

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Alice GUY »
10 rue de Colmar, 75 019 PARIS
N° FINESS : 75 004 838 1**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_IDF_00379
Contrôle sur place le 16/12/2022**

Mission conduite par

Pour sa composante Ville de Paris :

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

Pour sa composante ARS :

- Docteur Corinne CHOURAQUI, inspectrice ARS ayant la qualité de médecin, responsable du Département Prévention et Promotion de la Santé, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France

Accompagnée par :

- Madame Wendy ABITBOL, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France
- Madame Anissa FARO, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France
- Madame Florence THIBAUT, stagiaire EN3S, affectée à la délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France

Textes de référence

- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique
- Article L.1435-7 du Code de la santé publique
- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction.....	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre.....	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement des instances	13
Gestion de la qualité	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	15
Fonctions support.....	17
Gestion des ressources humaines.....	17
Gestion d'information	20
Bâtiments, espace extérieurs et équipement :	20
Sécurités	23
Prises en charge.....	24
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.....	24
Respect des droits des personnes.....	25
Vie sociale et relationnelle.....	25
Vie quotidienne. Hébergement	28
Soins.....	29
Relations avec l'extérieur.....	31
Coordination avec les autres secteurs	31
Récapitulatif des écarts et des remarques.....	32
Écarts	32
Remarques.....	33
Conclusion	34
Glossaire	36
Annexes	37
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	37
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	39
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection.	43

Synthèse

Éléments 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).

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, conjointement par la Ville de Paris et l'ARS Île de France.

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

La mission d'inspection a également mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents ou leurs représentants.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection ni lors des échanges postérieurs.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

Ce plan rejoint la volonté de la Maire de Paris de procéder au contrôle de l'ensemble des EHPAD parisiens.

Le contrôle de cet établissement a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place le 16 décembre 2022, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Il a été réalisé conjointement par la Ville de Paris et l'ARS Ile-de-France.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs.

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**.

Présentation de l'établissement

Situé au 10 rue Colmar dans le 19^{ème} arrondissement, l'EHPAD « Alice Guy » est géré par la Fondation « COS Alexandre Glasberg » dont le siège social est situé 88-90 Boulevard de Sébastopol dans le 3^{ème} arrondissement de Paris.

Ouvert en 2014, l'EHPAD « Alice Guy » dispose de 96 places d'hébergement permanent, 6 places d'hébergement temporaire et 15 places d'accueil de jour. Il est par ailleurs doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places et d'une unité de vie protégée (UVP) de 23 places.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

L'accueil de jour n'a pas été inclus dans le périmètre de l'inspection.

Les derniers GMP et PMP validés par la Ville de Paris et l'ARS Ile-de-France s'élèvent respectivement à [REDACTED] et [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.



Le budget de fonctionnement est de 5 952 122,38 € en 2022, dont :

- 2 985 328,00 € au titre de l'hébergement
- 700 972,00 € au titre de la dépendance
- 2 265 822,38 € au titre du soin.

L'établissement dispose d'une convention tripartite (EHPAD/Ville de Paris/ARS) couvrant la période 2014-2018.



Les négociations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) démarrées en 2019 ont été interrompues compte tenu de la crise Covid.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Alice GUY		
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation « COS Alexandre Glasberg »		
Numéro FINESS géographique	75 004 838 1		
Numéro FINESS juridique	75 072 123 5		
Statut juridique	Privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Non		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	96	96
	HT	6	6
	PASA	14	14
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	102		

	Année 2018
PMP Validé	
GMP Validé	

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

Consignes de lecture :

Écart : toute non-conformité à une référence juridique.

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

L'EHPAD « Alice Guy », créé par arrêté conjoint du directeur de l'Agence régionale de santé Île-de-France et du Maire de Paris en date du 16 août 2010, est géré par la Fondation « COS Alexandre Glasberg » reconnue d'utilité publique.

Cette fondation assure la gestion, entre autres, sur le territoire métropolitain de 18 EHPAD dont 7 en Île de France (4 à Paris), 6 établissements et services pour personnes en situation de handicap, 4 centres de médecine physique, de réadaptation et de rééducation fonctionnelles, 3 établissements et services pour personnes en situation de précarité, 4 centres pour demandeurs d'asile et réfugiés, 1 structure d'accueil de la petite enfance (crèche) et 4 établissements et services pour l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap (source : rapport d'activité 2021).

La capacité autorisée est de 96 places d'hébergement permanent, dont un PASA de 14 places, 6 places d'hébergement temporaire et un accueil de jour de 15 places.

Toutes les chambres sont des chambres individuelles.



