

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Ma Maison Picpus »
71 rue de Picpus, 75012 Paris
N° FINESS 75 080 050 0**

RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00211
Contrôle sur pièces du 13/02/2023

Mission conduite par

- Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la mission Inspection des ESMS parisiens,
- Firyel ABDELJAOUAD, 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 Christel ROUGY, ingénierie du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris

<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none">- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique- Article L.1435-7 du Code de la santé publique
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Management et Stratégie	12
Gestion de la qualité	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	20
Gestion des ressources humaines	20
Prises en charge.....	26
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	26
Respect des droits des personnes	29
Coordination avec les autres secteurs.....	34
Conclusion	37
Glossaire.....	38
Annexes	39
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	39
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	41

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Ma Maison Picpus	Capacité hébergement permanent	68
Adresse	71 rue de Picpus	Places habilitées aide sociale	0
Arrondissement	75012	Présence d'une UVP	NON
Gestionnaire	Petites Sœurs des Pauvres	Places en UHR	0
Statut juridique	Congrégation (Privé non lucratif)	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM en 2019.			
Eléments déclencheurs de la mission			
Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.			
Méthodologie suivie et difficultés rencontrées			
Le contrôle a été réalisé le 13 février 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 6 février 2023.			
L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.			
Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
Points positifs de l'établissement relevés par la mission			
GOUVERNANCE			
1. Conformité aux conditions d'autorisation			
Le taux d'occupation de l'établissement est pleinement satisfaisant puisqu'il est de 96,5 %.			
L'accueil des résidents est conforme à la réglementation : 68,75% des résidents sont en GIR 1, 2 et 3 (45,31% sont en GIR 1 et 2).			
2. Management et Stratégie			
L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment par la rédaction :			
- d'un règlement de fonctionnement,			
- d'un projet d'établissement complet,			
- d'un plan bleu.			
L'établissement dispose d'un temps de médecin coordonnateur et d'une infirmière cadre à temps plein.			
3. Animation et fonctionnement des instances			
Le Conseil de la Vie Sociale a été mis en place et il est réuni régulièrement, au moins 4 fois par an.			
4. Gestion de la qualité			
L'établissement a intégré une démarche qualité dans ses pratiques qui est notamment portée par les valeurs défendues par la Direction.			
Il a également formalisé une politique de bientraitance qui repose principalement sur :			
- La recherche du consentement du résident pour les actes de la vie quotidienne,			
- Le respect du rythme de la personne et l'organisation des soins en fonction de ce rythme.			
L'établissement a procédé à une évaluation interne et une évaluation externe.			
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
La Direction organise une enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles de façon biannuelle et intègre les éléments recueillis dans une perspective d'amélioration. La méthodologie d'analyse retenue par l'établissement est complète et appropriée. L'analyse des Événements Indésirables et de Événements Indésirables Graves est intégrée au plan d'amélioration de la qualité.			

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

Il existe peu de postes vacants au sein de l'établissement, [REDACTED] L'établissement dispose d'un taux satisfaisant de rotation du personnel, celui-ci s'élève à [REDACTED] en 2022 en raison de départs annoncés, il était de [REDACTED] en 2021.

Le recrutement par intérim est très faible et concerne des remplacements ponctuels.

L'établissement s'est doté d'un véritable plan de développement des compétences.

La procédure d'accueil des nouveaux salariés transmise est complète et intégrative.

Le planning des professionnels est respecté et le recours aux CDD est privilégié pour les remplacements anticipés.

Les missions de chaque catégorie de professionnels sont clairement définies et l'organisation du travail est précise, aussi bien de jour que de nuit.

PRISE EN CHARGE

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

La procédure d'admission est claire et progressive et recherche le consentement du futur résident.

Il existe un protocole complet d'élaboration du projet personnalisé du résident.

2. Respect des droits des personnes

Le livret d'accueil du résident et le contrat de séjour sont élaborés dans le cadre du respect des droits des personnes.

3. Soins

L'établissement s'est doté d'outils afin de permettre un accompagnement adapté tout en prenant compte les spécificités liées à la fin de vie par :

- une procédure relative aux contentions ;
- une procédure de prise en charge de la douleur ;
- un protocole lié à une démarche palliative.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 1 écart majeur, 7 écarts et 16 remarques.

Ecart majeur :

- La direction de l'EHPAD n'a pas mentionné l'ensemble des catégories de professionnels présents dans l'établissement conformément à l'art D312-155-0 du CASF.

Ecarts :

- Les comptes rendus de Conseil Vie Sociale ne font pas état de la présentation d'un bilan relatif aux événements indésirables.
- L'établissement n'a pas complété les procédures du plan bleu.
- La direction n'a pas mis en conformité le temps de présence du Médecin coordonnateur en suivant l'évolution de la réglementation.
- Les procédures de signalement des évènements indésirables et de déclaration aux autorités de contrôle n'ont pas été mises à jour : tout manquement professionnel repéré entraînant des risques de maltraitance doit être signalé comme évènement indésirable grave.
- La Direction laisse perdurer la situation complexe d'un résident.
- La Direction laisse des Auxiliaires de Vie Sociale poser des chaussettes de contention, ce qui relève du soin.
- La traçabilité de l'élaboration et la mise à jour des projets personnalisés des résidents nécessite d'être améliorée.

Remarques :

- La direction n'a pas mis à jour le règlement de fonctionnement conformément aux attendus réglementaires.
- L'établissement n'a pas mis à jour le règlement intérieur du Conseil Vie Sociale en application du décret n°2022-731 du 27 avril 2022.
- La direction n'a pas formalisé de processus de repérage des pratiques maltraitantes.
- La Direction n'a pas mis en place un accompagnement des professionnels sur leur pratique par un professionnel extérieur à l'établissement.
- La Direction n'a pas mis en place une procédure de remplacement des absences imprévues.

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

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Ma Maison Picpus », situé au 71 rue Picpus, 75012 Paris, FINESS n°75 080 050 0, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 13 février 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

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

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 71 rue de Picpus, l'EHPAD Ma maison Picpus est géré par la congrégation des Petites Sœurs des Pauvres dont le siège social se situe au 71 rue de Picpus dans le 12^{ème} arrondissement de Paris.

La maison Picpus a été créée en 1853 et est installée depuis 1869 au 71 rue de Picpus. Par arrêté conjoint du préfet et de la Ville en date du 17 juin 2005, l'EHPAD «Ma Maison Picpus» dispose de 55 places en hébergement permanent. Par arrêté n°2016-129 conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris, en date du 7 novembre 2016, la capacité a été portée à 68 places.

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

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 11 octobre 2018, le GMP s'élève [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles très en dessous des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et au-dessous pour le PMP.

Les 68 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Ma Maison Picpus 2022	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Ma Maison Picpus 2021 ²	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF ³ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante en février 2023 :

Étage/bâtiment	Nombre de chambres	Nombre de résidents accueillis	GIR moyen	GMP moyen
RDC	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
1er étage	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
2e étage	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de [REDACTED] 2022, dont [REDACTED] au titre de la dépendance et [REDACTED] au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 16 avril 2019. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins afin de :

- réduire les hospitalisations évitables,
- renforcer la prise en charge en soins palliatifs.

Objectif 2 : Améliorer :

- la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer,
- l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents.

Objectif 3 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes.

Objectif 4 : Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD.

Objectif 5 : Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge.

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

² Source : RAMA 2022

³ La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Le RAMA permet d'établir qu'un certain nombre d'actions ont été menées à bien :

- Renforcer la présence infirmière de nuit : convention avec l'URPS depuis 2019 ;
- L'établissement a passé convention avec le secteur psychiatrique, les EMGE, un réseau d'hygiène, un service de court séjour, un service de gériatrie, un service d'urgence, une pharmacie, un réseau de soins palliatifs, l'HAD notamment ;
- L'action 5 de l'objectif 1 est réalisée : « prévention des chutes et des escarres » : [REDACTED] fois et ces [REDACTED] résidents ont bénéficié d'un suivi individuel ;
- Concernant l'action 2 de l'objectif 2 : « assurer la réalisation d'une évaluation de l'état de l'hygiène bucco-dentaire à l'entrée de chaque résident en EHPAD et proposer un contrôle odontologique si nécessaire », le RAMA indique que [REDACTED] résidents ont un bilan bucco-dentaire dans l'année, mais n'indique pas la proportion de nouveaux résidents concernés.

Cependant,

- Le RAMA ne mentionne pas la fréquence des réunions avec l'HAD (permettant de mesurer la réalisation de l'action 2) ;
- Concernant l'action 4 de l'objectif 1 : « renforcer les prises en charge de la douleur et en soins palliatifs » : aucune formation n'a été dispensée sur ces thèmes par le Medco en 2022 ; le réseau de soins palliatifs a été sollicité mais le nombre de sollicitations n'est pas porté au RAMA 2022 ; [REDACTED] résidents ont eu une évaluation de la douleur avec échelle en 2022 contre [REDACTED] en 2021 : ainsi 100% des résidents sous antalgiques avaient bénéficié de cette évaluation annuelle en 2021, mais seulement [REDACTED] % en 2022. La cible de 90% posée dans le CPOM n'est donc pas atteinte ;
- Le RAMA ne permet pas d'évaluer l'action 6 de l'objectif 1 : « suivi médical des résidents ». [REDACTED] % des résidents ont eu un risque de dénutrition en 2022 ([REDACTED] en 2021) : le RAMA ne propose pas d'analyse de cette dégradation ;
- Concernant l'action 7 de l'objectif 1 « circuit du médicament », le RAMA mentionne que l'établissement n'a pas réalisé d'autodiagnostic du circuit du médicament : il indique que « l'autodiagnostic et l'évaluation de la nouvelle convention avec la pharmacie étaient prévus en 2020, mais le COVID a reporté cette décision : à faire en 2023 » ;
- Le RAMA ne permet pas d'évaluer l'état d'avancement de l'action 3 de l'objectif 2 « thérapies non médicamenteuses » ;
- De plus, l'absence de transmission du rapport d'activité ne permet pas d'analyser l'état d'avancement plus global du CPOM.

En revanche le plan d'amélioration de la qualité incorpore 49 actions (sur 86) qui relèvent des objectifs du CPOM.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Ma Maison Picpus		
Nom de l'organisme gestionnaire	Il s'agit d'un établissement congrégationniste autonome. Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres.		
Numéro FINESS géographique	75 080 050 0		
Numéro FINESS juridique	75 003 965 3		
Statut juridique	Congrégation		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁴	68	68
	HT ⁵	0	
	UVP ⁶	0	
	PASA ⁷	0	
	UHR ⁸	0	
	UPHV ⁹	0	
	AJ ¹⁰	0	
	AN ¹¹	0	
	PFR ¹²	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

⁴ Hébergement permanent

⁵ Hébergement temporaire

⁶ Unité de vie protégé / unité protégé

⁷ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁸ Unité d'hébergement renforcée

⁹ Unité pour personnes âgées vieillissantes

¹⁰ Accueil de jour

¹¹ Accueil de nuit

¹² Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

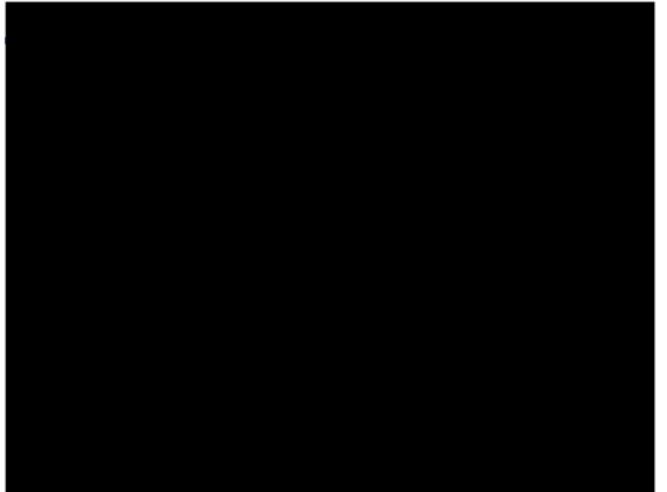
Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis.

