2 (4 personnes) et l'obtention de la qualification d'ASG par des aides-soignantes (4 personnes).

En 2022, les formations ont concerné principalement la prise du repas du résident (21 personnes), l'accompagnement du résident souffrant de troubles psychiques (IDEC et 3 AS) et la sensibilisation aux troubles cognitifs (2 personnes).

En 2023, les formations concernent l'AFGSU 2 et la formation diplômante AS (2 AMP et 1 auxiliaire de vie) et une démarche de VAE AES (1 auxiliaire de vie).

La mission constate une insuffisance de formation concernant la prise en charge de la personne âgée (douleur, escarres, chutes, fin de vie...).

**Remarque 9 : La mission constate une insuffisance de formation concernant la prise en charge de la personne âgée et les gestes et soins d'urgence.**

f) Dossiers du personnel :

La mission a consulté un échantillonnage de dossiers du personnel en CDD ou CDI. Ils sont constitués des rubriques suivantes :

- Formations,
- Situation administrative,
- Notations,
- Maladie/ Accident travail,
- Retraite,
- Courriers.

Les éléments suivants ont été trouvés dans chaque dossier examiné :

- Contrats de travail signés,
- Évolution des CDD en CDI + avenants,
- Extraits de casier judiciaire.

En revanche, il manquait :

- Le diplôme d'un IDE en CDI,
- De nombreuses fiches de poste,
- Certains entretiens annuels d'évaluation.

**Remarque 10 : Il manque des documents clé dans de nombreux dossiers et tous les diplômes n'apparaissent pas dans les dossiers.**

g) Accueil du nouveau salarié :

Il n'a pas été transmis de procédure d'accueil du nouveau salarié.

La direction a transmis un livret d'accueil des CDI.

Celui-ci apporte des informations pratiques relatives aux droits et devoirs des salariés (congés, salaires, restauration ...). Il est expressément indiqué que le salarié doit prendre connaissance du règlement intérieur, du règlement de fonctionnement et de la charte de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante.

La mission constate que le livret d'accueil transmis date de l'ancien gestionnaire et n'est donc pas actualisé.

**Remarque 11 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouveau salarié et le livret d'accueil n'est pas actualisé.**

## **2. Gestion d'information**

### **Dossiers des résidents :**

Les dossiers administratifs des résidents consultés par la mission présentent tous un contrat de séjour signé, la liste des personnes à prévenir par ordre de priorité ainsi que les pièces d'identité, cartes vitale et mutuelles. Les formulaires ou informations concernant les personnes de confiance, les directives anticipées, les coordonnées du médecin traitant, le droit à l'image ne sont pas systématiquement remplis (supra).

**Remarque 12 : Les dossiers des résidents ne présentent pas tous le même niveau de qualité en termes de contenu.**

La direction a transmis les RAMA 2021 et 2022.

La mission constate une amélioration du remplissage entre le RAMA 2021 et 2022. Les parties commentaires ne sont pas systématiquement renseignées (partenariats, hospitalisations, contentions, escarres...).

**Remarque 13 : Toutes les rubriques du RAMA ne font pas l'objet d'une analyse.**

La mission d'inspection a également pu consulter le registre légal des entrées et des sorties. Celui-ci est tenu à jour, mais n'a pas été paraphé par le maire.

**Ecart 11 : Le registre légal des entrées et sorties n'a pas été paraphé par le maire, ce qui contrevient à l'article L.331-2 du CASF.**

## **3. Bâtiments, espace extérieurs et équipement**

### **a) Etat et accessibilité des locaux :**

L'établissement est constitué d'un bâtiment sur huit niveaux ainsi répartis :

- Sous-sol - 2 : parking, local DASRI et local poubelle,
- Sous-sol - 1 : services hôteliers techniques (cuisine, lingerie),
- Rez-de-chaussée : accueil, espace bistrot, boutique, bureaux de l'IDE et du MEDEC, infirmerie, salle de réunion, « cantou bas » de 7 places et une unité de vie de 8 lits,
- 1er étage : 1 unité de 13 chambres et « cantou haut » de 9 places,
- 2ème étage : 15 chambres dont 1 double,
- 3ème étage : 13 chambres dont 1 double,
- 4ème étage : 12 chambres dont 1 double,
- 5ème étage : 8 chambres dont 1 double.

Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite aussi bien en termes de circulation horizontale (couloirs, sanitaires, locaux collectifs...) qu'en termes de circulation verticale (ascenseurs...).

L'EHPAD est climatisé, mais certaines pièces dépendent de systèmes de rafraîchissement annexes comme des ventilateurs (cuisine/lingerie).

La mission a pu constater que la lingerie était exiguë et ne disposait pas de système d'aération et qu'il y faisait très chaud. La cuisine ne dispose d'aucune pièce froide pour le stockage des entrées l'été.

Le compte rendu du CVS du 15 février 2023 fait état de pannes récurrentes des ascenseurs obligants les résidents à attendre longtemps debout les ascenseurs en fonctionnement.

**Remarque 14 : Les problèmes récurrents d'ascenseurs nuisent à la qualité de vie des résidents de l'EHPAD.**

L'EHPAD dispose d'un responsable technique en charge du suivi des réparations et petits travaux.

b) Equipements :

L'établissement dispose de lève malades pour permettre le déplacement des résidents. Certains professionnels estiment cependant que les sangles sont en nombre insuffisant. L'EHPAD dispose également d'une balance permettant la pesée des résidents en fauteuil.

**4. Sécurité**

L'entrée du bâtiment est équipée d'un interphone relié à l'accueil et sous vidéosurveillance.

En matière de prévention des chutes, des barres d'appui garantissent la sécurité des résidents dans les espaces communs.