Hébergement temporaire :

D'après les tableaux transmis, 2 résidents étaient accueillis en hébergement temporaire le jour de l'inspection.

La mission constate par ailleurs que le taux d'activité de l'hébergement temporaire s'élevait en 2021 à 19,5 %, ce qui est très loin des objectifs fixés par l'ARS et la Ville de Paris dans le cadre des CPOM (70 %).

Remarque n°1 : L'activité réalisée pour l'hébergement temporaire est nettement inférieure à la cible d'activité prévue dans les CPOM.

PASA :

Le PASA est situé au 5^{ème} étage. Son ouverture est prévue 5 jours sur 7 du lundi au vendredi. Les locaux dédiés à ce dispositif sont agréables. Une ASG en assure l'animation à plein temps : elle prend en charge en moyenne 12 à 14 résidents par jour, mais les locaux ne lui permettent pas de faire déjeuner plus de 12 personnes ensemble. Un planning est affiché précisant le nom des résidents accueillis chaque jour, s'ils se déplacent en fauteuil roulant ou aidés d'une canne ou d'un déambulateur, s'ils bénéficient de séances de kinésithérapie et s'il est prévu qu'ils participent à l'animation de l'après-midi.

L'établissement a transmis un tableau de l'activité réalisée pour le PASA au titre de l'exercice 2022. Il ressort de ce document que le taux d'activité réalisée dans le cadre de ce dispositif est de 50 %. Outre l'épidémie de covid 19, la raison indiquée pour expliquer cette faible activité est l'incapacité de remplacer le personnel en congés ou en formation.

Remarque n°2 : Le personnel dédié au PASA est insuffisant pour assurer un fonctionnement en continu de ce dispositif.

Management et Stratégie

1. La gouvernance

Le directeur de l'EHPAD « Alice Guy » exerce ses fonctions [REDACTED] en CDI et à temps plein. Il est titulaire d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en économie et gestion des cliniques et établissements pour personnes âgées. Il ne dispose pas d'une fiche de poste mais d'une délégation de pouvoir [REDACTED] qui lui confère une certaine autonomie pour conduire ses missions de directeur.

Lors de ses absences pour quelle nature que ce soit, l'infirmière coordonnatrice assure son remplacement dans l'exercice de certaines fonctions (admission d'un résident, recrutement de personnel non-cadre sous CDD ou intérimaire). Une fiche de délégation en date du 1^{er} avril 2021 a été transmise.

L'IDEC exerce ses fonctions depuis le 1^{er} octobre 2017 en CDI. Elle occupait précédemment les fonctions d'infirmière au sein de cet établissement depuis le 1^{er} février 2016 en CDI. Son diplôme d'infirmier et sa fiche de poste ont été transmis. Elle ne dispose pas de diplôme de cadre de santé mais a suivi un parcours de formation « Encadrant » au sein de la fondation.

Le poste de médecin coordonnateur est quant à lui vacant depuis août 2022. Le directeur a informé la mission que des démarches pour recruter un médecin coordonnateur avaient été entreprises et qu'il avait un candidat potentiel.

La mission alerte la direction sur le fait que le Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 fixe le temps de présence minimal du médecin coordonnateur dans un établissement de 100 à 199 places à 0,80 ETP à compter du 1^{er} janvier 2023 au lieu de 0,60 ETP précédemment.

En l'absence de médecin coordonnateur, l'équipe d'inspection a rencontré la Responsable médicale de la Fondation qui était le médecin coordonnateur de la structure au moment de l'ouverture. Elle intervient toujours sur l'établissement mais uniquement pour l'accueil de jour (une fois par semaine le mardi). Dans le cadre de ses fonctions nationales, elle assure des commissions médicales EHPAD (CME) où elle rencontre les médecins coordonnateurs de l'ensemble des EHPAD (2 fois par an) et les IDEC (1 fois par an).

Ecart n°1 : L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.
Reference : Article D312-156 du CASF

La mission n'a pas vu d'organigramme affiché dans l'établissement.

Par ailleurs, l'organigramme transmis par l'établissement ne permet pas de voir précisément les liens hiérarchiques entre les différents salariés. Il est en outre indiqué qu'il s'agit d'une version « projet après restructuration ». Ce projet de restructuration n'a pas été clairement explicité à la mission le jour de l'inspection.