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	<p>Les conditions d'autorisation :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Le taux est donc supérieur à 95%.</p> <p>L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale, alors même que le projet d'établissement pose comme vocation l'accueil des plus démunis (p.14), car il apprécie la pauvreté individuellement et non familialement. Ce choix est clairement exposé dans le projet d'établissement (p.45-46).</p>	
1.1.3.1	<p>La proportion de résidents classés dans les GIR :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Ces proportions sont conformes à la réglementation en vigueur.</p> <p>Répartition des résidents par GIR</p> 	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<p>Le règlement de fonctionnement</p> <p>Le règlement de fonctionnement a été mis à jour en février 2020. Le préambule mentionne qu'il « fait l'objet d'un affichage à l'accueil et est porté à la connaissance de toute personne intervenant dans l'établissement : membres du personnel, bénévoles, professionnels libéraux, visiteurs, prestataires ... ».</p> <p>Un projet de règlement de fonctionnement en date de février 2023 a été transmis à l'équipe de contrôle : l'article concernant le CVS va être mis en conformité avec les nouveaux articles D311-4 à D311-20 du CASF, modifiés par le décret n°2022-731 du 27 avril 2022.</p>	
1.2.1.2	<p>Le contenu du règlement de fonctionnement :</p> <p>L'ensemble des éléments attendus sont présents dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>La composition et la fréquence des commissions « Menus » et « Animation » ne sont pas précisées.</p>	<p>Remarque : La composition et la fréquence des commissions « Menus » et « Animation » ne sont pas précisées. (R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF (contenu RF)</p>
1.2.1.4	<p>Le projet d'établissement :</p> <p>Le projet d'établissement couvre la période 2019-2023. Le travail de construction du projet a été mené de façon collégiale : des Petites Sœurs, des salariés de toutes professions, des familles de résidents, une résidente, et des bénévoles ont participé à la réflexion. Il prévoyait la présentation au CVS pour avis, l'information de tous les salariés et des familles, ainsi que sa présentation en commission de coordination gériatrique. Un résumé du projet d'établissement est remis, avec le livret d'accueil, aux partenaires libéraux et aux bénévoles.</p> <p>Il a été transmis à l'ARS et à la Ville de Paris après demande.</p> <p>Des indicateurs ont été construits par la congrégation en lien avec les infirmières coordinatrices et référents des établissements de la congrégation afin d'en assurer le suivi.</p> <p>Le projet d'établissement prévoit la transmission de l'état d'avancement aux autorités de tarifications chaque année : il n'en a pas été trouvé trace à la Ville de Paris.</p>	
1.2.1.5	<p>Le contenu du projet d'établissement :</p> <p>Le projet d'établissement, s'il comporte l'ensemble des rubriques attendues, se présente plus comme un plan d'action que comme un véritable projet d'établissement. Ainsi il ne présente pas l'organisation concrète de l'offre de service, ni le management de l'EHPAD, ni les types de réunions organisées dans l'établissement (Codir mais aussi réunions des différents services à quelle fréquence et pour quels objectifs).</p> <p>Il contient une réelle explicitation des enjeux, des objectifs pour chacun des domaines abordés. Il détaille un projet social, qui comprend une exposition de la politique de recrutement de l'établissement.</p> <p>Il inscrit le refus d'accepter à l'admission des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, mais prévoit de construire une offre de prise en charge des personnes atteintes de cette maladie au cours de leur séjour (p.16), centrée sur l'accompagnement des professionnels et la proposition d'ateliers dédiés. Il mentionne une série d'actions préventives et se donne comme objectif d'étayer cet accompagnement spécifique (p.33).</p> <p>Il précise les critères d'admission et les motifs de refus, restreints (p.15). Il définit une politique d'admission qui peut garantir le maintien d'un univers familial, mais dans le respect du cadre légal. L'établissement a mené une étude très fine des motifs d'admission (motifs individuels) mais aussi des motifs liés à l'environnement du lieu de vie d'origine (isolement, insécurité physique ou psychique, etc...p.57). Le projet d'établissement met en lien cette étude avec le projet d'accompagnement. Il convient notamment de souligner qu'un tiers des résidents sont des personnes anciennement SDF.</p>	<p>Remarque : Le projet d'établissement n'est pas assez précis sur le rôle, la qualification des Petites Sœurs compte tenu de leurs missions au sein de l'EHPAD. (L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs), D312-158, 1° du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS)</p> <p>Remarque : Le rôle et la nature des référents des résidents ne sont pas précisés dans le</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Le projet d'établissement définit le rôle des « Petites Sœurs » (p.17) : certaines sont responsables de service et font le lien avec les autres petites sœurs et les salariés.</p> <p>Le projet d'établissement ne propose pas d'organigramme qui aurait permis de comprendre les liens entre Petites Sœurs, Petites Sœurs responsables de service, « laïcs en responsabilité » et les autres salariés. Il semble que certaines Petites Sœurs aient des attributions spécifiques : rien n'est précisé dans le projet d'établissement, et rien ne permet de garantir qu'elles ont la qualification nécessaire dans le domaine dont elles ont la charge : par exemple, p.85, est évoquée « une Petite Sœur de service avec les proches » qui joue un rôle dans l'accompagnement de fin de vie.</p> <p>Le projet d'établissement précise que les « Petites Sœurs épaulent les professionnels salariés et contribuent à la permanence des soins et de l'accompagnement, jour et nuit » (p.23). Elles sont positionnées comme « pivot de l'organisation » y compris dans le projet de soins sans que soient précisées la qualification attendue de ces personnes accompagnantes et leurs missions et tâches. Ce sont aussi les petites Sœurs qui ont en charge de tutorer au quotidien tout nouveau salarié.</p> <p>L'intervention des laïcs et des bénévoles est posée sans que ne soit clairement défini leur rôle. Le projet d'établissement renvoie à une charte.</p> <p>Il comporte un projet de vie et d'animation qui embrasse l'intégration, l'accueil, le projet de vie construit avec le résident et dont les Petites Sœurs responsables de service sont garantes. S'il évoque la nécessité de faciliter la continuité des relations avec les familles, il ne précise pas les instances de dialogue et d'échanges mises en place.</p> <p>Le projet de soins est présenté succinctement. L'accompagnement de fin de vie fait l'objet de développements précis et importants : cet accompagnement est une mission à part entière de l'établissement ; dans les cas les plus difficiles, le réseau de soins palliatifs est sollicité.</p> <p>Le projet souligne de manière concrète comment le consentement de la personne est recherché pour chaque soin, pour chaque objectif du projet personnalisé (p.30), y compris dans la manière de diffuser les informations le concernant.</p> <p>En revanche, alors même que le projet cite l'expérience mise en place au cours des travaux qu'a connus l'établissement en 2016 - à savoir, la référence d'un infirmier et d'un soignant par résident -, il ne précise pas le rôle, le mode de désignation ou de choix, et les missions de ces référents auprès du résident (p.30).</p>	projet d'établissement. (L311-8 du CASF (contenu PE/PE tous les 5 ans), D311-38 du CASF (projet général de soins pour l'application du PE : volet relatif aux soins palliatifs), D312-158, 1 ^o du CASF (MEDCO élabore projet général de soins s'intégrant dans PE) RBPP "Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS" Anesm-HAS)
1.2.1.6	<p>Le plan Bleu :</p> <p>La partie du plan bleu portant sur la prévention des épidémies date de septembre 2019. Il n'a pas été actualisé à la lumière de l'expérience de la crise sanitaire de 2020.</p> <p>Le volet canicule du plan bleu date de juin 2018 et a été actualisé pour l'été 2022. Il témoigne de bonnes pratiques dans le repérage dès le mois de mai 2022 des résidents fragiles et un suivi interne des températures des pièces y est inclus, mais celui-ci s'arrête le 17 juin 2022.</p> <p>Le plan bleu ne porte pas sur l'ensemble des crises susceptibles d'intervenir (incendie, cyberattaque, par exemple). Il n'est pas fait mention d'une étude des risques auxquels est exposé l'établissement.</p>	Ecart : Le plan bleu ne porte pas sur l'ensemble des risques auxquels est exposé l'établissement. (L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge), D312-160 CASF (plan en cas de crise sanitaire ou climatique) D312-155-4-1 (PE, partie en cas de crise sanitaire ou climatique), Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
		sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
1.2.2.1	<p>La direction de l'établissement : Le projet d'établissement présente un mode de gouvernance propre : l'établissement étant autonome, il a un conseil d'administration (cité p.65 du projet d'établissement) constitué de 3 administrateurs. Une Mère supérieure est présidente du conseil d'administration de l'établissement et responsable hiérarchique du personnel, et deux Petites Sœurs sont Petites Sœurs du conseil.</p> <p>Le projet d'établissement présente la Mère supérieure comme directrice de l'établissement, et c'est une Petite Sœur qui a été désignée comme directrice aux tutelles. La liste du personnel transmise par l'établissement à la mission de contrôle, mentionne celle-ci comme étant directrice et ce sont ses diplômes qui ont été transmis à la mission. Elle est également membre du conseil d'administration.</p> <p>La liste des professionnels remise à l'équipe de contrôle mentionne l'existence de deux Petites Sœurs d'étage : l'une d'entre elles est également membre du conseil d'administration.</p> <p>Une association à but non lucratif regroupe l'ensemble des effectifs de la congrégation au niveau d'une province : le rôle de la province est de veiller au respect des valeurs de la congrégation.</p> <p>L'organigramme, remis à tout nouveau salarié¹³, décrit les liens hiérarchiques et les liens fonctionnels. Il apparaît que seules les Petites Sœurs ont des relations hiérarchiques avec le personnel salarié. Ceci n'est pas en cohérence avec le fait que les fiches de poste transmises mentionnent la Mère Supérieure comme responsable hiérarchique.</p> <p>Du fait de cette organisation, le chef cuisinier n'a pas de relation hiérarchique avec les cuisiniers et les aides cuisiniers ; l'IDEC n'a pas de lien hiérarchique avec les infirmières. Les salariés en responsabilité (notamment l'IDE) entretiennent un lien fonctionnel avec les autres salariés de l'équipe.</p> <p>Un certain nombre de lacunes dans l'organigramme rend l'organisation peu lisible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les Petites Sœurs ayant un rôle auprès des résidents n'apparaissent pas ; - les responsables des Pôles ne sont pas désignés nominativement : n'est pas précisé qui est responsable de quel pôle ; la liste des professionnels mentionne la directrice et 2 Petites Sœurs d'étage : elles ne sont pas responsables d'un pôle en particulier. - les « laïcs en responsabilité » mentionnés dans le projet d'établissement ne sont pas présents dans l'organigramme. <p>La mission de contrôle n'a pas été en mesure d'apprécier le rôle et les missions des Petites Sœurs qui sont présentes dans l'organisation de l'établissement.</p>	<p>Ecart : La place de la Mère Supérieure et celle de la Petite Sœur présentée comme directrice ne sont pas claires. Plus largement la place et le rôle des religieuses situées dans l'organigramme transmis à la mission ne sont pas claires. (L315-17 (directeur EHPAD public) et D 312-176-5 CASF (DUD en EHPAD privé), L311-8 CASF (PE avec modalités d'organisation et de fonctionnement), D312-155-0 du CASF (missions et professionnels d'un EHPAD), L312-1, II, 4° CASF (personnels qualifiés en EHPAD)</p>
1.2.2.6	<p>La directrice de l'établissement : La fiche de poste est complète et mentionne l'ensemble des missions d'un directeur d'EHPAD.</p>	
1.2.2.7	<p>La formation du directeur : La directrice est titulaire d'un Master 1 [REDACTED] Elle n'a pas de contrat de travail car elle n'est pas rémunérée, étant Petite Sœur des Pauvres.</p>	