La mission a constaté que deux portes d'armoires électriques n'étaient pas fermées (3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> étages). Le code d'accès à la salle de repos du 4<sup>ème</sup> étage était indiqué sur la porte, permettant ainsi à un résident d'entrer et d'accéder à la commande de coupure d'électricité dans tout l'étage.

La mission a constaté que des fenêtres dans les parties communes étaient ouvertes sans surveillance ni système de sécurité.





**Ecart 12 : Des locaux, fenêtres et armoires qui doivent normalement être sécurisés sont accessibles aux résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.**

Les appels malades :

Les chambres sont équipées de système d'appel malade au lit et dans la salle de bain.

La direction dispose de relevés des appels malades permettant de s'assurer de la rapidité des réponses. Les documents transmis montrent par ailleurs des dysfonctionnements d'appels malades dans certaines chambres. Des entretiens avec les personnels ont également fait état de ces dysfonctionnements.

**Ecart 13 : Des dysfonctionnements ont été constatés concernant le système d'appels malades.**

Référence : Article L311-3 du CASF

Le local DASRI :

Le local DASRI est situé au sous-sol. Il n'est pas dédié à l'entreposage des conteneurs de DASRI (local commun avec les autres poubelles), n'est pas carrelé et ne dispose pas d'un dispositif d'évacuation d'eau de lavage au sol.

L'affiche apposée sur la porte ne permet pas d'identifier les DASRI comme déchets à risques particuliers.



Ecart 14 : Le local DASRI ne répond pas aux normes fixées par l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

### III - Prises en charge

#### 1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

##### a) Admission :

La direction a transmis une procédure d'admission datée de 2022. Elle décrit les différentes étapes de l'admission (demande d'information, pré admission, pré accueil, accueil) et les personnes en charge de chacune de ces étapes.

Il est indiqué que « Le dossier médical et administratif est transmis au MEDCO et à la Directrice ».

Le médecin coordonnateur a indiqué que les demandes d'admission sont reçues soit directement soit par l'outil via trajectoire. Elles sont examinées en CODIR (direction, médecin coordonnateur, IDEC, psychologue et gouvernante).

Pour ¼ des demandes, le médecin coordonnateur se déplace au domicile de la personne âgée ou à l'hôpital afin de recueillir des éléments complémentaires, en termes de niveau de dépendance et de recueil du

consentement éclairé (un rapport de visite est rédigé et présenté au CODIR). Pour le reste des demandes, la visite de pré admission est réalisée sur le site de l'EHPAD.

Un courrier émanant de la Direction pour signifier l'irrecevabilité de la demande est adressé en cas de refus d'admission.

Les critères de non admission tels que précisés par le médecin coordonnateur sont :

- « Les personnes âgées relevant d'une unité de vie protégée (déambulation gênante, cris... ) »,
- Les personnes nécessitant une charge en soins lourde (escarres stade III...).

En revanche, les personnes nécessitant des soins palliatifs ou atteints de troubles psychiatriques stabilisés peuvent être admises.

Sur les 21 admissions recensées dans le RAMA 2022, 13 sont en provenance d'un service de soins ou d'un hôpital.

#### b) Les PVI

Le livret d'accueil et la procédure d'admission précisent qu'un référent par résident est désigné par l'IDEC. Il recueille à l'arrivée du résident les informations générales et ses particularités qu'il note dans [redacted].

L'élaboration et l'actualisation des PVI sont sous la responsabilité de la psychologue. Le planning de réunion PVI présente la démarche en trois temps :

- Une réunion de préparation entre le référent et le résident,
- Une réunion pluridisciplinaire animée par la psychologue,
- Une réunion entre le résident, le référent et la psychologue.

Lors de ces réunions 2 PVI sont examinés et mis à jour.

Il ressort, le jour de la visite d'inspection, que 63 % des résidents accueillis depuis plus de 6 mois n'avaient pas de PVI actualisés. L'évaluation externe réalisée en 2014 pointait déjà un nombre important de PVI non réalisés.

Le calendrier transmis montre que pour l'année 2023, 12 PVI ont été réalisés ou actualisés au cours du premier trimestre, soit autant que pour les années 2021 et 2022 réunies.

Remarque 15 : Un nombre élevé de résidents ne disposent pas d'un PVI actualisé.

## 2. Respect des droits des personnes

L'établissement dispose de plusieurs espaces permettant aux résidents de rencontrer les familles ou les proches (l'espace « bistrot », les espaces bibliothèques, les couloirs dotés de nombreux fauteuils, le jardin). Les travaux prévus vont permettre d'améliorer la convivialité des lieux.

Faciliter et établir de nouveaux moyens d'échanges avec les familles est aussi un objectif du projet d'établissement.

Des conventions sont passées avec des bénévoles dans le but d'offrir des activités et des rencontres aux résidents.

L'équipe d'inspection a pu vérifier que la liste des personnes qualifiées et la charte des droits et libertés de la personne accueillie étaient disponible dans le lutin à l'accueil de la résidence. La charte est annexée au livret d'accueil et au contrat de séjour.

Le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement ainsi que le contrat de séjour présentent la possibilité de désigner une personne de confiance.

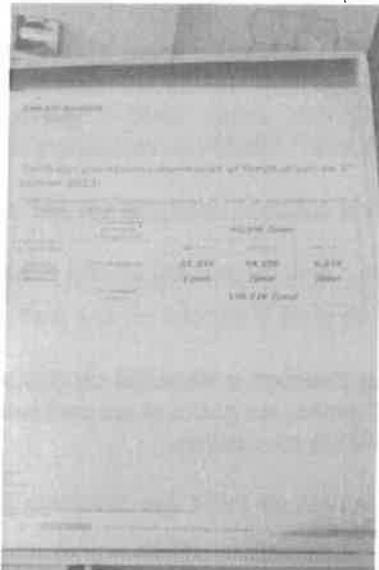
La liste des pièces justificatives à fournir par le résident pour constituer son dossier administratif prévoit de faire remplir un document prouvant que l'information sur la personne de confiance a été transmise. Ce document n'a pas été retrouvé dans tous les dossiers examinés par la mission.