Des astreintes administratives sont assurées par le directeur, l'IDEC, la responsable administrative et la gouvernante. La direction a transmis un tableau des astreintes pour l'ensemble de l'année 2022. La moitié de ces astreintes est effectuée par le directeur, l'IDEC assure une semaine d'astreinte par mois en moyenne. Le cadre d'astreinte dispose d'un téléphone dédié. D'après les personnes interrogées, la plupart des sollicitations concernent les retards et les absences, et portent donc sur la gestion des vacataires et des

10/43

intérimaires. Il a été indiqué à la mission que le nom des personnels d'astreinte n'était pas précisé pour éviter qu'ils soient sollicités pour des situations non urgentes relevant de leur champ de compétence.

La direction a par ailleurs transmis un protocole « information et intervention du personnel d'astreinte » à l'attention du personnel précisant les motifs pour lesquels la personne d'astreinte doit être contactée. Ce protocole date de l'ancienne direction avec mention du poste d'adjoint de direction supprimé depuis et n'est donc pas à jour.

Remarque n°3 : La procédure « Information et intervention du personnel d'astreinte » n'est pas à jour.

Un cahier d'astreinte est à disposition : il comporte les mentions nécessaires à la transmission des informations et des décisions prises.

Par ailleurs, des astreintes sont assurées au niveau du siège. Elles sont réparties entre le directeur général, la directrice adjointe, le directeur du pôle dépendance et le directeur du pôle précarité. Le planning est établi chaque trimestre.

2. Les outils de pilotage :

Le projet d'établissement :

Le projet d'établissement transmis à la mission porte sur la période 2014-2018. Il n'a pas été réactualisé depuis l'ouverture de l'établissement.

Il comporte entre autres un projet d'animation, un projet de soins individualisé, un projet de prise en charge spécifique aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, un projet PASA et un projet pour l'hébergement temporaire.

Il ne contient pas de définition claire de la place et du rôle du référent et la description des modalités de sa désignation.

Les travaux dans le cadre de la réactualisation du projet d'établissement doivent débuter en mars (cf document « plan d'amélioration continue »).

Par ailleurs, tous les personnels interrogés connaissent l'existence du projet d'établissement qui leur a été remis à l'embauche mais certains seulement savent citer des axes de travail qui les concernent.

Ecart n°2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement actualisé, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.

Le règlement de fonctionnement :

Le règlement de fonctionnement a été actualisé en juin 2020. Il est paraphé par les agents et conservé dans leur dossier au moment de leur embauche. Le préambule rappelle qu'il doit être affiché dans les locaux mais la mission d'inspection ne l'a pas vu sur les panneaux d'affichage du rez-de-chaussée.

La mission constate par ailleurs que ce règlement de fonctionnement ne précise pas clairement les prestations relevant des prix de journée hébergement et dépendance et celles incluses dans le forfait soins ni les sanctions éventuelles encourues en cas de violence sur autrui.

Le plan bleu :

La direction a transmis un plan bleu. Celui-ci date de 2021. Il ne porte que sur les conduites à tenir en cas de canicule alors qu'il est un outil plus large de gestion de crise (cf guide d'élaboration du plan bleu de l'ARS Nord-Pas-de-Calais).

Ecart n°3 : Le plan bleu transmis n'est pas actualisé et ne comporte pas toutes les dimensions obligatoires, ce qui contrevient à l'article D.312-160 du CASF.

Réunions institutionnelles EHPAD :

Un CODIR est prévu les mardis matin en présence de l'IDEC, une psychologue, la gouvernante, l'animatrice, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, la responsable administrative, le responsable comptable, le responsable maintenance. Y sont abordés différents sujets comme les transmissions, les EI/EIG, le cadre de travail ainsi que les objectifs attendus par le directeur. Cependant, faute de disponibilité, les CODIR ne se tiennent pas de manière régulière (environ une fois par mois).

La direction a transmis le dernier compte rendu de CODIR en date de mars 2020. Y étaient évoqués, outre la situation liée à la pandémie, la réactualisation des PVI, la situation particulière d'un résident... Il a été indiqué à la mission que depuis, de brèves synthèses étaient simplement envoyées par mail aux participants et que la rédaction des compte rendus reprendra en 2023.

Par ailleurs se tenaient régulièrement une fois par mois des réunions sectorielles et thématiques (accueil, visite de préadmission...). En l'absence du poste de responsable RH, le rythme de ces réunions a également perdu en régularité.

Réunions Fondation/EHPAD :

Il a été indiqué que la Fondation n'organisait pas de CODIR EHPAD/siège. Des réunions périodiques ont lieu entre la Direction de l'EHPAD et la Direction de Pôle Dépendance mais celles-ci ne font pas l'objet de comptes - rendus systématiques. Les comptes - rendus transmis concernent des visites du directeur du Pôle Dépendance à l'EHPAD le 01/04/2022 et le 05/12/2022.