¹³ Source : p.40 du projet d'établissement.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.8	<p>Les astreintes : Aucune astreinte ni administrative ni médicale n'est formalisée.</p> <p>Les Petites Sœurs sont présentes dans l'établissement la nuit et sont susceptibles d'intervenir sans que leur rôle dans ces astreintes n'ait été précisé dans un document.</p>	Ecart : Formaliser les astreintes de la direction et les astreintes médicales. (L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge)
1.2.2.10	<p>Les délégations : Le document de subdélégation transmis à l'équipe de contrôle mentionne que la Mère Supérieure délègue les fonctions correspondant très exactement à la fiche de poste de directeur à la directrice en poste actuellement ; cependant ce document ne mentionne pas la nature du poste du délégitaire comme du délégué.</p>	Remarque : Le document de subdélégation ne mentionne pas les fonctions du délégitaire et du délégué. (D312-176-5 CASF (document unique de délégation du directeur), D315-71 CASF (délégation de signature pdt du CA-> directeur)
1.2.2.12	<p>L'infirmière référente : L'IDEC a un CDI depuis le 1er octobre 2009 ; un avenant au contrat en date du 28 octobre 2013 stipule qu'elle devient à cette date infirmière référente.</p> <p>Elle est titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier [REDACTED], et d'un diplôme universitaire d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD [REDACTED]. Elle est inscrite à l'ordre national des infirmiers [REDACTED]</p> <p>Elle est sous la responsabilité fonctionnelle du MedCo, et est en lien avec la responsable provinciale des soins. Elle est également en lien avec une Petite Sœur en charge du cabinet médical¹⁴ ; la liste des professionnels transmise ne mentionne pas cette fonction.</p>	
1.2.2.14	<p>Le médecin coordonnateur : Le Medco bénéficie d'un CDI à [REDACTED] Il assure « l'encadrement médical » de l'équipe médicale de l'établissement¹⁵.</p>	Ecart : Depuis le 1er janvier 2023 le temps de présence du Medco est inférieur au minimum requis par l'article D.312-156 du CASF (0,6 ETP pour un établissement comptant 68 résidents).
1.2.2.15	<p>La formation du Medco : Le MedCo est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine et d'un diplôme d'université de gérontologie clinique [REDACTED]</p> <p>Sa fiche de poste est conforme à la réglementation.</p>	

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	<p>Le Conseil de Vie Sociale : Le CVS s'est réuni 4 fois en 2022 (dont une séance exceptionnelle pour présenter les résultats de l'évaluation interne).</p>	Remarque : Le règlement intérieur du CVS et sa composition ne sont plus conformes à la réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023. (D311-4 à D311-20 CASF, Nouvelle réglementation du CVS : entrée en vigueur au

¹⁴ Source : fiche de poste de l'IDEC.

¹⁵ Source : contrat de travail du MedCo.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Le compte rendu du CVS exceptionnel du 10 février 2022 tel que transmis à l'équipe de contrôle est incomplet ; aussi il n'a pas été établi que les conclusions de l'évaluation interne aient donné lieu à des échanges. Il manque également une page au compte-rendu du CVS du 17 mars 2022 transmis à l'équipe de contrôle.</p> <p>Les éléments permettent néanmoins d'établir que les questions des résidents et des familles sont remontées aux membres du CVS et la direction y répond lors du CVS suivant.</p> <p>Le règlement intérieur du CVS n'est plus conforme à la réglementation depuis l'entrée en vigueur du décret 2022-731 du 27 avril 2022.</p>	<p>1er janvier 2023 de l'article 1 du Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 qui modifie l'ensemble de la réglementation juridique du CVS)</p> <p>Remarque : Les comptes rendus ne donnent pas une image fidèle des échanges. (D311-4 à D311-20 CASF)</p>
1.3.3.2	<p>L'information du Conseil de Vie Sociale : Au vu des comptes rendus transmis, le CVS n'est informé d'aucun dysfonctionnement dans la gestion ou l'organisation de l'établissement, ni des actions correctrices et préventives mises en œuvre. Ce défaut ne permet pas le partage avec les résidents et les familles d'une réflexion sur l'amélioration des pratiques.</p> <p>Par exemple le CVS du 5 juillet mentionne une question des résidents concernant la sécurité des résidents la nuit qui semble être née d'un événement indésirable survenu en 2022, mais aucune analyse n'est partagée ni aucune réponse apportée lors du CVS du 19 novembre 2022, alors même que la question d'une présence soignante et sécurisante la nuit est reposée par un membre du CVS.</p> <p>Cette information est pourtant bien rappelée dans la procédure de gestion des événements indésirables.</p>	<p>Ecart : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et évènements graves et des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF. (R331-10 CASF (informer CVS des EI et dysfonctionnement))</p>

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	<p>La démarche qualité : Le projet d'établissement comprend un chapitre portant sur la démarche qualité et l'évaluation continue. Cette démarche intègre l'ensemble des outils : évaluations interne et externe, CPOM, enquêtes de satisfaction notamment.</p> <p>Le projet d'établissement évoque la constitution d'un comité de pilotage qui se tiendrait deux fois par an, sans en définir les membres.</p> <p>Bonne pratique : le nouveau salarié est invité à l'issue de sa période d'essai lors d'un entretien formalisé à formuler des suggestions et observations afin que celles-ci puissent être intégrées dans une dynamique d'amélioration du service rendu (projet d'établissement, p.41).</p> <p>Le PACQ comprend 86 actions, qui ont été définies dans le cadre du projet d'établissement, de l'évaluation interne et du CPOM, donnant à l'ensemble du cadre de travail une grande cohérence. Les actions sont bien définies, un pilote est désigné pour chacune, un résultat attendu concret est également mentionné.</p> <p>Lorsque le résultat attendu est un document, l'avancée est mentionnée. Lorsqu'il s'agit d'un indicateur chiffré, le mode de calcul est précisé, mais ni le niveau atteint au 31 décembre 2022 ni le niveau attendu ne sont communiqués : ceci ne permet pas de mesurer l'état d'avancement du PACQ.</p> <p>L'établissement de ce PACQ n'a pas donné lieu à une priorisation des actions sur 5 ans par exemple (temps qui correspond au projet d'établissement et au CPOM). Cette priorisation permettrait à chaque pilote d'action de pouvoir hiérarchiser son propre plan d'action.</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.2.1	<p>Les évaluations interne et externe : La dernière évaluation interne date de 2013 : l'établissement a transmis le cahier des charges du prestataire en date du 26 octobre 2012 qui présente la démarche ; le projet d'établissement en présente une synthèse (p.35) très succincte. Il précise qu'en 2018 les trois quarts des objectifs fixés dans le plan d'actions 2013-2018 ont été atteints. Le compte rendu du CVS en date du 10 février 2022 suggère qu'une nouvelle évaluation interne a été menée. Celle-ci n'a pas été transmise aux autorités de tarification ni à l'équipe de contrôle.</p> <p>La dernière évaluation externe date du 21 novembre 2014 : le projet d'établissement en présente également une synthèse. L'établissement a transmis le rapport à l'équipe de contrôle.</p> <p>Les 12 préconisations de l'évaluation externe ont été intégrées au plan d'amélioration de la qualité et ont servi de socle à la construction du projet d'établissement.</p> <p>Une nouvelle évaluation externe aurait dû être menée en 2021. Il conviendra de respecter le calendrier posé par les autorités de tarification.</p>	<p>Remarque : L'évaluation interne menée en 2021 n'a pas été transmise aux autorités de tarification ni à l'équipe d'inspection. (D312-200 CASF (transmission du rapport évaluation + observations écrites à l'autorité de contrôle et à l'HAS)</p>
1.4.3.1	<p>La promotion de la bientraitance : La politique de promotion de la bientraitance est formalisée dans le projet d'établissement. Celui-ci inscrit la bientraitance comme l'exigence d'une posture professionnelle qui allie la proximité, la convivialité et un bon état d'esprit (p.12). Plus encore il souligne que ces postures « demandent à toujours rester en éveil, à être travaillées et réinterrogées entre intervenants ou/et via des intervenants extérieurs ou des formations spécifiques » : les transmissions quotidiennes, le lien entre Petites Sœurs et professionnels, des groupes de parole constitués autour de situations critiques et animés par le MedCo et le cas échéant le ou la psychologue sont les garants de ce travail au long cours.</p> <p>Le projet d'établissement (p.78) définit la bienveillance comme une posture d'accueil permanent. A ce titre elle nécessite formation et encadrement. Il propose afin de libérer et de canaliser la parole une auto-évaluation par le salarié de sa posture bienveillante. Une grille a été élaborée à cet effet. Il se donne comme objectif d'inclure dans l'évaluation annuelle des salariés un questionnement relatif à la bientraitance.</p> <p>La bientraitance repose sur deux piliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La recherche du consentement de la personne accompagnée pour tous les actes de la vie quotidienne, – Le respect du rythme de la personne : le projet de soin incite chacun à organiser les soins en fonction du rythme de la personne et non l'inverse (p.88). <p>Le CPOM signé en 2019 se donne comme objectif de « programmer de nouvelles formations sur la bientraitance » (CPOM, p. 36), en proposant que deux personnes soient titulaires d'un DU bientraitance.</p> <p>L'établissement a fait le choix de nommer comme référent bientraitance la Mère Supérieure, qui exerce l'autorité hiérarchique sur tout le personnel. Si un telle organisation garantit une bonne remontée des informations, elle ne garantit pas que la déclaration d'un dysfonctionnement ou d'un événement indésirable ne soit pas sanctionnée et ne permet pas une diffusion de la culture de la bientraitance au sein de toutes les équipes.</p> <p>Si des formations internes sur la bientraitance sont prévues régulièrement, il n'est pas mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des formations externes sur la bientraitance, – une analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur afin de permettre au personnel de prendre de la distance face à ses pratiques. <p>L'analyse des réunions de service dont le compte-rendu a été transmis à l'équipe de contrôle montre que la promotion de la bientraitance n'est pas inscrite dans la réflexion d'équipe : les réunions ne donnent pas lieu à une reprise des incidents survenus afin d'améliorer la pratique en équipe.</p>	<p>Remarque : Le référent bientraitance ne devrait pas être en position hiérarchique. (Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014, Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007)</p> <p>Remarque : Il manque la formalisation d'un processus de repérage des pratiques maltraitantes et la manière de prendre en charge les situations à risque. (L119-1 CASF (Définition maltraitance), L311-3, 1^o CASF (respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité, le droit d'aller et venir de l'usager)</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>La promotion de la bientraitance ne comprend pas un processus de repérage de pratiques maltraitantes, et la manière de prendre en charge les situations à risques (agressivité, épuisement professionnel, troubles du comportement du résident notamment).</p>	
1.4.3.2	<p>La procédure sur les situations de violences ou de harcèlements sexuels : Si le règlement de fonctionnement fait état des mesures à prendre en cas de violence, aucune procédure n'a été formalisée.</p> <p>La part des situations de violence dans les EI recensés étant importante, cette procédure répond à un réel besoin.</p>	Ecart : La prise en charge et le traitement des situations de violence ne donnent pas lieu à une procédure formalisée. (Art. 434-3 du code pénal (sanction si non signalement de faits de maltraitance), L 331-8-1 CASF (information aux autorités des dysfonctionnements), Art. 226-14 du code pénal (dérégulation au secret médical si privations ou sévices)
1.4.3.3	<p>La procédure de signalement en cas d'agression :  </p>	Ecart : Un défaut de signalement aux autorités d'un cas de négligence grave a été relevé. (L.331-8-1 CASF (déclaration EI à autorité compétente), R331-8 CASF (déclaration EI à autorité compétente), arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS, L313-24 CASF (protection du signalant))