Concernant les directives anticipées, un document d'information est affiché. Une attestation relative à l'information sur ces dernières fait partie de la liste des pièces justificatives à fournir par le résident pour constituer son dossier administratif. Ce document n'a pas été retrouvé dans l'ensemble des dossiers consultés par la mission.

Les résidents et leur famille sont informés de la possibilité de conserver chéquier, argent liquide, bijoux et tout autre objet précieux dans un coffre mis à leur disposition.

Les noms des résidents sont affichés sur la porte de leur chambre.

Si l'arrêté portant fixation du tarif dépendance pour l'exercice 2023 est accessible dans le lutin à l'accueil, la mission n'a pas vu l'arrêté fixant les tarifs afférents à l'hébergement en vigueur le jour de l'inspection (arrêté en date du 17 mars 2022). Les tarifs hébergement présentés (Cf. photo ci-dessous) sont les tarifs hébergement 2021. Le tarif hébergement 2021 et 2022 diffèrent pour les résidents de moins de 60 ans.



**Remarque 16 : Les tarifs journaliers afférents à hébergement affichés ne sont pas les derniers en vigueur.**

Les tarifs relatifs aux prestations « coiffure » et « esthétiques » ainsi que le prix des produits de la boutique de la résidence sont disponibles dans le lutin à l'accueil.

Concernant les contentions, on note une augmentation significative des prescriptions entre 2021 (4) et 2022 (167). Il est indiqué dans le RAMA 2021, une importante sous prescription des contentions.

Le RAMA 2022 recense 167 mesures dont 81 par utilisation des barrières de lit. Il précise que toute contention fait l'objet d'une prescription après évaluation initiale. Ces mesures sont horodatées et leur indication régulièrement réévaluée en équipe.

Une réflexion sur le ratio bénéfices / risques de la mesure de contention est systématiquement réalisée avant la prescription. Ces bonnes pratiques sont confirmées dans la procédure de contention transmise à la mission.

Un document à renseigner par l'équipe en préalable à la prescription permet de :

- identifier les indications de la contention,
- évaluer les risques liés à la contention,
- évaluer les alternatives à la contention physique,
- prendre une décision finale.

### **3. Vie sociale et relationnelle**

#### **a) Restauration**

Les repas sont cuisinés sur place.

Les horaires des repas sont les suivants :

- Petit déjeuner : entre 8h15 et 9h (en chambre).
- Déjeuner : 12h30 (au restaurant et en chambre).
- Goûter : entre 15h30 et 16h (au restaurant et en chambre).
- Dîner : 18h30 (au restaurant et en chambre).

Une collation nocturne est distribuée sur demande du résident.

Le menu du jour est affiché mais pas celui de la semaine.

Des plats d'appoint en cas d'allergie ou d'aversion forte sont proposés.

La direction a transmis un document sous format excel récapitulant pour chaque résident les textures, les régimes, les goûts et les particularités alimentaires. Un document anonymisé reprenant ces informations est affiché en cuisine.

Un plan de table des résidents prenant leur repas en étage et précisant pour chacun d'eux les textures est affiché.

La mission constate que celui du premier étage présente des discordances avec le document précité et mériterait d'être actualisé.

Des commissions menus ont lieu chaque trimestre. D'après le planning d'animation, une commission menus devait se tenir le 31 mars 2023.

#### **b) Animation**

L'établissement dispose d'un ETP d'animatrice.

De nombreuses activités sont proposées (atelier peinture, théâtre, activité physique, loto, visite de chiens, sorties au marché, partage des locaux et du jardin avec des écoliers...).

Des résidents assurent eux-mêmes des animations, comme des revues de presse ou des ateliers histoire.

Des bénévoles interviennent également au sein de l'établissement (services civiques) et des partenariats ont été noués avec des associations de quartier (association du quartier Saint-Bernard, théâtre de la colline).

Il est à noter que dans le projet d'établissement, le volet soins intègre les activités et animations en complémentarité des prises en charge soignantes.

Un point spécifique sur l'animation a été effectué lors du CVS de mars 2022 en lieu et place d'une commission d'animation.

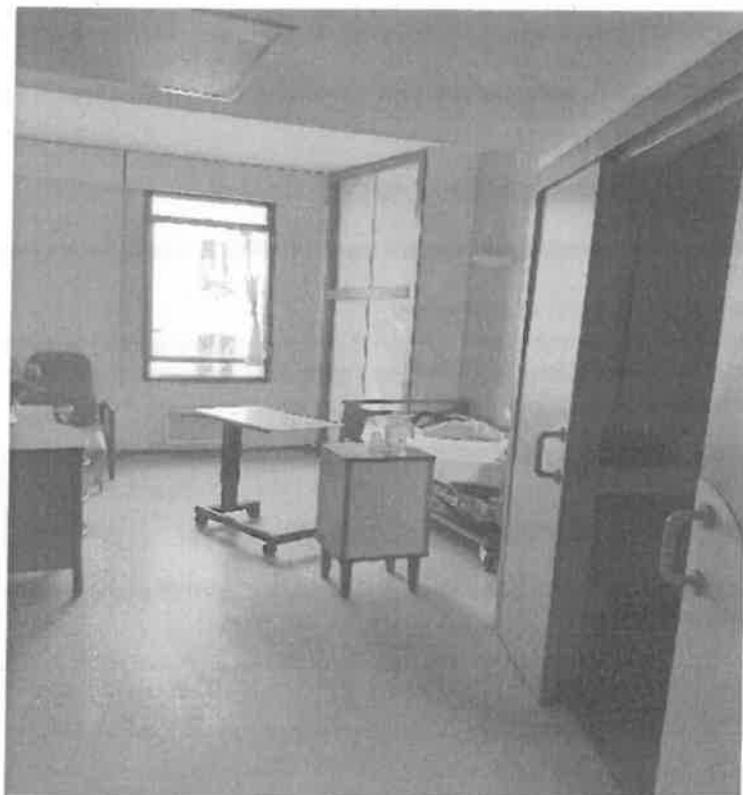
Le programme d'animation de la semaine du 17 avril est affiché.