Remarque n°4 : L'absence de CODIR EHPAD/siège et de comptes rendus systématiques des réunions entre l'EHPAD et le Pôle Dépendance ne permet pas d'attester d'un soutien régulier de l'organisme gestionnaire vis-à-vis de l'EHPAD.

Par ailleurs, des réunions thématiques avec l'ensemble des directeurs de structures et le siège ont lieu en visio-conférence.

Enfin, une revue mensuelle « directions infos » rédigée par le siège et diffusée à l'attention des directeurs de structures apporte des informations sur l'actualité de la Fondation et fournit un certain nombre de supports (plan de développement de compétences, trame de rapports budgétaires, modèles des outils de la loi 2002-2, outils de suivi du plan d'amélioration continue...).

3. Climat social :

L'établissement a connu un important mouvement de grève du personnel soignant (AS/AVS) et ASH en septembre/octobre 2021.

Les revendications portaient sur :

- L'augmentation des salaires,
- L'obtention d'un 13ème mois,
- Le refus d'un changement des plannings qui devait s'accompagner de création de postes supplémentaires
- Le « manque de respect » de la Direction.

Suite à ce mouvement de grève, la direction a décidé de repousser la nouvelle organisation de travail.

Interrogée sur ce dernier, la direction a indiqué que 15 salariés grévistes avaient démissionné et que depuis, le climat social s'était apaisé. Des membres du personnel reçus en entretien font également état d'une amélioration du climat social au sein de l'établissement.

La mission d'inspection n'a pu rencontrer les représentants du personnel car ceux-ci étaient en repos le jour de l'inspection. Il est à noter qu'il n'y a plus qu'une seule représentante du personnel sur l'établissement et qu'aucune instance ne s'est réunie depuis le mois de juillet alors qu'une réunion doit se tenir une fois par mois. La direction informe cependant la mission qu'une réunion était prévue la semaine suivant la visite.

Par ailleurs, la mission a pu constater que les personnels restaient dans l'expectative quant au projet de changement de plannings. De plus, certains personnels, s'ils se sentent soutenus par leur cadre direct, ont déclaré n'avoir que très peu de contacts avec la direction.

Enfin, de manière générale, il ressort des entretiens que l'absence de médecin coordonnateur et de responsable RH impacte fortement l'organisation interne de l'établissement avec des responsables mobilisés sur des tâches qui ne relèvent pas de leurs missions premières empêchant ainsi une communication optimale au sein de l'établissement.

Remarque n°5 : L'absence de médecin coordonnateur et de responsable RH impacte fortement l'organisation interne de l'établissement avec des responsables mobilisés sur des tâches qui ne relèvent pas de leurs missions premières empêchant ainsi une communication optimale au sein de l'établissement.

Animation et fonctionnement des instances

Le CVS :

Le CVS est composé de :

- 3 représentants titulaires des résidents et 3 suppléants
- 2 représentants des familles et 3 suppléants
- 1 représentant des salariés
- 1 représentant de l'établissement et des représentants de la Fondation

Les dernières élections se sont tenues le 09 mars 2022. Les résultats de ces élections indiquant le nom, la chambre et la photo des représentants des résidents élus sont affichés.

Les noms des représentants des familles élus sont également affichés mais leurs coordonnées ne sont pas indiquées. Celles-ci ont été transmises par mail aux familles avec leur accord.

Il est à noter qu'une boîte aux lettres est mise à disposition des représentants des familles au CVS au rez-de-chaussée.

Les modifications au règlement intérieur du CVS suite aux élections ont été approuvées lors du CVS qui s'est tenu le 13 juin 2022. Le compte-rendu est affiché dans le hall.

Les sujets abordés lors de ce CVS ont porté également, entre autres, sur les ressources humaines (postes vacants, les recrutements) et la présentation du décret du 25/04/2022 portant modification du CVS à compter du 1^{er} janvier 2023.

D'autres CVS se sont tenus en 2022 aux dates suivantes :

- 04/04/2022
- 12/09/2022
- 12/12/2022

L'ordre du jour est fixé par le directeur. Il est indiqué à la mission que l'ordre du jour est communiqué par mail aux représentants des familles et par l'animatrice coordinatrice pour les représentants des résidents. Celle-ci prépare les réunions et sert de secrétaire à la présidente du CVS.

La mission constate que certains EIG ont été évoqués lors de la réunion post CVS le 20 juin 2022. Cependant, aucune analyse des EIG n'a été présentée au CVS au vu des comptes - rendus transmis.

Enfin, les salariés rencontrés par la mission connaissent la composition du CVS.