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	<p>L'enregistrement et le suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et plaintes : Les enquêtes de satisfaction auprès des résidents et transmises à l'équipe de contrôle datent de 2019 et de 2021 : elles passent en revue l'ensemble des prestations offertes au résident : la restauration, le linge, l'animation, la qualité du cadre de vie, mais aussi la perception de la relation aux soignants et aux non soignants, le respect de l'intimité (y compris pendant la toilette), l'écoute du personnel, l'information sur les soins, la prise en charge de la douleur, la connaissance des dispositifs (commission menu, CVS, par exemple).</p> <p>Une satisfaction globale sur l'ensemble des points enquêtés en ressort. La présentation de ces enquêtes met en exergue les axes d'amélioration par des verbatim.</p> <p>L'enquête de satisfaction auprès des familles transmise à l'équipe de contrôle date de 2021. Là aussi les questions portent sur tous les domaines : il ressort un besoin de plus de communication autour du médical, et une demande de plus de sorties à l'extérieur.</p> <p>L'établissement s'est doté d'une fiche « Réclamation » à destination des familles, des résidents et des bénévoles ; elle est composée de deux parties : une partie remplie par la personne plaignante qui décrit l'objet de sa plainte et une partie réservée à la direction qui décrit le traitement de la réclamation et les mesures correctrices apportées.</p> <p>Bonne pratique : la procédure de traitement des réclamations fait état d'un délai maximal de traitement (72h) et d'un retour à destination du plaignant pour s'assurer de sa satisfaction. Elle préconise la saisine d'une personne qualifiée en cas de difficultés pour l'établissement de trouver des mesures correctrices satisfaisantes, afin d'éviter tout enlisement du conflit.</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Un tableau de traitement des plaintes et évènements indésirables de l'année 2022 a été transmis : 48 plaintes ou évènements indésirables sont portés dans ce tableau. Selon les niveaux de gravité et de probabilité, un type d'action correctrice est préconisé. Les colonnes « type de retour », « signalement », « sanction » ne sont pas toujours renseignées.</p> <p>Ce tableau ne permet pas de garantir que pour les évènements les plus graves ou les plus récurrents une analyse des causes soit poursuivie afin de déterminer des actions préventives.</p> <p>[REDACTED]</p>	
1.5.1.3	<p>La procédure de déclaration des évènements indésirables :</p> <p>L'annexe 3 du projet d'établissement portant sur le projet de vie et d'animation inscrit dans ses objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La formalisation de la gestion du risque individuel – L'acculturation des professionnels au signalement de situations préoccupantes. <p>Aucune formation sur ce point spécifique n'a cependant été relevée dans les plans de développement des compétences transmis.</p> <p>La procédure de déclaration, mise à jour en 2019, décrit un processus vertueux d'amélioration des pratiques professionnelles par la déclaration des évènements indésirables. Elle autorise l'anonymat de la déclaration afin d'encourager toute déclaration.</p> <p>La procédure fait état des outils utilisés pour qualifier l'évènement : grille de criticité et grille de probabilité.</p> <p>Elle réserve cependant l'analyse des évènements indésirables aux responsables. Cette analyse n'est donc pas menée de manière collégiale, ce qui ne permet pas d'entraîner le personnel dans une démarche de réflexion sur ses pratiques.</p> <p>La procédure ne fait pas état de la méthodologie employée pour l'analyse des causes.</p>	<p>Remarque : La procédure d'analyse des évènements indésirables n'est pas assez collégiale ni assez précise sur la méthodologie employée. (Art. L. 331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF, Arrêté du 28/12/2016 modifié (Nature des dysfonctionnements graves et évènements à déclarer aux autorités administratives)</p>
1.5.1.5	<p>Les modalités de suivi, d'analyse et de Retex des Evènements indésirables :</p> <p>L'établissement a transmis une plainte de décembre 2022 d'un proche d'une résidente qui s'était adressée directement à l'ARS. L'analyse de deux chutes survenues dans l'année montre la capacité de l'établissement à mener ce type d'analyse avec une préconisation de mesures correctrices et préventives.</p> <p>Cet écrit ne permet pas d'établir si les mesures ont été prises notamment pour trouver une solution concrète à la situation de la résidente qui souhaite rester au rez-de-chaussée alors que celui-ci n'est pas organisé pour permettre l'accueil de personnes en perte d'autonomie.</p> <p>L'établissement a également transmis l'analyse de l'EIG survenu le 19 décembre au soir et déclaré à l'ARS et à la Ville de Paris le lendemain. Il s'agit d'une blessure à l'origine indéfinie au bras d'une résidente. L'établissement utilise la grille ALARM préconisée par l'HAS afin d'identifier les différents types de causes ayant mené à cet accident. Le plan d'amélioration qui découle de cette analyse est complet et approprié.</p> <p>Le PACQ transmis par la direction ne porte cependant pas mention d'actions qui auraient été introduites suite à l'analyse d'évènements indésirables.</p>	
1.5.1.6	<p>Le signalement des EIG :</p> <p>Un seul EIG a été transmis à l'équipe d'inspection en date de décembre 2022 ; le retour d'expérience et le plan d'action a été transmis à la Ville de Paris sur sa demande le 1er février 2023.</p> <p>Dans le tableau récapitulatif du suivi des EI/EIG pour 2022, un EIG n'a pas été déclaré aux autorités ni au procureur de la République : il s'agit</p> <p>[REDACTED]</p>	Cf. plus haut : 1.5.1.3.

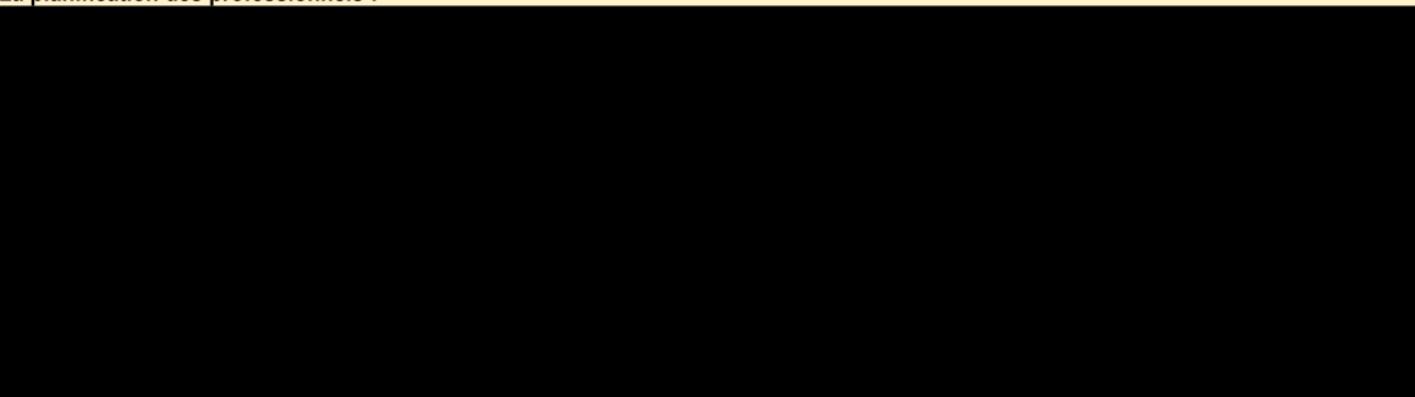
Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	<p>La composition de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Ecart : Les documents transmis ne font pas apparaître les sœurs qui travaillent au sein de l'établissement, ni les laïques. Leur fonction ainsi que leurs missions doivent être précisées. Leurs qualifications doivent être en lien avec les fonctions occupées. (D312-155-0 du CASF (pluridisciplinarité de l'équipe soignante), L311-3 1° CASF (Sécurité résident), L311-3 3° (PEC et accompagnement de qualité), L311-8 CASF)</p> <p>Ecart : Le temps du Medco est insuffisant au regard du CPOM et de la réglementation. (D.312-156 du CASF (0,6 ETP pour un établissement comptant 68 résidents))</p>

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Le CPOM prévoit un effectif cible de 49 ETP. La différence entre cet effectif cible et l'effectif réel porte principalement sur les professions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medco prévu à 0,5 et porté à 0,6 à compter du 1^{er} janvier 2023 [REDACTED] ; - Psychologue prévu à 0,5 [REDACTED] ; - Psychomotricien prévu à 0,5 [REDACTED] - Ergothérapeute prévu à 0,5 [REDACTED] - Aide-soignant prévu à 13 [REDACTED] 	
2.1.1.3	<p>Le taux de rotation du personnel : Le taux de rotation du personnel pour l'année 2022 est de 10,64%, il était de 2,78% en 2021.</p>	
2.1.1.6	<p>Le recrutement par intérim : Le recrutement par intérim représente pour l'année 2022 un équivalent de [REDACTED]. Le recours à l'intérim est donc faible et concerne les professions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Infirmier, Aide-soignant, Auxiliaire de vie et fonction administrative. C'est pour les aides-soignants que l'établissement a principalement recours à l'intérim [REDACTED]. Pour le mois de janvier 2023, l'établissement a fait appel à 4 aides-soignants par intérim sur trois jours.</p>	
2.1.2.1	<p>Le plan de développement des compétences : L'établissement s'est doté d'un plan de développement des compétences qui couvre la période 2019-2023. Les formations proposées sont réparties en deux groupes, celles qui relèvent du projet d'établissement et celles qui relèvent du CPOM. <ul style="list-style-type: none"> - Le plan comporte à la fois des formations en externe et des formations en interne, avec une plus forte proportion de formations en externe, elles sont respectivement de 71,43 % pour la partie du projet d'établissement et de 70,59 % pour le CPOM. - Les formations en interne correspondent à des mini formations de 2 heures, alors que les formations en externe correspondent à des durées de 1 jour à 3 jours. - Les thèmes abordés dans le cadre du projet d'établissement sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Démarche de soins consentie avec la personne âgée, - Maintien de l'autonomie de la personne âgée, - Besoins alimentaires et prise en charge nutritionnelle, - Prévention des chutes, - Le risque d'escarre, - Croiser le risque de dépression avec le Projet Personnalisé du résident, - Accompagnement des résidents désorientés, - Risque iatrogénique ou circuit du médicament, - Lutte contre la douleur, - Lutte contre la souffrance psychologique, - Nutrition, gourmandise et convivialité, - Choix du résident et circuit du linge, - Hygiène environnementale, - Sécurité l'affaire de tous, - AFGSU, - Intégrer l'écologie à Ma Maison. </p> <p>Remarque : Le plan de développement des compétences ne prévoit qu'une seule formation diplômante, celle d'ASG. (L313-12-3 CASF (direction assure formation des professionnels))</p>	

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<ul style="list-style-type: none"> - Les thèmes abordés dans le cadre du CPOM sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Méthode Montessori, - Formation 1^{er} gestes, - Aromathérapie, - Music Care, - ASG, - Soins palliatifs, - Menus nutritionnels, - Bientraitance, - L'hygiène bucco-dentaire. <p>L'offre proposée dans le cadre du plan de développement des compétences est diversifiée, concerne toutes les professions qui interviennent directement autour du résident et un grand nombre de professionnels puisque sur les formations réalisées et programmées, 394 jours agent sont concernés. La bientraitance est au cœur des formations proposées, ainsi que la prise en compte des troubles liés au vieillissement. Le souci de la prise en charge du résident apparaît nettement dans les formations proposées. Le médecin coordonnateur participe aux formations proposées en interne. La direction a fourni les listes d'émargement des formations réalisées dans le cadre de ce plan de développement des compétences.</p>	
2.1.2.5	<p>L'accueil des nouveaux professionnels :</p> <p>L'établissement s'est doté d'un livret d'accueil des salariés qui reprend les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'histoire de la congrégation, - Les valeurs qui guident l'action de la congrégation, - La charte de « Ma Maison », qui comprend : <ul style="list-style-type: none"> - Les points de vigilance dans les relations avec les résidents, les familles et les collègues, - La vie professionnelle (rémunération, maladie, couverture santé, congés, horaires...), - Des aspects pratiques. <p>L'établissement s'est également doté d'un règlement intérieur en 40 articles. Il comprend notamment des points sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hygiène et la sécurité (hygiène au travail, manipulation des denrées alimentaires, prévention des accidents, les règles en matière d'incendie et de danger grave et imminent, l'utilisation des machines, la circulation dans l'établissement...) ; - Les règles générales et permanentes relatives à la discipline (horaires de travail, absences, usage du matériel et des locaux de l'établissement, lutte contre les atteintes aux biens, la tenue professionnelle, le secret professionnel, l'attitude de respect...) ; - Les sanctions et procédures disciplinaires (nature et échelle des sanctions, procédure) ; - Dispositions relatives aux harcèlements et aux agissements sexistes (types de harcèlement, actions en justice et dispositions pénales). <p>Ces documents sont remis au nouveau salarié contre signature de celui-ci.</p> <p>Cet accueil des nouveaux salariés s'inscrit dans une réflexion sur l'évolution capacitaire prévisible des résidents afin de permettre une adéquation des compétences attendues des professionnels et des besoins des résidents. De ce fait le plan de développement des compétences permet ce nécessaire ajustement entre l'accueil des nouveaux salariés et les compétences attendues.</p> <p>Le processus d'intégration des nouveaux salariés comprend donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une période de doublure systématique pour les professionnels de nuit, - Un temps de doublure d'un à deux jours, quel que soit le poste occupé, - Deux à trois mois de période d'essai ponctués d'évaluations, - Un encadrement par les petites sœurs au quotidien, 	<p>Remarque : La Direction n'a pas mis en place de groupe d'analyse des pratiques ou de groupe de parole afin de soutenir l'ensemble des salariés dans leur pratique quotidienne. (HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)</p>