#### **4. Vie quotidienne. Hébergement**

##### **Les chambres :**

Les chambres sont simples mais lumineuses. Elles sont équipées d'un lit médicalisé, d'une table de nuit, d'un fauteuil, d'un bureau et d'une armoire. Il est possible de personnaliser la chambre avec des objets personnels.

Les salles de bain sont équipées d'une douche, d'un WC et d'un lavabo.



##### **Le linge :**

Le linge des résidents et les tenues du personnel sont pris en charge par l'établissement. Le linge plat est quant à lui entretenue par une société extérieure.

L'établissement dispose d' **██████ ETP de lingère.**

Il a été relevé lors du CVS du 09/11/2021 des retards dans la distribution du linge et il ressort des entretiens que le personnel soignant pouvait manquer de serviettes ou de draps.

##### **Les soins de nursing/changes :**

69 résidents ont des protections dont 46 avec des protections complètes 24H/24H. 20 résidents n'ont aucune protection.

## **5. Soins**

### a) Locaux de soins :

L'infirmérie se situe au 1<sup>er</sup> étage.

Le stockage des médicaments doit être réorganisé afin d'assurer :

- Un rangement individualisé pour chaque résident indiquant son nom, prénom, numéro de chambre et sa photo.
- Un espace de rangement dédié aux médicaments de première nécessité non nominatifs

Les médicaments des prescriptions nominatives non utilisés doivent être rapportés à la pharmacie pour recyclage.

### b) Interventions des médecins et paramédicaux libéraux :

Sur l'ensemble des six médecins traitants intervenant dans l'EHPAD, seuls deux contrats (conventions) ont été transmis dont :

- un signé à la fois par le médecin et la direction,
- un autre non signé par la direction de l'EHPAD et avec un article dénoncé par le professionnel libéral (article V concernant les modalités de développement d'un partenariat avec les autres professionnels d'une maison de santé).

Les documents manquent d'homogénéité dans leur rédaction, les termes « contrat » et « convention » étant utilisés au sein d'un même document.

**Ecart 15 : L'ensemble des intervenants libéraux n'a pas signé de contrat d'intervention avec l'établissement.**  
Référence : Article R313-30-1 CASF

### c) Circuit du médicament :

Trois procédures ont été transmises à l'équipe d'inspection (circuit des médicaments, gestion des médicaments thermosensibles, gestion des médicaments stupéfiants).

Il est à noter que la procédure concernant la gestion des médicaments thermosensibles est celle de l'EHPAD

Les procédures « circuit des médicaments » et « gestion des médicaments stupéfiants » ont été validées par le pharmacien partenaire.

Les livraisons de médicaments à l'EHPAD ont lieu le vendredi. Celles-ci font l'objet d'une vérification par l'IDE avant envoi à la pharmacie du bon de livraison signé.

Les renouvellements des ordonnances se font tous les 3 mois.

**Remarque 17 : Les procédures relatives au circuit du médicament sont complètes, clairement rédigées et illustrées, mais ne sont que partiellement mises en œuvre, en particulier pour ce qui relève du stockage des médicaments (Cf. supra).**

Depuis janvier 2023, la pharmacie de référence de l'EHPAD a changé : il s'agit désormais de la pharmacie [REDACTED]

d) Support de transmission :

Les ordonnances sont principalement rédigées sur papier par les médecins traitants ; elles sont transmises par mails ou par fax.

Les dossiers médicaux sont informatisés sur [REDACTED]

e) Protocoles :

Plusieurs protocoles ont été transmis : « dénutrition », « contention », « escarres », « plaies chroniques », « chutes », « oxygène », « douleur », « régimes alimentaires ».

Le protocole « En cas de dénutrition » datant de 2017 n'intègre pas les recommandations de bonnes pratiques du 10 novembre 2021, édictées par la HAS et la Fédération Française de Nutrition, relatives au « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » :

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368\\_recommandations\\_denutrition\\_pa\\_cd\\_20211110\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

Le protocole « Prévention des escarres » date de mars 2022 et n'a été validé ni par le MEDCO ni par l'IDEC. Il ne précise pas les échelles à utiliser pour évaluer le risque d'escarres, l'utilisation de matériel adapté et la demande d'avis à l'EMGE pour les escarres constituées.

Remarque 18 : Des protocoles rédigés par l'équipe précédente n'ont pas été actualisés (ex : « dénutrition » en date de 2017) et d'autres ne sont pas signés (ex : « escarres »).

Les documents fournis précisent que en 2022, 4 escarres sont apparues dont 3 dans l'établissement.

Il n'a pas été transmis de protocole relatif au risque suicidaire, or il a été indiqué à la mission que l'EHPAD a été confronté à des tentatives de suicide.