Ecart n°4 : L'absence de présentation d'une analyse des EIG de l'établissement au CVS contrevient à l'article R.331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

La quatrième partie du projet d'établissement porte sur la démarche qualité de l'établissement. Elle fait référence à un management de la démarche, aux recommandations de bonnes pratiques et aux différentes évaluations (évaluation de la satisfaction des personnes accueillies et de leurs proches, audits de pratique et satisfaction du personnel, évaluations interne et externe).

Si la Fondation s'est dotée d'un comité d'éthique et de groupes de réflexion éthique, il apparaît que ce dispositif n'est pas connu des agents.

La mission note par ailleurs qu'il n'a pas été réalisé d'évaluation interne et externe de l'établissement depuis son ouverture.

Par conséquent, le plan d'amélioration continue de la qualité transmis à la mission n'a pu être construit à partir des résultats de ces évaluations. Ce plan n'intègre pas non plus les mesures préventives issues de l'analyse des causes menée suite aux EIG ni l'analyse des plaintes et réclamations.

En outre, le DUERP transmis date de mai 2021 et, comme l'indique la direction, il n'a pas été actualisé. Son actualisation fait partie des objectifs 2023 de l'établissement dans le cadre du plan d'amélioration continue de la qualité.

Ecart n°5 : L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation interne et externe depuis son ouverture, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.

La promotion de la bientraitance :

Le livret d'accueil du salarié précise qu'une charte de la bientraitance lui est remis. Celle-ci, transmise à l'équipe d'inspection, met en avant le respect dans toutes ses dimensions, la nécessité de procurer au résident un accompagnement de qualité et le respect du secret professionnel mais ne donne pas de définition ni de la bientraitance ni de la maltraitance.

En outre il n'existe pas de procédure en cas de violence ou d'agression des résidents entre eux ou entre résidents et personnel.

Cependant, il existe une procédure affichée de lutte contre le harcèlement moral et sexuel à destination du personnel indiquant les personnes à contacter (réfèrent établissement et Fondation, médecine du travail, inspection du travail, défenseur des droits...).

Par ailleurs, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA) ainsi que les coordonnées des services de la Ville de Paris et de l'ARS sont affichés au rez-de-chaussée.

Les plans de développement des compétences réalisés 2021 et 2022 ne prévoyaient pas de formation à la bientraitance. Concernant le plan de développement des compétences 2023, il est prévu une formation sur le thème de la bientraitance mais uniquement pour les agents affectés à l'UVP, à l'accueil de jour et au PASA.

En outre, la formation sur l'analyse des pratiques inscrite au plan de développement des compétences de 2021 n'a pas été reconduite en 2022 et n'est pas prévue en 2023.

Remarque n°6 : Les plans de développement des compétences transmis ne prévoient pas de formation sur le thème de la bientraitance pour l'ensemble du personnel et sur l'analyse des pratiques.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

1. Gestion des réclamations :

La direction de l'établissement précise qu'il n'existe pas de registre des réclamations et que les insatisfactions sont remontées par mail.

La direction a transmis un suivi des réclamations mais celui-ci ne mentionne que les réclamations signalées au siège et ne compte que deux réclamations pour l'année 2022. Aussi rien ne permet d'attester que l'établissement opère un réel suivi de l'ensemble des réclamations et une analyse de celles-ci intégrée à la démarche qualité.

Par ailleurs, les réclamations sont évoquées dans le cadre du CVS au regard des comptes rendus transmis.

Remarque n°7 : L'établissement ne dispose pas de registre des réclamations et le suivi de celles-ci n'est pas formalisé.

2. Gestion des EI/EIG :

Il a été transmis à la mission d'inspection 2 documents relatifs aux événements indésirables :

- Un protocole d'analyse des causes profondes d'un événement indésirable (grave ou non)
- Un modèle de compte rendu d'analyse des causes sur lequel sont décrits l'EI ou EIG et les facteurs liés au résident qui ont pu contribuer à la survenue de cet événement.

Le protocole d'analyse des causes profondes a pour objectif de détecter les écarts par rapport aux pratiques de référence et de comprendre l'enchaînement des différents dysfonctionnements ayant conduit à l'événement. Il inclut également un plan d'action.

La direction indique que les professionnels ont la démarche de déclarer par écrit les EI ou EIG. Il ressort des entretiens avec des membres du personnel que même s'ils n'ont pas été formés à la déclaration d'EI/EIG, ils ont en effet connaissance de la procédure à suivre.

La mission a pu constater que des fiches de signalement d'événement indésirable sont à disposition des salariés dans une bannette à côté de la feuille d'émargement quotidienne.