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	<ul style="list-style-type: none"> - Une rencontre avec la directrice (Mère supérieure) et son assistante pour valider la période d'essai, - L'invitation de chaque nouveau salarié à formuler des suggestions et observations. <p>L'ensemble des salariés a la possibilité de s'exprimer notamment dans les groupes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Droit d'expression un après-midi pour recueillir suggestions et desiderata ; - Réunions institutionnelles thématiques ; - Réunion mensuelle de service ; - Chaque jeudi, réunion de l'ensemble des soignants. 																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	La planification des professionnels : 	Ecart : Les petites sœurs des pauvres présentes dans l'établissement occupent des fonctions qui ne figurent pas dans les plannings. (L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident))																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
2.1.4.5	<p>La répartition horaire des professionnels présents est synthétisée dans le tableau ci-dessous (en rouge les temps de pause) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Planning type</th> <th>7h30</th> <th>8h</th> <th>8h30</th> <th>9h</th> <th>9h30</th> <th>10h</th> <th>10h30</th> <th>11h</th> <th>11h30</th> <th>12h</th> <th>12h30</th> <th>13h</th> <th>13h30</th> <th>14h</th> <th>14h30</th> <th>15h</th> <th>15h30</th> <th>16h</th> <th>16h30</th> <th>17h</th> <th>17h30</th> <th>18h</th> <th>18h30</th> <th>19h</th> <th>19h30</th> <th>20h</th> <th>20h30</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RDC</td> <td>AVS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASH1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASH2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAGE 1</td> <td>AS1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AVS 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AS 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AVS 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ASH</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETAGE 2</td> <td>AS1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AS1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AVS1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AS2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>AVS2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ASH</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Planning type	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h	20h30	RDC	AVS																											ASH1																												ASH2																												ETAGE 1	AS1																												AVS 1																												AS 2																												AVS 2																												ASH																											ETAGE 2	AS1																												AS1																												AVS1																												AS2																												AVS2																												ASH																											Ecart : Il n'y a pas d'AS présent au rez-de-chaussée, uniquement des AVS et ASH, malgré la présence d'un résident en GIR 1. (L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident))
Planning type	7h30	8h	8h30	9h	9h30	10h	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h	13h30	14h	14h30	15h	15h30	16h	16h30	17h	17h30	18h	18h30	19h	19h30	20h	20h30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
RDC	AVS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
ASH1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
ASH2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
ETAGE 1	AS1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AVS 1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AS 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AVS 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	ASH																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
ETAGE 2	AS1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AS1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AVS1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AS2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	AVS2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	ASH																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Dans les étages, l'amplitude des emplois du temps permet une présence de 7h30 à 20h30 avec un temps de pause de 2 h pour les AS et AVS, et d'une demi-heure pour les ASH. Les ASH en étage disposent d'une amplitude de 9h30 à 17h. Au rez-de-chaussée la pause est d'une demi-heure pour tous les AVS et ASH. Les AVS au rez-de-chaussée disposent d'une amplitude de 9h30 à 17h. Le planning réalisé est conforme au planning prévisionnel, la direction ayant recours de façon systématique à un agent en CDD pour tout remplacement.</p> <p>En ce qui concerne l'encadrement, il est à noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La présence du Medco le samedi le matin, – La présence de l'IDEC le samedi après-midi, <p>La présence de deux IDE par jour (1 le matin et 1 l'après-midi, en alternance un week-end sur deux).</p>	
2.1.4.2	<p>Les fiches de tâches heurees de l'équipe soignante :</p> <p>L'établissement s'est doté de fiches de tâches pour tous les professionnels qui interviennent dans la prise en charge des résidents.</p> <p>Sur l'organisation de la journée, les points forts d'une IDE de matin sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prendre connaissance des transmissions écrites dans PSI, puis des transmissions orales auprès des collègues de l'équipe précédente afin d'identifier les actes à faire en urgence (soins et constantes) ; – Préparer les plateaux de médicaments et piluliers ; – Faire les pansements selon le plan de soins ; – Faire les glycémies et distribution des médicaments ; – Prendre les constantes des résidents qui mangent en chambre ; – Traçabilité dans Netsoins ; – Faire les transmissions ; – Distribuer les fortifiants aux équipes pour les résidents ; – Faire les perfusions sous-cutanées. <p>Les fiches heurees pour les AS sont très détaillées sur les actions à mener auprès des résidents, leur fonction s'organise de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transmissions orales ; – Intervention auprès de 9 résidents de 7h45 à 10h30 en lien avec 1 AVS pour le petit déjeuner ; – Désinfection des lits et changement des draps par roulement selon les jours de la semaine ; – Distribution des repas puis pause à 12h ; – Intervention auprès de 11 résidents de 13h à 14h30 ; – Accompagnement des résidents aux animations ; – Transmissions orales ; – Activités de soin, d'entretien ou d'animation selon le jour ; – Intervention auprès de 9 résidents de 16h à 18h ; – Préparation du dîner et aide au repas ; – Intervention auprès de 3 résidents puis transmissions dans Netsoins et orales à l'IDE. <p>Les fiches heurees pour les AVS sont très détaillées sur les actions à mener auprès des résidents, leur fonction s'organise de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transmissions orales ; – Intervention auprès de 10 résidents plus autonomes de 8h35 à 10h30 ; – Désinfection selon calendrier et entretien des chambres de 11h à 11h50 ; 	<p>Ecart : Le planning des petites sœurs des pauvres n'apparaît pas et elles ne disposent pas de fiches de tâches heurees. (R.4311-4 du CSP, D312-155, 2° CASF)</p>

N°IGA S	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<ul style="list-style-type: none"> – Accompagnement à la salle à manger et aide au repas ; – Débarrasser et accompagner certains résidents ; – Intervention auprès de 6 résidents de 14h à 14h30 ; – Accompagnement des résidents aux animations ; – Poursuite de l'entretien des chambres de 15h à 16h30 entrecoupé par l'accompagnement au goûter ; – Poursuite de l'entretien des chambres après la pause de 17h à 18h30 ; – Aide au repas ; – Intervention auprès de 8 résidents de 19h à 20h10 ; – Rangement et nettoyage de la salle à manger ; – Transmissions dans Netsoins et orales avec l'IDE. <p>Les fiches heurées pour les ASH sont très détaillées sur les actions à mener auprès des résidents, leur fonction s'organise de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transmissions orales avec direction, administratifs et petite sœur des pauvres de service ; – Préparation du matériel d'entretien ; – Entretiens des locaux communs, des sanitaires et des sols de 9h45 à 11h25 ; – Nettoyage des salles à manger et des offices puis installation pour les repas de 11h25 à 12h ; – Transmissions orales ; – Entretien des locaux communs, bureaux et salles de soins de 12h à 14h ; – Entretien du bureau et cabinet médical, de la salle des kiné et autres bureaux selon les jours de 14h30 à 15h10 ; – Entretien des locaux communs de 15h10 à 16h50 ; – Transmissions orales avec petites sœurs des pauvres et responsable hôtelier. <p>Les fiches de tâches heurées contiennent des informations nominatives très précises sur les résidents pour leur prise en charge.</p>	
2.1.4.4	<p>Les glissements de tâches : Les fonctions des IDE, AS, AVS et ASH sont clairement définies dans les fiches heurées et permettent de mettre en évidence le rôle de chacun et l'articulation de ces professionnels auprès des résidents.</p> <p>Toutefois, il est indiqué dans la fiche des AVS que ceux-ci posent des chaussettes de contention. Celles-ci relevant d'une prescription médicale, il s'agit d'un acte de soins qui ne peut être réalisé que par un infirmier ou un aide-soignant. Réf. projet d'établissement.</p>	Ecart : Un glissement de tâches entre AS et AVS a été repéré sur la pose de chaussettes de contention. (R.4311-4 du CSP, L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant), L451-1 du CASF (agrément des formations sociales), arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS, D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES), D312-155, 2 ^e CASF)
2.1.4.7	<p>Le remplacement des absences imprévues : L'établissement dispose d'une liste de professionnels à contacter en cas de nécessité et pour organiser un remplacement. L'établissement n'a pas fourni de procédure relative à ces remplacements.</p>	Remarque : Pas de procédure de remplacement des absences imprévues transmise. (L311-3, 1 ^e CASF (Sécurité du résident))
2.1.4.10	<p>La qualification des professionnels de soins de nuit et de week-end : En ce qui concerne les AS de l'équipe de nuit, l'une est diplômée depuis [REDACTED] L'AVS est titulaire d'un titre professionnel d'assistante de vie aux familles [REDACTED] Aucun titre n'a été fourni pour l'ASH de nuit qui est en poste au sein de l'établissement [REDACTED]. Le personnel de week-end est identique à celui de la semaine en fonction de leur répartition par étage.</p>	