Remarque 19 : Au vu des documents transmis, la prise en compte du risque suicidaire ne fait pas l'objet d'un protocole.

f) Dossier de liaison d'urgence (DLU)

Le DLU est extrait de [REDACTED]

Remarque 20 : Les modalités pratiques d'extraction du DLU ne sont pas maîtrisées par l'ensemble des professionnels.

g) Evaluation gériatrique multidimensionnelle :

A l'arrivée du résident dans l'établissement, un bilan gériatrique global est réalisé : examen clinique, bilan cognitif, examen biologique et bilan kiné :

Le support pour les visites de préadmission liste l'ensemble des éléments recueillis pour la réalisation de cette évaluation gériatrique globale.

Il est précisé oralement les outils utilisés :

- Pour le risque d'escarres, l'échelle de Braden (par l'IDE).
- Pour le risque de chute, le test de Tinetti (par le kine).

- Pour les troubles du comportement, le NPI-ES.
- Pour les troubles cognitifs, le MMS (par le psychologue).
- Pour le risque de dépression, le GDS (par le psychologue).

h) Evaluation de la douleur :

Selon le RAMA 2022, 67 résidents sont sous traitement antalgique et seuls 23 ont eu une évaluation de la douleur. Il n'existe pas d'évaluation systématique et un suivi de la douleur avec des outils validés.

**Ecart 16 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5 du CSP et L1112-4 du CSP.**

i) Suivi nutritionnel :

Il est indiqué dans le RAMA 2022 que le suivi nutritionnel est assuré mensuellement par le médecin coordonnateur avec :

- Identification des résidents dénutris,
- Préconisations des régimes à mettre en place,
- Transmission des informations à l'IDEC et à la gouvernante (informations inscrites sur [redacted])

Il est précisé oralement que :

- Tous les résidents sont pesés la 1<sup>ère</sup> semaine de chaque mois.
- Certains IMC ne sont pas calculés lorsque l'état du résident ne permet pas d'obtenir une mesure fiable de la taille.
- L'albuminémie est dosée à minima une fois par an et plus souvent pour le suivi en cas de diagnostic de dénutrition.

**Remarque 21 : Pour calculer l'IMC, en cas d'incapacité à tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea (taille du corps entier extrapolé à partir de la distance talon-genou) (Cf. RBP HAS et FFN du 10 novembre 2021).**

Le tableau de suivi nutritionnel à la date du 18 avril 2023 permet de noter les éléments suivants (pour un total de 87 résidents) :

- 64 résidents ont été pesés la 1<sup>ère</sup> semaine d'avril (74 %).  
Aucun des 8 résidents du 5<sup>ème</sup> étage n'a été pesé (alors qu'ils avaient tous été pesés la 1<sup>ère</sup> semaine du mois de mars).  
Deux résidents n'ont pas été pesés au cours des 6 derniers mois (pour l'un, dernière pesée le 2 juin 2022 alors qu'il est sous régime hypocalorique 24 g/L et 29 g/L), pour l'autre, dernière pesée le 3 octobre 2022).
- 33 résidents affichent une perte de poids au cours des 5 derniers mois (38 %).
- 28 IMC ont été calculés (32%) dont 13 ≤ 22 (46%).
- 82 résultats d'albuminémie sont renseignés (94%) dont 16 dosages datant de plus d'un an (20%).  
6 albuminémie sont ≤ 30 g/L (entre 29g/L et 24 g/L)
- 41 résidents n'ont pas de régime particulier (47%).  
Pour les 46 autres résidents : 25 ont un régime hyper calorique et hyper protéiné (54 %), 7 ont un régime hyper protéiné (15 %), 7 ont un régime anti diabétique (15%), 2 ont un régime hypocalorique (4 %), 2 ont un régime sans fibres (4%) et 3 sans précision (6%).
- Aucun résultat concernant l'évaluation de :
  - o la sarcopénie, la force musculaire (force de préhension, test du levée de chaise).
  - o l'appétit.
  - o la consommation alimentaire.
- 36 résidents sont en état de dénutrition (41 %) :
  - o 20 en dénutrition sévère (23%) dont 7 sans régime particulier.
  - o 16 en dénutrition modérée (18%) dont 4 sans régime particulier.

Les 15 résidents qui ont des repas en « texture mixée » (17%) sont tous dénutris dont 9 sévèrement.

32/46

Les résidents dénutris ne sont pas tous pesés mensuellement.

Le suivi nutritionnel des résidents ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Fédération Française de Nutrition (FFN), en date du 10 novembre 2021, relatives au « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ».

La surveillance de l'état nutritionnel des résidents implique, au-delà de la personne elle-même et de ses proches aidants, l'ensemble des professionnels en charge de l'accompagnement de la personne (Med Co, IDEC, Gouvernante, IDE, aide soignantes, AMP/AES, auxiliaires de vie, psychologue, psychomotricienne, diététicienne du groupe VYV3 IdF) en lien avec le chef de cuisine.

Cette surveillance repose sur :

- La mesure du poids ;
- Le calcul de l'IMC ;
- L'évaluation de l'appétit ;
- L'évaluation de la consommation alimentaire ;
- La force musculaire.

Le suivi nutritionnel doit s'accompagner d'une surveillance :

- De l'état bucco-dentaire ;
- Des capacités de mastication ;
- Des troubles de la déglutition.

Ce suivi nutritionnel doit être assuré au moins une fois par mois voire plus (au moins une fois par semaine) en cas de survenue d'un état de dénutrition.

Le pourcentage de perte de poids et l'albuminémie permettent de qualifier la sévérité du diagnostic de dénutrition.

Le médecin coordonnateur souhaite améliorer le suivi nutritionnel en lien avec la gouvernante et l'IDEC et le chef de cuisine.

Il a été indiqué que le groupe dispose d'une diététicienne, mais qu'elle ne s'est jamais déplacée au sein de l'EHPAD.