Les EIG font l'objet d'un plan de mesures correctives et des réponses aux familles sont faites.

La direction a d'ailleurs communiqué à la mission un tableau des EIG pour l'année 2022 précisant les actions menées (retour d'expérience, réponse au déclarant...).

Cependant, l'analyse des EIG est incomplète. Si la cause immédiate est retenue et la mesure correctrice prise, les mesures préventives ne sont pas abordées.

Par ailleurs, la mission note qu'en 2022, 2 EIG n'ont pas été transmis à la Ville de Paris (EIG déclaré à l'ARS le 03/02/2022 et le 21/10/2022) et que l'ensemble des EIG (4 en 2022) ne fait pas l'objet d'un retour d'expérience faute de disponibilité de la direction.

Concernant les EI, Il est indiqué à la mission qu'il n'existe pas de tableau récapitulatif de l'ensemble des EI, que les fiches d'EI sont consultables dans le bureau du directeur et qu'elles sont traitées au fil de l'eau soit directement par le directeur, soit en équipe.

Ecart n°6 : L'ensemble des EIG n'est pas à transmis à la Ville de Paris.
Référence : Article L331-8-1 du CASF

Remarque n°8 : L'ensemble des EIG ne fait pas l'objet d'un retour d'expérience et les retours d'expérience n'alimentent pas le plan d'amélioration continue de la qualité.

Remarque n°9 : Il n'existe pas de suivi formalisé des événements indésirables.

3. Enquête de satisfaction :

Une enquête de satisfaction à l'attention du personnel, des résidents et des familles a été menée du 7 mars au 8 avril 2022. Les résultats de l'enquête ont été présentés lors du CVS du 13 juin 2022. 38 résidents et 36 familles ont rendu un questionnaire complet. Le plan d'amélioration continue de l'établissement prévoit que les résultats de cette enquête soient repris au second semestre 2023 pour mise en œuvre d'un plan d'action.

Les résultats de cette enquête de satisfaction ne sont pas affichés.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

1. Situation générale des effectifs :

Le jour de l'inspection les postes suivants sont vacants :

- Médecin coordonnateur (0,8 ETP)
- IDE (1 ETP)
- Responsable des ressources humaines (1 ETP)
- Psychomotricien (0,5 ETP)
- AS (5 ETP).

La direction précise que lorsque les absences des personnels titulaires ne sont pas prévues, ceux-ci sont remplacés par les AS/AVS volants. Lorsqu'elles sont prévues, l'établissement fait appel à des vacataires. Il a été indiqué que l'établissement dispose d'un pool de vacataires réguliers.

L'IDE référente assure principalement des missions administratives et logistiques (prise de rendez-vous, surveillance des stocks, commande de dispositifs médicaux...).

3. Les plannings du personnel soignant :

Le personnel AS/AVS inscrit au planning le jour de l'inspection est le suivant :

- Etage 1 : 2 AS en CDD et 1 agent de services logistiques (ASL) en CDI
- Etage 2 : 1 AS, 1 AMP en CDI et 1 auxiliaire de vie sociale (AVS) en CDD
- Etage 3 : 1 AS en CDI, 1 AS en CDD et 1 ASL en CDI
- Etage 4 (UVP) : 2 AS en CDI, 1 ASL en CDI et 1 ASL en CDD
- Etage 5 (PASA) : 1 ASG

D'après les documents transmis, seul un poste n'était pas pourvu (au 4ème étage).

Par ailleurs, 2 IDE en CDI étaient présentes ainsi que l'IDE référente (en période d'essai de 3 mois).

Sur 15 personnels prévus, 5 sont des personnels en CDD soit 33,33 %

De plus, d'après le tableau du personnel transmis, 50 % du personnel titulaire ont moins de 3 ans de présence dans l'établissement.

La direction indique qu'une politique de lutte contre l'absentéisme est en cours d'élaboration en lien avec le siège. Elle souhaiterait que celle-ci permette la reconnaissance de l'assiduité et de l'investissement des salariés.

Remarque n°10 : L'établissement fait face à un fort taux d'absentéisme et à un turn-over important.

La mission note cependant que plus de [REDACTED] salariés AS/AES/ASH/AVS en CDD en 2021 et 2022 sont désormais en CDI.

La mission constate par ailleurs que les agents occupant les fonctions d'auxiliaires de vie sociale et d'agents de service hôteliers (ASH) sont présentés comme ASL de niveau 1 dans le tableau du personnel transmis et dans leur contrat. Les badges de ces agents indiquent également ASL et leurs tenues ne permettent pas une identification de leur fonction entre ASH et AVS.