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	<p>La procédure d'admission : L'établissement indique que les demandes d'admission sont reçues « via le site des PSDP ou directement par mail ou par voie postale ». Il précise que les résidents viennent majoritairement du domicile et que le CERFA 14732 est systématiquement demandé.</p> <p>La procédure d'admission est décrite dans l'annexe 3 du projet d'établissement (p.77-78). Elle se fait en deux temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> – La personne âgée est rencontrée soit à son domicile, soit à l'hôpital, soit au sein de l'établissement, puis le Conseil d'administration opère un premier examen du dossier. – La personne remet l'ensemble des documents avec le Cerfa 14732. Le médecin coordonnateur et l'IDEC organisent une visite de pré-admission au cours de laquelle sont menées l'évaluation gériatrique, un recueil de données, est remis un livret d'accueil. La personne reçoit des informations sur les directives anticipées, la personne de confiance, la visite de l'établissement, la recherche de consentement. – Puis le conseil d'administration ré-examine la demande pour un deuxième avis. – Le résident rencontre d'autres résidents. – Enfin le conseil d'administration rend sa décision. <p>L'établissement atteste que le Medco « est systématiquement associé à l'analyse des demandes d'admission et des visites de pré-admissions. Tout résident entrant est systématiquement rencontré par le médecin coordonnateur ».</p> <p>Bonne pratique : Cette procédure, notamment la rencontre avec d'autres résidents, permet probablement de garantir au mieux le consentement de la personne.</p> <p>Il est également indiqué que : « les documents remis aux résidents au moment de l'admission sont : le livret d'accueil complet, le règlement de fonctionnement, la charte des droits de la personne accueillie, la notice d'information sur la personne de confiance, un exemplaire du livret de prestation concernant les tarifs ».</p>	
3.2.1.2	<p>Les évaluations à l'admission : Si le projet d'établissement pose comme objectif d'éviter le plus possible les chutes et leur réitération, il ne fixe pas de cadre à cette prévention : un référent chute, une procédure de déclaration de chutes, une méthodologie d'analyse des chutes et sa mise à profit au sein du PACQ. Il en est de même pour l'ensemble des risques : prévention des escarres, prévention de la douleur (avec notamment la précision de la périodicité des évaluations).</p> <p>La prévention de la dépression est bien plus aboutie dans le projet d'établissement (p.32).</p> <p>L'annexe du projet d'établissement concernant le projet de vie et d'animation établit qu'une évaluation multidimensionnelle est menée après l'admission, mais ne précise pas dans quels délais : pesée, échelles douleurs, escarres, prise des constantes, albuminémie.</p> <p>Le RAMA fait état de 7 admissions en 2022. Le document « bilan des évaluations médicales et paramédicales » mentionne les évaluations faites en 2022 mais ne permet pas d'identifier les nouveaux admis.</p> <p>Les documents transmis ne permettent pas de vérifier que les nouveaux admis ont systématiquement fait l'objet d'une évaluation multidimensionnelle.</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.3.3	<p>Le projet d'accueil individualisé : Le protocole « Élaboration du projet personnalisé du résident » date de novembre 2018. Il fait 5 pages et n'est ni daté, ni signé. Il comporte successivement les parties : objet, objectifs, processus d'élaboration du PPR, les outils de construction et de suivi du PPR, la liste des références sur la réglementation.</p> <p>Ce document précise que pour impliquer le personnel, l'établissement a choisi « de définir un statut de « référent » attribué à chaque soignant, auprès d'un nombre équivalent de résidents. En référence aux recommandations de bonnes pratiques, ce référent est l'interlocuteur privilégié de l'ensemble du personnel et des Petites Sœurs concernant un nombre limité de projets personnalisés ».</p> <p>En page 4, le logigramme précise les intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour l'information du résident : référent, MEDCO et IDEC ; - Pour le projet : référent et équipe pluridisciplinaire ; - Pour la finalisation : référent, IDE et Petite Sœur ; - Pour la signature : IDEC et secrétariat. <p>En page 3, le processus décrit indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signature du 1^{er} avenant dans les 3 à 6 mois après la signature du contrat de séjour ; - Suivi de la mise en œuvre : tout au long de l'année ; - Signature du 2^{ème} avenant au bout d'un an au plus tard ; - Puis tous les ans. <p>Concernant la participation des personnes accueillies, le document précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans son objet que « inscrit dans la Charte des droits de la personne accueillie, la participation de la personne à l'élaboration de son projet personnalisé est un droit pour elle. Dans le cas du refus du résident de valider son projet, l'équipe pluridisciplinaire, aidée du référent du résident, recherche, trace les motifs de son refus, et s'emploie à réaliser un document individuel de prise en charge équivalent au plan de soins ». - En page 2, il est indiqué que le référent doit maintenir une relation de confiance avec la personne âgée. - En partie « processus », il est indiqué qu'« il est important de garder en tête qu'il s'agit avant tout des objectifs du résident et non uniquement des professionnels » et le logigramme de la page 4 mentionne très largement la participation du résident. <p>Le modèle d'avenant au contrat de séjour consacré au « projet personnalisé » date d'octobre 2018. Il fait référence à des objectifs généraux (autonomie, vie sociale, vie relationnelle, prévention des risques en santé...) et à des objectifs opérationnels. L'article 3 précise un rythme de révision annuelle.</p> <p>L'établissement précise que les personnes qui participent à l'élaboration du PPR sont : le résident, éventuellement un ou plusieurs membres de sa famille (si le résident le souhaite), la Petite Sour d'étage, le référent PAI, la psychologue, la psychomotricienne, l'animatrice, l'IDEC, le médecin coordonnateur.</p> <p>Le tableau des référents PPR et planning fait référence à 71 résidents contre 74 indiqués dans le RAMA. Il cite 26 référents (AS, IDE, IDEC, animatrice, psychologue...) différents avec plus de la moitié qui ont cette fonction pour 1 ou 2 résidents. Trois référents gèrent 5 ou 6 résidents (2 IDE et l'animatrice). Six résidents n'ont pas de référent.</p> <p>Cette analyse ne correspond pas à celle citée dans le questionnaire 7 qui évoque : « Chaque référent a en moyenne 5 résidents » 25 projets sont datés, il n'y a pas de date pour les autres. Le plus ancien date d'avril 2021. Le plus récent date de février 2023.</p>	<p>Ecart : Selon les documents transmis les Projets Personnalisés ne sont pas actualisés tous les ans. (L311-3 3^e CASF (PAI et consentement du résident), L311-3 7^e CASF (participation directe du résident au PAI) D312.155.0 3^e (PAI et projet de vie en EHPAD), HAS, "Le projet personnalité, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012)</p>

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.4.4	<p>La commission gériatrique : Les missions de la commission gériatrique et son importance sont soulignées dans le projet d'établissement.</p> <p>Les convocations, ordres du jour et supports utilisés en appui à la commission ont été communiqués pour les années 2020 (3 décembre), 2021 (4 novembre) et 2022 (27 octobre). Les listes d'émargement ont été communiquées pour les années 2020 et 2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les réunions réunissent les professionnels suivants de façon non régulière : Directrice, MEDCO, IDEC, IDE, AS, Orthophoniste, kiné, podologue, pharmacien... - L'ordre du jour comporte les points suivants : point de la directrice, rapport annuel année précédente, campagnes de vaccination, mesures liées à la COVID, téléconsultation, logiciel NETSOINS, lutte contre la dénutrition et évaluation de l'état nutritionnel, lutte contre le gaspillage alimentaire, prise en compte du RGPD, amélioration de la pratique de la prescription médicamenteuse et non médicamenteuse, politique de formation des professionnels de santé, évaluation de la douleur, partenariat au titre de la continuité des soins, DARI, prise en charge psychiatrique... <p>Les réunions de service :</p> <p>Les comptes rendus de 3 réunions ont été communiqués à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réunion de service – cabinet médical (MEDCO, IDEC, IDE et une Petite Sœur) qui s'est tenue le 26 juin 2022. Elle a évoqué la prévention des fortes chaleurs, le remplacement des salariés, la continuité des soins, la prévention de la dénutrition, la préparation des résidents partant tôt en RDV, les dysfonctionnements avec les ambulanciers, la perte d'autonomie des résidents, les soins palliatifs, la pharmacie (une « collaboration assez difficile » est mentionnée). - La réunion de service du 1^{er} étage (MEDCO (?), IDEC, AS, AVS, référente hôtelière si présence confirmée et une Petite Sœur). Elle est tenue en mars 2022. Après un temps de « parole libre des salariés », ont été évoqués les retards, le goûter et l'image des résidents (rasage, cheveux, manucure, vêtements...). - La réunion de service – cabinet médical / cuisine / direction de mars 2022 avec le MEDCO, l'IDEC, le cuisinier et la Mère supérieure. Elle a porté sur les apports en protéines des résidents et l'amélioration des textures modifiées. <p>Les réunions du service qualité</p> <p>Les comptes rendus de 3 réunions ont été communiqués à la mission ainsi qu'un document préparatoire à la réunion du CODIR et un document avec les objectifs en cours par secteur qui seront évoqués en CODIR et en COPIL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La réunion de service du 1^{er} étage « qualité » qui s'est tenue le 10 janvier 2023 en présence du MEDCO, de 2 petites sœurs et d'autres membres du personnel dont les fonctions ne sont pas précisées. Elle a traité de la répartition des toilettes entre AS et AVS et de l'organisation de l'équipe pour l'accompagnement des résidents au rez-de-chaussée. Une incidence sur les fiches de tâches heureuses est mentionnée. - Le CODIR « qualité » qui s'est tenu le 23 janvier 2023. Etaient présents la Mère des Petites sœurs, une Petite sœur et deux membres du personnel dont les fonctions ne sont pas indiquées. Elle avait pour objet la préparation du COPIL du 24 janvier. Il est indiqué qu'il n'y a pas eu de COPIL depuis décembre 2021. L'ordre du jour est la « définition du COPIL et des autres types de réunion » et « la validation du fonctionnement du COPIL ». - Le COPIL « qualité » qui s'est tenu le 24 janvier avec comme ordre du jour la définition du COPIL et ses objectifs, le fonctionnement du COPIL, les documents sources à l'origine des objectifs de l'établissement et des indicateurs de suivi. Il est notamment mentionné que le COPIL est une réunion des encadrants et responsables de l'établissement avec la direction. Il est également précisé que les « Cadres de la Province » peuvent être amenés à participer au COPIL régulièrement ou ponctuellement. Un temps de discussion est ensuite retracé qui évoque 	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	notamment les grandes dates de l'année, la création d'un planning partagé des réunions, la possibilité de disposer d'un planning de présence des Petites Sœurs, les surplus et insuffisances alimentaires pour les repas, les missions de la responsable qualité de la Congrégation et la mise en place du poste de directeur adjoint. Le prochain COPIL est prévu le 3 mars.	
3.1.4.5	<p>Les médecins traitants : La liste des médecins traitants qui interviennent dans l'établissement comportent 13 médecins avec leur adresse et coordonnées téléphoniques. Le document est daté du 14 février 2023. Douze médecins sont médecins traitants de 1 à 13 résidents. Le dernier médecin – qui a en charge 3 résidents – est indiqué comme n'étant pas leur médecin traitant. Aucun médecin n'est référent d'un résident. Au total, la quasi-totalité des résidents a un médecin traitant et 3 ont un médecin désigné.</p> <p>Concernant le logiciel de soins, [REDACTED] : il est évoqué en commission gériatrique. Par ailleurs, l'établissement précise que « Chaque médecin traitant possède ses propres identifiants et mot de passe pour accéder au dossier informatisé ».</p>	
2.5.4.3	<p>Le système d'appel malades : Trois relevés d'appels malade du mois de janvier ont été communiqués : le 1^{er} pour le RDC, le 2^{ème} pour le 1^{er} étage et le 3^{ème} pour le 2^{ème} étage. Le logiciel utilisé est [REDACTED]. Les appels sont classés en trois catégories : appels, assistance et présence. La majorité sont dans la catégorie « présence ». Chaque relevé présente d'abord des éléments de synthèse avec le nombre total d'appels, la répartition des appels par catégorie et la durée des événements (min, max et moyenne). Ensuite, le relevé présente le détail par appel.</p> <p>Par exemple, au 1^{er} étage, pour la catégorie « appel », la durée moyenne est de 3 mn et 13 secondes. Pour la catégorie « assistance », elle est de 24 secondes. Pour la catégorie « présence », elle fait état d'une durée moyenne de 48 heures, 4 minutes et 45 secondes avec une durée maximale de plus de 432 heures. Le détail des appels fait état de durées d'évènement supérieures à 100 heures dans 10 cas. Dans 12 cas, la durée est de 0 ou 1 seconde. Pour une ligne du détail, il est indiqué que le soignant a omis d'éteindre la présence après avoir fait son soin.</p> <p>Le traitement de certains appels ne montre pas une durée de réponse satisfaisante.</p>	<p>Remarque : Le traitement de certains appels met en évidence une durée de traitement trop longue. (L311-3 CASF 1° (sécurité du résident), Art. D312-155-0, I, 2° : Les EHPAD "...proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés... et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée".)</p>

Plus généralement, l'ensemble de la prise en charge apparaît empreinte du souci de faire de « Ma Maison Picpus » un lieu de vie pour les résidents. Dans le souci que les résidents se sentent « comme chez eux », l'établissement permet la participation des résidents volontaires aux tâches du quotidien aux côtés du personnel, dans la mesure de leurs possibilités. Dans le même esprit, il encourage les résidents à prendre ensemble leur repas, y compris le petit-déjeuner.

L'annexe 3 du projet d'établissement portant sur le projet de vie et d'animation évoque plusieurs types d'actions afin de permettre la participation des résidents aux activités, notamment la participation régulière ou ponctuelle des professionnels aux repas des résidents afin de soutenir les échanges entre résidents.