Ecart 17 : Le suivi nutritionnel des résidents ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Fédération Française de Nutrition (FFN), en date du 10 novembre 2021, relatives au « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » :

- Absence de suivi mensuel systématique du poids et de l'IMC.
- Pas d'évaluation formalisée de l'appétit, de la consommation alimentaire et de la force musculaire.
- Absence de protocole dédié pour la prescription et le suivi des régimes enrichis (hypercalorique, hyper-protéiné).

Absence de commission spécialisée pluri-professionnelle pour le suivi de l'état nutritionnel des résidents.  
Référencé : Article D312-158 du CASF et article L311-3 du CASF.

## IV - Relations avec l'extérieur

### ***1. Coordination avec les autres secteurs***

L'établissement a transmis la convention avec l'Hôpital [REDACTED]

L'établissement a également passé une convention avec l'AP-HP pour l'hospitalisation à domicile (HAD) et pour l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie externe (EMGE) de l'hôpital [REDACTED]. Cette dernière date de 2016 et n'a donc pas été actualisée depuis le changement de gestionnaire.

L'établissement a par ailleurs transmis la convention cadrant l'intervention du SSIAD de nuit [REDACTED] implanté dans le [REDACTED] arrondissement) au sein de l'EHPAD. La convention fournie, non signée, couvre la période 2018-2020 et n'est donc plus à jour.

L'établissement a également signé une convention avec les hôpitaux de [REDACTED] dans le cadre de prises en charge spécialisées (psychiatrie, UCC...).

Concernant les soins palliatifs et la prise en charge oncologique, l'établissement a signé une convention avec l'association « [REDACTED] et le réseau [REDACTED]

La convention avec le réseau [REDACTED] date de 2013 et n'a pas été actualisée depuis.

D'autres partenariats ont été évoqués en entretien, non formalisés par convention : [REDACTED]

Des projets de collaboration sont en cours de réflexion : intervention d'un ophtalmologue, intervention d'un audioprothésiste.

De même, un projet de télémédecine est envisagé avec la [REDACTED]

**Remarque 22 :** De nombreuses conventions n'ont pas été actualisées.

## Récapitulatif des écarts et des remarques

### Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
1	Aucun diplôme de l'IDEC ni attestation de VAE n'a été transmis à la mission
2	Le contrat de travail du cadre infirmier ne peut pas afficher une fonction d'infirmier (et l'organigramme un poste d'IDEC) en l'absence de diplôme.
3	Le temps de présence du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD « Bastille » a été diminué contractuellement en deçà du temps d'exercice minimal fixé par la réglementation pendant une période de 3 mois. Référence : Article D 312-156 du CASF
4	Le temps de présence du médecin coordonnateur indiqué sur l'organigramme et le tableau des effectifs transmis (0,5 ETP) est inférieur au temps de présence minimal (0,6 ETP) et en contradiction avec son contrat de travail. Référence : Article D 312-156 du CASF
5	Le plan bleu transmis n'est pas actualisé et ne comporte pas toutes les dimensions obligatoires, ce qui contrevient à l'article D.312-160 du CASF.
6	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement contrevient à l'article R331-10 du CASF.
7	Le CVS ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement. Référence : Article D311-19 du CASF
8	La fréquence des réunions du CVS pour l'année 2022 n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF (au minimum 3 réunions par an).
9	Il est constaté une sous-déclaration des EI en interne, des déclarations tardives d'EI en interne et aux autorités et des défauts de qualifications des EIG. Référence Article L331-8-1 CASF
10	Les plannings transmis n'indiquent pas le personnel affecté à la prise en charge de l'unité de 8 lits au rez-de-chaussée et ne prévoit pas systématiquement de personnel AS/AMP/AES au 2ème et 3ème étage, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents et fait craindre des glissements de tâche. Référence : Article L311-3 du CASF
11	Le registre légal des entrées et sorties n'a pas été paraphé par le mare, ce qui contrevient à l'article L.331-2 du CASF
12	Des locaux et armoires qui doivent normalement être sécurisés sont accessibles aux résidents, pouvant ainsi mettre en cause leur sécurité. Référence : Article L311-3 du CASF
13	Des dysfonctionnements ont été constatés concernant le système d'appels malades Référence : Article L311-3 du CASF
14	Le local DASRI ne répond pas aux normes fixées par l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
15	L'ensemble des intervenants libéraux n'a pas signé de contrat d'intervention avec l'établissement. Reference : Article R313-30-1 CASF
16	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5 du CSP et L1112-4 du CSP
17	Le suivi nutritionnel des résidents ne répond pas aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Fédération Française de Nutrition (FFN), en date du 10 novembre 2021, relatives au « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de suivi mensuel systématique du poids et de l'IMC.</li> <li>- Pas d'évaluation formalisée de l'appétit, de la consommation alimentaire et de la force musculaire.</li> <li>- Absence de protocole pour la prescription de repas enrichis.</li> </ul> Référence : Article D312-158 du CASF et article L311-3 du CASF.

## Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
1	Le contrat de travail du médecin coordonnateur prévoit une semaine par mois sans présence de ce dernier dans l'établissement
2	Le règlement de fonctionnement affiché n'est pas le dernier en vigueur
3	L'établissement ne dispose pas de plan d'amélioration continue de la qualité
4	Le circuit de validation et de diffusion des procédures n'est pas optimal.
5	La thématique de la bientraitance n'est pas inscrite régulièrement au plan de développement des compétences.
6	La mission constate que l'enquête de satisfaction ne concerne que les résidents et pas les familles.
7	La mission constate la présence de 2 gouvernantes en CDI contrairement à l'organigramme transmis.
8	La commission de soins, instance qui offre un cadre favorable aux échanges entre professionnels, ne s'est réunie qu'une seule fois depuis 1 an.
9	La mission constate une insuffisance de formation concernant la prise en charge de la personne âgée et les gestes et soins d'urgence.
10	Il manque des documents clé dans de nombreux dossiers de professionnels et tous les diplômes n'apparaissent pas dans les dossiers.
11	L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil du nouveau salarié et le livret d'accueil n'est pas actualisé.
12	Les dossiers des résidents ne présentent pas tous le même niveau de qualité en termes de contenu.
13	Toutes les rubriques du RAMA ne font pas l'objet d'une analyse.
14	Les problèmes récurrents d'ascenseurs nuisent à la qualité de vie des résidents de l'EHPAD.
15	Un nombre élevé de résidents ne disposent pas d'un PVI actualisé.
16	Les tarifs journaliers afférents à hébergement affichés ne sont pas les derniers en vigueur.
17	Les procédures relatives au circuit du médicament sont complètes, clairement rédigées et illustrées, mais ne sont que partiellement mises en œuvre, en particulier pour ce qui relève du stockage des médicaments.
18	Des protocoles rédigés par l'équipe précédente n'ont pas été actualisés (ex : « dénutrition ») et d'autres ne sont pas signés (ex : « escarres »)
19	Au vu des documents transmis, la prise en compte du risque suicidaire ne fait pas l'objet d'un protocole.
20	Les modalités pratiques d'extraction du DLU ne sont pas maîtrisées par l'ensemble des professionnels.
21	Pour calculer l'IMC, en cas d'incapacité à tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea (taille du corps entier extrapolé à partir de la distance talon-genou) (cf RBP HAS et FFN du 10 novembre 2021).
22	De nombreuses conventions n'ont pas été actualisées.

## Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD « Bastille » géré par VYV3 s'est déroulée le 18 avril 2023 dans de bonnes conditions. La directrice [REDACTED] sa remplaçante, la direction du siège ainsi que les équipes se sont montrées très disponibles avec la mission d'inspection.

La mission d'inspection a relevé des points positifs :

- Une amélioration notable de la qualité des accompagnements compte tenu des constats établis lors des inspections précédentes,
- Un trio d'encadrement (directrice, médecin coordonnateur, IDEC) solide,
- Des équipes stables et investies,
- Un établissement inscrit dans un réseau partenarial diversifié.

Cependant, elle a constaté qu'il existait actuellement des écarts par rapport à la réglementation et a fait des remarques par rapport à l'application des bonnes pratiques notamment en matière de :

- Gouvernance :

- o Management et Stratégie :
  - Un poste d'IDEC occupé par un professionnel non diplômé d'Etat.
  - Un médecin coordonnateur dont le temps de présence effectif n'est pas en cohérence avec le contrat de travail (présence continue alors que le contrat indique une semaine d'absence, un organigramme affichant 0,5 ETP alors que le contrat indique 0,6 ETP) voire la réglementation (temps de travail réduit de 0,6 à 0,4 ETP entre janvier et mars 2023).

o Gestion de la qualité :

- La thématique de la bientraitance non inscrite régulièrement au plan de développement des compétences.
- Une absence de plan d'amélioration continue de la qualité.
- o Gestion des risques et des évènements indésirables graves.
- Une culture de la déclaration des EI/EIG perfectible.

- Fonctions support :

o Gestion des ressources humaines :

- Une insuffisance de formation concernant la prise en charge de la personne âgée et les gestes et soins d'urgence.
- Une présence non systématique d'AS ou AES/AMP au 2<sup>ème</sup> étage et 3<sup>ème</sup> étage.
- Des plannings qui n'indiquent pas le personnel prévu pour assurer la prise en charge des résidents de l'unité de 8 lits au rez-de-chaussée.

o Sécurité :

- Certains locaux et équipements non sécurisés.

- Prises en charge :

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

- Un nombre élevé de résidents ne disposant pas d'un PVI actualisé.
- Soins :
  - Un stockage des médicaments non satisfaisant.
  - Un circuit de validation des procédures à améliorer.
  - Une analyse des données chiffrées du RAMA à optimiser.
  - Un suivi nutritionnel des résidents à renforcer.

Paris, le 29/02/2024

<b>Docteur Brigitte GUIRAUDIE</b> Médecin inspecteur de santé publique ARS Île-de-France	<b>Fanny REYNAUD</b> Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris
<b>Dominique GRUJARD</b> Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	<b>Alix ROUGE</b> Contrôleur des ARS ARS Île-de-France

## Glossaire

**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AS** : Aide-soignant  
**C** : conforme  
**CASF** : Code de l'action sociale et des familles  
**CCG** : Commission de coordination gériatrique  
**CDD** : Contrat à durée déterminée  
**CDI** : Contrat à durée indéterminée  
**CDS** : Contrat de séjour  
**CNIL** : Commission nationale Informatique et Libertés  
**CNR** : Crédits non reconductibles  
**Covid** : COronaVirus Disease (maladie à coronavirus SARS-CoV-2)  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CT** : Convention tripartite pluriannuelle  
**CVS** : Conseil de la vie sociale  
**DADS** : Déclaration annuelle des données sociales  
**DASRI** : Déchets d'activités de soins à risques infectieux  
**DLU** : dossier de liaison d'urgence  
**DUD** : Document unique de délégation  
**DUERP** : Document unique d'évaluation des risques professionnels  
**E** : Ecart  
**EHPA** : Etablissement hébergeant des personnes âgées  
**EHPAD** : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes  
**EI/EIGG** : Evènement indésirable/évènement indésirable grave  
**ETP** : Equivalent temps plein  
**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**GMP** : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré  
**HACCP** : « Hazard Analysis Critical Control Point »  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)  
**HCSP** : Haut-comité de santé publique  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur  
**MEDEC** : Médecin coordonnateur  
**NC** : Non conforme  
**PVP** : Projet de vie personnalisé  
**PAQ** : Plan d'amélioration de la qualité  
**PASA** : Pôle d'activités et de soins adaptés  
**PECM** : Prise en charge médicamenteuse  
**PMR** : Personnes à mobilité réduite  
**PMP** : PATHOS moyen pondéré  
**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle  
**R** : Remarque  
**RDF** : Règlement de fonctionnement  
**UHR** : Unité d'hébergement renforcée  
**UVP** : Unité de vie protégée  
**VAE** : Validation des acquis de l'expérience