Remarque n°11 : La non distinction des ASL entre agent de service hôtelier et auxiliaire de vie (badges, tenues), peut porter à confusion quant aux missions qu'ils exercent et supposer des glissements de tâches.

Les difficultés à identifier le personnel soignant de manière générale ont d'ailleurs été évoquées en réunion avec les représentants des familles au CVS en juin 2022. Il avait été répondu que les tenues du personnel allaient changer.

La mission d'inspection n'a pas constaté lors de la visite une meilleure identification du personnel soignant.

4. Coordination des équipes :

Chaque jour en fin de matinée une réunion de transmission est organisée : l'IDEC, les IDE, les AS et les AVS y assistent.

Par ailleurs, un temps d'un quart d'heure est prévu entre 7h et 7h15 pour la transmission entre équipe de nuit et équipe de jour en présence d'une IDE. Ce temps est suivi de la lecture des transmissions écrites. Ce temps de transmissions écrites est porté sur les fiches de tâches des soignants.

Un temps de transmission est également prévu à 20h45 entre l'équipe de jour et de nuit avec l'arrivée de la 1^{ère} soignante de nuit.

L'IDEC réunit le personnel soignant une demi-heure une fois par semaine pour des mises au point sur les pratiques et la gouvernante réunit les ASH tous les lundis.

Ces réunions sont des temps de briefings : l'ordre du jour est construit en fonction des remontées des familles notamment pour ce qui concerne la gouvernante.

En outre, des réunions d'équipe de soignants sont régulièrement organisées. Sur la base des ordres du jour et des feuilles d'émargements transmis à la mission, il apparaît que ces réunions sont des temps d'échange d'informations ou de sensibilisation. Les thèmes abordés sont variés et peuvent concerner entre autres, les congés, le pass vaccinal, l'enquête de satisfaction, l'hygiène bucco-dentaire, les dispositions du plan bleu, les dysfonctionnements et incidents salariés, le rôle managérial des IDE.

5. Formation :

Les plans de développement des compétences transmis font état entre autres des formations suivantes :

- Bionettoyage (Suivi par 9 salariés)
- Formation incendie (41 personnes)
- Politique hôtelière de qualité (12 personnes)
- Rôle managérial de l'IDE (suivi par 3 IDE et l'IDEC)
- Formation ASG pour une AMP
- Cohésion d'équipe (31 personnes) :

Cette formation s'est tenue en octobre 2021 et de janvier à avril 2022.

Il ressort des documents transmis qu'une grande majorité des agents AS/ASH/AVS disposant de plus de 1 an d'ancienneté ont suivi cette formation, ce qui peut être propice à une stabilisation des équipes.

La mission note également qu'une auxiliaire de vie est en formation AS.

Par ailleurs, les plans de développement des compétences ne prévoient pas de formations sur les thèmes de la douleur, la nutrition, la fin de vie, la prévention des escarres, la prévention des chutes.

Remarque n°12 : Les plans de développement des compétences ne prévoient pas de formations relatives à la prise en charge de la personne âgée (douleur, nutrition, fin de vie...).

Enfin, l'ensemble des attestations des formations inscrites au plan de formation n'a pas été transmis.

6. Accueil du nouveau salarié :

Un livret d'accueil est remis au nouveau salarié au moment de la signature de son contrat. Celui-ci présente les valeurs de la Fondation, l'établissement et apporte des informations pratiques relatives aux droits et devoirs des salariés (congés, salaires, respect du règlement intérieur...). D'après les documents transmis, lui sont également remis à son arrivée, le règlement de fonctionnement, le règlement intérieur et la charte de la bientraitance.

Le règlement intérieur de l'établissement est affiché au rez-de-chaussée.

7. Dossier du personnel :

Les dossiers du personnel sont plutôt bien tenus, les pièces essentielles sont présentes (état civil, contrat de travail, diplôme, entretiens professionnels...).

Gestion d'information

Un rapport financier a été transmis avec l'ERRD et comporte les données attendues permettant l'analyse de l'activité.

Concernant le rapport d'activités médicales annuel (RAMA), le dernier en date porte sur l'année 2020, du fait de l'absence de médecin coordonnateur depuis août 2022.

Il reste très incomplet sur les projets personnalisés, l'appel aux partenaires (EMGE, EMSP et EMPP), les réunions de coordination et la partie « synthèse et conclusion ».

Les chiffres concernant les contentions et les chutes ne sont pas non plus analysés.

Globalement, il ne permet pas l'analyse de la prise en charge médicale.

La mission a par ailleurs examiné un échantillon de 5 dossiers de résidents. Ceux-ci sont globalement bien tenus.