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	<p>Le contrat de séjour : Le modèle communiqué à la mission date de février 2023. Il comporte un article 6.3 dénommé « Respect des droits » qui renvoie sur le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement pour le détail. Il évoque : le libre choix du médecin traitant, les modalités de partage des informations sur l'état de santé du résident, la rédaction d'une annexe éventuelle sur la liberté d'aller et venir. Il comporte également un article 10 sur la « Sécurité des données personnelles et le droit à l'image ». En outre, dans l'article 12 « Conservation du contrat - voie de recours », il est indiqué que pour tout litige relatif au contrat ou au séjour, le résident peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée. Ce même article mentionne qu'en cas de litige relatif au respect des tarifs annoncés, le résident peut solliciter un médiateur à la consommation dont les modalités de saisine et</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>coordonnées sont inscrites en annexe 4. L'annexe 1 concerne l'attestation de remise du livret d'accueil et de ses annexes (voir plus loin), l'annexe 2 concerne la protection des données personnelles, l'annexe 3 traite du droit à l'image et l'annexe 4 précise les coordonnées – par internet et par voie postale – du médiateur à la consommation.</p> <p>Le contrat de séjour fourni pour un résident précis est un modèle de 2020. Il est conforme à la description ci-dessus à une exception : il ne comporte pas d'article sur la « Sécurité des données personnelles et le droit à l'image ». Les annexes du n'ont pas été communiquées à la mission.</p> <p>Le livret d'accueil date du 2 juillet 2020 :</p> <p>Dans la partie sur l'établissement (page 5), un paragraphe s'intitule « un accompagnement bien traitant » avec une définition de ce terme : « une démarche répondant à ses droits et à ses choix ».</p> <p>Le livret évoque aussi le Conseil de la vie sociale et le Conseil des résidents. Il précise le libre choix du médecin traitant en page 14 et des intervenants médicaux en page 15. Il note également l'accessibilité aux informations de santé en page 15 et une adresse postale ou courriel pour exercer son droit d'accès.</p> <p>La 7ème partie du document est consacrée aux droits du résident. Sont cités les interlocuteurs dans l'établissement et la remise des annexes au livret d'accueil en prévention de la maltraitance : la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de l'établissement que le résident s'engage à lire en signant le contrat de séjour, le livret des prestations contenant les tarifs de « Ma Maison », la notice d'information relative à la personne de confiance et le formulaire de désignation, la liste des personnes qualifiées du territoire. Sont également citées les instances auxquelles le résident peut se référer : conseil de vie sociale, personne qualifiée dont les coordonnées sont à demander au service des admissions, médiateur à la consommation dont les coordonnées doivent être en annexe du contrat de séjour et affichées, le 3977 et la personne de confiance.</p> <p>Il est prévu de remettre au nouveau salarié un explicatif de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (projet d'établissement p.40)</p>	
3.2.3.1	<p>L'annexe au contrat de séjour relative à la liberté d'aller et venir :</p> <p>Comme évoqué à l'article 6.3 du contrat de séjour, une annexe est à compléter sur ce sujet spécifiquement. Le modèle transmis date de janvier 2018. L'annexe a pour objet de préciser « les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires, que le médecin coordonnateur propose à la Directrice de l'établissement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et de venir dans l'établissement ». Il est précisé que le document doit être signé par l'établissement et le résident ou son représentant. Doivent être citées les personnes ayant participé à l'évaluation, les mesures proposées et la durée de l'annexe. Il est précisé que l'annexe peut être revue à tout moment sur demande de l'une des parties.</p> <p>La procédure d'évaluation et maîtrise des mesures de contention :</p> <p>La procédure « Evaluation et maîtrise des mesures de contention » date de janvier 2018. Elle fait 9 pages. En son article 4 sur la définition, elle précise « Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures. Attention, l'élaboration de l'annexe au contrat de séjour porte avant tout sur l'évaluation et la mise en place de mesures de restriction à la liberté d'aller et venir. Elle n'exonère en aucun cas de l'obligation de prescrire une contention si une telle mesure s'avère indispensable. ». L'article 5 décrit sous forme d'un logigramme la procédure générale de contention. L'article 6 décrit sous forme d'un logigramme la procédure des mesures de contention en urgence. L'article 7 sur la prescription précise « La prescription est décidée après l'évaluation (...). LA PRESCRIPTION EST ECRITE – HORODATEE – VALIDEE (signature électronique dans le cas du PSI). (...) Une réévaluation de la contention devra être faite systématiquement lors des réunions</p>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R					
	<p>pluridisciplinaires ou plus tôt si la situation évolue dans un délai maximal d'un mois (...). En cas d'urgence : Une contention pourra être mise à l'initiative des soignants et secondairement validée par le médecin. ». Les articles suivants évoquent la mise sous contention et sa surveillance.</p> <p>Le RAMA : Il se présente sous la forme d'un fichier EXCEL. Il est précisé dans l'onglet de synthèse globale « RAMA » en ligne 205 et suivantes que le protocole sur les contentions date de 2013, qu'aucune contention n'a lieu sans prescription du MEDCO, que l'information est saisie sur informatique, dans le classeur avec signature du MEDCO et sur le chariot de nuit. Il est également précisé qu'une réflexion sur les bénéfices/risques des contentions a eu lieu « au moment des transmissions » et que toutes les contentions respectent le processus évaluation initiale / prescription / durée précisée / réévaluation.</p> <p>En ligne 445 et suivantes,</p>  <p>Commentaires :</p> <table border="1"> <tr> <td>protocole en place</td> </tr> </table> <p>A comparer à :</p> <table border="1"> <tr> <td>Population étudiée année N (2022)</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>Population étudiée année N-1 (2021)</td> <td>78</td> </tr> </table> <p>● % des résidents ont fait l'objet d'une contention en 2022, contre ● en 2021. Environ 3,5 prescriptions de contention par résident ayant au moins eu une contention au cours de l'année ont été faites.</p> <p>Dans les deux onglets « population étudiée » des années N et N-1 qui comportent une ligne par résident et juste le nombre de prescriptions sur la période pour chaque résident, on constate que le nombre de prescriptions maximal est de 10 pour une résidente en N et de 8 en N-1. Dans le RAMA disponible, il n'y a pas d'analyse à proprement parler, mais uniquement des indicateurs globaux et individuels.</p>	protocole en place	Population étudiée année N (2022)	74	Population étudiée année N-1 (2021)	78	
protocole en place							
Population étudiée année N (2022)	74						
Population étudiée année N-1 (2021)	78						

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	<p>Les résidents avec contention : La liste des résidents avec contention a été communiquée à la mission dans un fichier EXCEL avec une ligne par résident et des informations sur le motif, les plages horaires, le matériel, la date de fin...</p>	

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
3.8.2.9	<p>La convention avec une officine : L'établissement tient à recueillir l'accord des résidents sur la sollicitation de cette unique pharmacie : le projet ne précise pas comment il sécurise le circuit en cas de choix par le résident d'une autre pharmacie que la pharmacie avec laquelle l'établissement a passé convention. Le projet d'établissement définit le cadre du circuit du médicament (p.33). Il pose notamment le principe que le refus de prendre un médicament ou la non observance d'un traitement sont tracés.</p> <p>La convention avec l'officine date de décembre 2020. La version transmise n'est ni datée, ni signée. Elle a pour objet d'« optimiser et sécuriser le circuit des médicaments » et « de préciser les modalités de collaboration entre la pharmacie d'officine concernée (qui n'est pas la pharmacie désignée dans la procédure sur le circuit du médicament) et Ma Maison. Elle assure aux résidents qui le souhaitent, l'organisation d'une prestation pharmaceutique qualifiée visant à la sécurisation du circuit du médicament au sein de l'établissement, ainsi qu'au bon usage du médicament. »</p> <p>Sur les ordonnances, elle précise que son objet est d'« organiser la transmission des ordonnances des résidents de Ma Maison à l'officine. Lorsque les copies des ordonnances sont transmises, les originaux doivent être présentés lors de la livraison pour l'apposition des mentions règle-mentaires ». Les modalités de transmission des copies (fax, courriel...) ne sont pas précisées.</p> <p>Dans le paragraphe « Bon usage du médicament et lutte contre l'iatrogénie » de la partie 4, il est précisé « Le pharmacien s'engage à respecter les obligations de signalement des effets indésirables graves ou inattendus, survenant à la suite de la prise de médicaments qu'il a délivrée, déclaré par le médecin traitant et/ou coordonnateur ». Il est également précisé que le pharmacien, « conformément aux articles R. 161-58-1 du code de la sécurité sociale et suivants, tient le « dossier pharmaceutique » de chaque résident (...), permettant en outre (...) l'élaboration et la remise, le cas échéant, d'une fiche d'accompagnement thérapeutique lors de la dispensation, notamment pour les médicaments les plus à risques ou dont la non observance des conditions d'emploi constitue un facteur de risque ». </p> <p>Dans le paragraphe « contact individualisé » indique que les parties signataires s'engagent à avoir un contact avec le résident – sur site éventuellement – lors de la première dispensation et ultérieurement selon les besoins.</p> <p>Dans le paragraphe « doses à administrer et piluliers », il est indiqué que la pharmacie s'engage à proposer à l'établissement les conditions d'une bonne organisation de la dispensation aux résidents (périodicité des commandes, mode de transmission des commandes, disponibilité des ordonnances nominatives, respect de la chaîne du froid...).</p> <p>Les modalités de transmission des conseils thérapeutiques (fax, courriel...) ne sont pas précisées très exactement.</p> <p>Dans le paragraphe 5 sur le pharmacien référent, il est notamment indiqué que le pharmacien référent s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir les modalités et les procédures de dispensation, - Participer aux réunions de coordination « soins », - Participer à la sécurisation du circuit du médicament. <p>Le paragraphe 8 est consacré au renforcement de la coordination entre le pharmacien, le MEDCO et les médecins traitants.</p>	

3.8.2.22	<p>La délégation des médicaments par l'IDE : La procédure « circuit du médicament » date de mai 2018. La version transmise n'est ni datée, ni signée et la pharmacie citée n'est pas la pharmacie désignée dans la convention sur le médicament. Dans ce document de 32 pages, il est précisé au paragraphe 9.5 sur l'organisation de l'administration que « Possibilité de déléguer l'administration à l'A.S/A.V. S ou l'A.S.H (qui assure l'aide au repas du résident) sauf aux intérimaires n'ayant pas été formés et/ou évalués. Dans tous les cas, cette délégation reste sous la responsabilité de l'infirmier.</p> <p>Le fichier EXCEL « délégation_médicaments_février_2023 » liste les AS, AVS, la mère supérieure et les Petites sœurs ayant délégation sur les médicaments (26 personnes au total).</p>	<p>Remarque : La procédure de dispensation des médicaments ne précise pas les conditions de délégation. (R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne) R4311-7 CSP (actes rôle sur prescription IDE), R.4311-5 (4°) CSP (rôle propre IDE-aide prise médicament non injectable)</p> <p>Ecart : Le fichier Excel sur la délégation du médicament mentionne les petites sœurs des pauvres sans en connaître l'identité. (R4311-4 CSP (délégation de soins courant de la vie quotidienne), L313-26 CASF (aide à la prise de médicament si acte de la vie courante), L311-3 1° CASF (sécurité du résident)</p>
3.8.2.24	<p>Le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur : La procédure « Evaluation et prise en charge de la douleur » date de février 2023. Elle fait 8 pages. Elle comporte successivement les parties objet, objectifs, définition, l'évaluation avec les trois échelles utilisées dans l'établissement [redacted], la fréquence des évaluations, l'auteur de l'évaluation, la cartographie des processus d'évaluation, la prise en charge de la douleur avec les médicaments à prescrire et enfin, les documents associés, la liste des annexes et les références sur la réglementation. La cartographie manque de grille de lecture.</p> <p>Le « bilan des évaluations médicales et paramédicales 2022 » liste tous les types d'évaluations et – pour chacune – le nombre de résidents en ayant bénéficié. Pour la partie relative à la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il ne permet pas de savoir le nombre de résidents concernés par au moins une évaluation. - En supposant que chaque résident a eu une évaluation et une seule, 34 résidents ont été concernés par une évaluation de la douleur sur 74 (46%). Cette donnée est confirmée dans le RAMA fourni en format EXCEL dans la partie « Dépistage et prise en charge de la douleur ». - L'évaluation qui a été la plus fréquente (26) est EVA et / ou ES qui n'est pas citée dans la procédure transmise. 	<p>Remarque : Chaque résident-e-s doit bénéficier d'une moins une évaluation de la douleur par an. Fournir le planning prévisionnel 2023 de la réalisation des évaluations douleurs pour chacun des résident-e-s.</p>
3.8.2.25	<p>Le protocole relatif aux soins palliatifs : Le projet d'établissement évoque des conventions et s'est posé comme objectif d'intégrer davantage les réseaux de santé thématique (p.20). Il comporte une partie sur la fin de vie. Il insiste sur le fait que la congrégation ne permettra pas l'euthanasie si celle-ci était autorisée en France (question de la sédatrice profonde).</p> <p>Le protocole « La démarche palliative » date d'octobre 2018. Elle fait 5 pages. Il comporte successivement les parties objet, objectifs, définitions et principes, la liste des annexes et les références sur la réglementation. Les annexes n'ont pas été transmises. L'une de celles citées au point 4 du protocole est « directives anticipées ». Elle n'a pas pu être consultée.</p> <p>Si toute la démarche globale est décrite, la personne de confiance n'est pas évoquée.</p> <p>Il n'est pas possible de savoir si le document est validé et connu du personnel.</p>	