## Annexes

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



Délégation départementale de Paris

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

Affaire suivie par [REDACTED]  
Courriel [REDACTED]  
Téléphone [REDACTED]

Docteur Brigitte GUIRAUDIE, médecin inspecteur de santé publique, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Ile-de-France.

Madame Alix ROUGE, chargée de suivi des établissements pour personnes âgées, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Ile-de-France,

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de mission, pôle autonomie, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Ile de France,

Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, coordonnatrice de la mission,

Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Paris le 14/01/2023

Mesdames, Monsieur

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Bastille » (FINESS 750044232) situé au 24 Rue Amelot, 75011 Paris, géré par le groupe « VYV Ile-de-France », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis  
Tél. [REDACTED]  
Institution ars sainte b.

8496 Quai de la Rapée  
75012 Paris  
[REDACTED]

La mission comprendra :

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

- Docteur Brigitte GUIRAUDIE, médecin inspecteur de santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Madame Alix ROUGE, désignée en qualité de contrôleur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF .

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission ;
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

La mission sera accompagnée de Monsieur Déogracias KIKWIKI KALAKI, chargé de mission, direction de l'autonomie, ARS IDF.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **18 avril 2023 à 9h00**. Elle comprendra 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, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

Toutefois, si les constats qui seront faits 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.

Pour la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France et par délégation,

La Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris

Lucie DUFOUR

Pour la Maire de Paris et par délégation,



Servanne Jourdy  
Adjointe de la sous-directrice de l'autonomie

Annexe 2 : Liste des documents demandés.

18/04/2023  
EHPAD Bastille

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission

Documents à remettre immédiatement :

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

**A remettre le jour de la visite :**

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
<b>I- Gouvernance</b>				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	Oui	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB	Oui	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	Oui	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	N/C	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Oui	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Oui	
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB	Oui	
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	Oui	
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire /2021/2022/2023	Clé USB	Oui	
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Oui	
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Oui	
12	Calendrier et comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB		
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Oui	
14	Outils loi de 2002-2 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB	Oui	
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	Oui	
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	Oui	
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	Clé USB	Non	
18	Projet d'établissement	Clé USB	Oui	
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Non	
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021,2022,2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/Ville de Paris	Clé USB	Oui	
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	Oui	
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration	Clé USB	Oui	

	- extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)			
II	Fonction support			
23	Liste nominative des personnels en <u>CDD et en interim en 2021,2022 et janvier à avril 2023</u>	Clé USB	Oui	
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours ( <u>tableau Excel et non pdf</u> )	Clé USB	Oui	
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB	Oui	
26	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB	Oui	
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet 2022 + planning prévisionnel de décembre 2022 Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	Oui	
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	Oui	
29	Dossiers RH des salariés	Consultation	Oui	
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Oui	
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	Oui	
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	Oui	
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022)	Clé USB	Oui	
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	Oui	
35	Procédure de conduite à tenir en cas de situation d'urgence médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	Oui	
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	Oui	
37	Factures 2021 et 2022 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	Oui	
III- Prise en charge				
38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format EXCEL et non pdf)	Clé USB	Oui	
39	Procédure d'admission	Clé USB	Oui	
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Oui	
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	Oui	
42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	Oui	
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021,2022	Clé USB	Oui	
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	Oui	
45	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	Oui	
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB	Oui	

47	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	Oui	
48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	Oui	
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	Oui	
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	Oui	
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Oui	
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	Oui	
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	Oui	
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation		
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Oui	
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021,2022,2023	Clé USB	Oui	
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)		Oui	
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés (hiver 2021-2022 et hiver 2022-2023)	Clé USB	Oui	
59	Vaccination COVID réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour (année 2021,2022,2023)	Clé USB	Oui	
60	Vaccinations DTP, zona, pneumocoque réalisées en interne par l'EHPAD : nombre de résidents vaccinés à ce jour (année 2021,2022,2023)	Clé USB	Non	
61	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	Oui	
62	Support de Visite de Préadmission	Envoi	Oui	
<b>IV- Relations avec l'extérieur</b>				
62	Dernier Plan bleu	Clé USB	Oui	
63	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Oui	
64	Conventions signées avec l'hôpital [REDACTED] porteur de la filière gériatrique desservant le [REDACTED], un réseau de soins palliatifs, un service d'hospitalisation à domicile (HAD) et la DAC Paris Est	Clé USB	Oui	

*Les pièces manquantes le jour de la visite devront être transmises dans les meilleurs délais aux adresses mail suivantes :*

[fanny.reynaud@paris.fr](mailto:fanny.reynaud@paris.fr)

### Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées.

- Représentante régional du siège
- Directrice (par conférence téléphonique)
- Directrice par intérim
- Médecin coordonnateur
- IDEC
- Gouvernante
- IDE
- AS
- Psychologue
- Chef de cuisine
- Lingère
- ASH
- Président du CVS
- Représentante syndical du personnel



13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00  
[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)

46/46