	<p>Le mode opératoire « mémento soins de confort en démarche palliative » date d'octobre 2018. Les deux premières pages décrivent – sous forme de bande dessinée – l'accompagnement en fin de vie. Dans la partie suivante, sur la douleur physique, il décrit le rôle des Petites Sœurs et du personnel. Idem dans la partie sur la douleur psychique, les soins, l'environnement, l'alimentation, l'hydratation et la proximité avec l'entourage.</p> <p>Le RAMA fourni en format EXCEL évoque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans la partie « Dépistage et prise en charge de la douleur » un partenariat avec Humanest - Dans la partie « Partenariats », le recours à un Réseau ou Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), Humanest. 	
3.4.3.9	<p>Le suivi des pesées :</p> <p>Les supports des commissions gériatriques de 2020 et 2021 rappellent dans le point consacré à la lutte contre la dénutrition que le poids est suivi tous les mois et indique qu'il doit être contrôlé toutes les semaines en cas de perte de poids. Dans le point sur la lutte contre le gaspillage alimentaire, il est précisé que l'établissement s'engage dans une démarche de prévention de la dénutrition via l'amélioration de la qualité des repas.</p> <p>Les documents fournis concernant les pesées étant en format PDF, ils n'ont pu être exploités pour établir la réalisation concrète des pesées.</p>	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	<p>Le planning des personnels médicaux et paramédicaux libéraux :</p> <p>Le document liste les kinésithérapeutes, leur jour d'intervention et la liste des résidents suivis [REDACTED]</p> <p>Idem pour les orthophonistes [REDACTED].</p>	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence	Ecarts
E1	1.2.2.1. Management et Stratégie 1.2.2.8. Management et Stratégie 2.1.1.1 Gestion des ressources humaines 2.1.4.5 Gestion des ressources humaines 2.1.4.2 Gestion des ressources humaines 3.8.2.22 Soins	<p>Ecart : La place de la Mère Supérieure et celle de la Petite Sœur présentée comme directrice ne sont pas claires. Plus largement la place et le rôle des religieuses situées dans l'organigramme transmis à la mission ne sont pas claires.</p> <p>Ecart : Formaliser les astreintes de la direction et les astreintes médicales.</p> <p>Ecart : Les documents transmis ne font pas apparaître les sœurs qui travaillent au sein de l'établissement, ni les laïques. Leur fonction ainsi que leurs missions doivent être précisées. Leurs qualifications doivent être en lien avec les fonctions occupées.</p> <p>Ecart : Les petites sœurs des pauvres présentes dans l'établissement occupent des fonctions qui ne figurent pas dans les plannings.</p> <p>Ecart : Le planning des petites sœurs des pauvres n'apparaît pas et elles ne disposent pas de fiches de tâches heurees.</p> <p>Ecart : Le fichier Excel sur la délégation du médicament mentionne les petites sœurs des pauvres sans en connaître l'identité.</p>
E2	1.2.1.6 Management et Stratégie	Ecart : Le plan bleu ne porte pas sur l'ensemble des risques auxquels est exposé l'établissement.
E3	1.2.2.14 Management et Stratégie 2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Ecart : Depuis le 1er janvier 2023 le temps de présence du Medco est inférieur au minimum requis par l'article D.312-156 du CASF [REDACTED]
E4	1.3.3.2 Animation et fonctionnement du CVS	Ecart : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et évènements graves et des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
E5	1.4.3.2 & 1.4.3.3 Gestion de la qualité	<p>Ecart : La prise en charge et le traitement des situations de violence ne donnent pas lieu à une procédure formalisée.</p> <p>Ecart : Un défaut de signalement aux autorités d'un cas de négligence grave a été relevé.</p>
E6	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	Ecart : Il n'y pas d'AS présent au rez-de-chaussée, uniquement des AVS et ASH, [REDACTED].
E7	2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Ecart : Glissement de tâches entre AS et AVS (pose chaussettes de contention).
E8	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart : Selon les documents transmis les PPR ne sont pas actualisés tous les ans.

Nbre	Référence	Remarques
R1	1.2.1.2 Management et Stratégie	Remarque : La composition et la fréquence des commissions « Menus » et « Animation » ne sont pas précisées.
R2	1.2.1.5 Management et Stratégie	Remarque : Le projet d'établissement n'est pas assez précis sur le rôle, la qualification des Petites Sœurs compte tenu de leurs missions au sein de l'EHPAD.
R3	1.2.1.5 Management et Stratégie	Remarque : Le rôle et la nature des référents des résidents ne sont pas précisés dans le projet d'établissement.
R4	1.2.2.10 Management et Stratégie	Remarque : Le document de subdélégation ne mentionne pas les fonctions du déléataire et du délégué.
R5	1.3.3.1 Animation et fonctionnement du CVS	Remarque : Le règlement intérieur du CVS et sa composition ne sont plus conformes à la réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023.
R6	1.3.3.1 Animation et fonctionnement du CVS	Remarque : Les comptes rendus ne donnent pas une image fidèle des échanges.
R7	1.4.2.1 Gestion de la qualité	Remarque : L'évaluation interne menée en 2021 n'a pas été transmise aux autorités de tarification ni à l'équipe d'inspection.
R8	1.4.3.1 Gestion de la qualité	Remarque : Le référent bientraitance ne devrait pas être en position hiérarchique.
R9	1.4.3.1 Gestion de la qualité	Remarque : Il manque la formalisation d'un processus de repérage des pratiques maltraitantes et la manière de prendre en charge les situations à risque.
R10	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque : La procédure d'analyse des évènements indésirables n'est pas assez collégiale ni assez précise sur la méthodologie employée.
R11	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque : Le plan de développement des compétences ne prévoit qu'une seule formation diplômante, celle d'ASG.
R12	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines	Remarque : La Direction n'a pas mis en place de groupe d'analyse des pratiques ou de groupe de parole afin de soutenir l'ensemble des salariés dans leur pratique quotidienne.
R13	2.1.4.7 Gestion des ressources humaines	Remarque : Pas de procédure de remplacement des absences imprévues transmises.
R14	2.5.4.3 Sécurités	Remarque : Le traitement de certains appels met en évidence une durée de traitement trop longue.
R15	3.8.2.22 Soins	Remarque : La procédure de dispensation des médicaments ne précise pas les conditions de délégation.
R16	3.8.2.24 Soins	Remarque : Chaque résident-e-s doit pouvoir bénéficier d'au-moins une évaluation douleur annuelle.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD «Ma Maison Picpus», géré par «La Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres» a été réalisé le 13 février 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

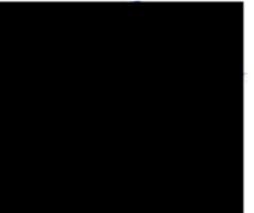
- Gouvernance :
 - Un taux d'occupation satisfaisant et conforme à la répartition des résidents par GIR,
 - La présence d'outils de management,
 - La réunion régulière du Conseil de la Vie Sociale,
 - L'intégration d'une démarche de qualité dans les pratiques des professionnels,
 - La prise en compte de la satisfaction des résidents,
 - L'analyse des événements indésirables et leur intégration dans le plan d'amélioration de la qualité.
- Prises en charge
 - La mise en place d'une procédure d'admission claire et progressive avec la recherche du consentement du futur résident,
 - L'existence d'un protocole complet d'élaboration du projet personnalisé du résident,
 - Un livret d'accueil et un contrat de séjour élaborés dans le cadre du respect des droits des personnes,
 - La présence d'outils pour réaliser un accompagnement adapté des résidents en prenant compte les spécificités liées à la fin de vie.
- Fonctions support
 - Sur le personnel : peu de postes vacants, un taux de rotation du personnel satisfaisant et un faible recours au personnel par intérim,
 - La présence d'un véritable plan de développement des compétences,
 - Une procédure d'accueil des nouveaux salariés progressive et intégrative,
 - Une définition claire et précise des missions des différents professionnels.

Elle a cependant relevé les dysfonctionnements suivants :

- L'ensemble des catégories des professionnels présents n'est pas mentionné,
- La non-conformité du temps de présence du médecin coordonnateur,
- La mise à jour des procédures de signalement des événements indésirables et leur présentation au Conseil de la Vie Sociale,
- Le repérage d'un glissement de tâche entre aide-soignant et auxiliaire de vie sociale,
- La traçabilité de l'élaboration et la mise à jour des projets personnalisés des résidents,
- La mise à jour de procédures : règlement de fonctionnement, plan bleu, règlement intérieur du conseil de la vie sociale,
- La formalisation d'un processus de repérage des pratiques maltraitantes,
- La formalisation d'une procédure de remplacement des absences imprévues,
- L'accompagnement des professionnels sur leur pratique par un professionnel extérieur à l'établissement.

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

Saint Denis, le 25/04/2023,

<p>Madame Christel ROUGY Ingénierie du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris de l'ARS-IdF</p> 	<p>Firyel ABDELJAOUAD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris</p> 	<p>Frédéric MUSSO Coordonnateur de la mission d'inspection Responsable de la mission Inspection des ESMS parisiens Ville de Paris</p> 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



**Direction de l'Autonomie
Agence régionale de santé Île-de-France**

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

Affaire suivie par : Frédéric MUSSO
[REDACTED]

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

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

Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

Paris, le 6 février 2023.

Mesdames, Monsieur,

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

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

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle de l'EHPAD Ma Maison Picpus (FINESS géographique 750800500) située au 71 rue de Picpus à PARIS 12^e, géré par la Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Monsieur Frédéric MUSSO, coordonnateur de la mission d'inspection, responsable de la Mission Inspection des ESMS, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités ;
- Madame Firiel ABDLEJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités.

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieur du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris.

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

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

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

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et, par délégation
le directeur départemental de Paris



Tanguy BODIN

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



Servanne JOURDY

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Ma Maison Picpus

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

36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	OUI
37	Une fiche de tâches heurees, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	OUI
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	NON
39	Liste des professionnels à contacter en cas d'absence	OUI
40	Procédure d'admission des résidents	OUI
41	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	OUI
42	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
43	Relevé des appels malade du mois M-1	OUI
44	Procédure d'élaboration et d'actualisation du PAI	OUI
45	Livret d'accueil du résident	OUI
46	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	OUI
47	Procédure relative aux contentions (liste anonymisée des résidents sous contention)	OUI
48	RAMA	OUI
49	Convention pharmacie EHPAD	OUI
50	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
51	Liste des personnes concernées par la délégation de l'administration des médicaments sur le semestre en cours	OUI
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
53	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés	OUI
54	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
55	Préciser les évaluations réalisées au cours de l'année N-1 avec les échelles utilisées, les scores obtenus et le nom des résidents concernés en soins palliatifs	OUI
56	Procédure de construction et de suivi du Projet de soins des résidents et le calendrier sur l'année N-1	OUI
57	Relevé des pesées, avec indication des écarts de pesée observées, le relevé des IMC, le relevé des albuminémies, le relevé des résidents sous CNO, pour tous les résidents accueillis dans la structure en année N-1	OUI
58	Les évaluations gériatriques réalisées : nature et résultat des évaluations réalisées, tous résidents en année N-1	OUI
59	Extraction du dossier de soins informatisé de trois résidents : DLU, projet de soin, relevé des soins, des observations médicales et paramédicales sur le trimestre T-1	OUI
60	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	OUI
61	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	OUI



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

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