La mission constate cependant que des éléments médicaux se trouvaient dans un dossier administratif d'un résident.

Ecart n°7 : La présence données médicales non cachetées dans les dossiers administratifs contrevient au respect du secret médical.

Référence : Article L1110-4 du CSP

L'équipe d'inspection a également pu consulter le registre légal des entrées et des sorties. Celui-ci est à jour et permet de suivre aisément les mouvements des résidents (entrées, hospitalisations, décès).

Bâtiments, espace extérieurs et équipement :

1. Etat et accessibilité des locaux :

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

- Sous-sol : services hôteliers techniques (cuisine, lingerie) et locaux techniques
- Rez-de-chaussée : accueil, services administratifs (bureaux directeur, psychologue, IDEC etc.), poste de soins infirmiers, restaurant, salle d'animation et accueil de jour
- 1^{er} et 2^{ème} étage : 27 chambres, salons d'étage, office avec cuisine, relais infirmier et terrasse
- 3^{ème} étage : 25 chambres, salons d'étage, office avec cuisine, salle de kinésithérapie, relais infirmier et terrasse
- 4^{ème} étage : 1 unité de vie protégée de 23 places, salle à manger, offices avec cuisine, salons d'étage, espace Snoezelen, relais infirmier et terrasse
- 5^{ème} étage : PASA, espace bien-être, balnéothérapie et terrasse

Les locaux sont agréables et dans l'ensemble propres et bien entretenus.



Rez-de-chaussée



Rez-de-chaussée

Un cahier de suivi des réparations et petits travaux quotidiens se situe à l'accueil. Le suivi est sous la responsabilité du responsable maintenance.

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

2. Equipements :

La direction indique que toutes les chambres sont équipées de rails de transfert, et que l'établissement dispose de 8 moteurs de manutention mobile (1 par aile), 2 verticalisateurs et 2 lève-personnes.

Sécurités

L'entrée de la résidence, le sous-sol, l'UVP, le 5^{ème} étage, le poste infirmier et l'accueil de jour sont sécurisés par des digicodes.

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

Les appels malades :

Les chambres sont équipées de système d'appel malade au lit et dans la salle de bain. Les appels sont suivis d'une sonnerie et d'un signal lumineux au-dessus de la porte de la chambre du résident.

L'appel se reporte sur les DECT et dans les relais infirmiers.



Relais infirmier du 2^{ème} étage

La mission d'inspection a testé les appels malades de quelques chambres. La mission constate qu'un des appels n'a été acquitté qu'au bout d'une heure d'après le relevé des appels transmis par la direction. Selon le même document, des appels ne sont également acquittés que plus d'une heure après celui-ci.

Ecart n°8 : En ne répondant pas dans un délai raisonnable aux appels malades, l'établissement contrevient à l'article L311-3 CASF relatif à la sécurité des résidents.

Prises en charge

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

1. Admission :

La procédure d'admission a été transmise. Celle-ci date de 2014, année d'ouverture de l'établissement. La direction indique qu'elle mériterait d'être actualisée. Elle prévoit que le directeur, l'IDEC, le médecin coordonnateur, le psychologue et le référent du résident participent au processus. Une évaluation des besoins du résident est prévue le jour de l'admission et est renouvelée dans les 15 jours, enrichie d'un entretien avec le psychologue et d'une évaluation médicale. Cette dernière doit être menée à nouveau 3 mois après l'accueil du résident.

Elle précise également que les objectifs de la prise en charge et les besoins du résident sont discutés un mois et demi après son arrivée en équipe en lien avec le résident et sa famille. Enfin, la procédure mentionne que le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés sont remis au résident.

2. Projet de vie individualisé :

Les projets de vie sont suivis par les psychologues en lien avec les AS, les IDE et l'IDEC. Ils doivent être réalisés au bout de six mois après l'arrivée du nouveau résident et actualisés tous les ans.

Selon la liste de suivi des PVI fournie par la direction, il apparaît que 24 résidents n'ont pas de PVI dont 15 admis depuis plus de 6 mois.

Par ailleurs, 25 PVI n'ont pas été mis à jour depuis plus d'un an au 1er décembre 2022

La mission note qu'en 2022, 42 PVI ont été réalisés ou mis à jour.

Lors de l'examen de 5 dossiers médicaux de résidents tirés au sort, un seul résident, présent depuis un an, n'avait pas de PVI. Pour les 4 autres, les PVI ont été réalisés à l'entrée ou dans les 6 mois.

Les catégories identifiées du PVI sont :

- La vie sociale, affective et spirituelle
- Le projet de soin et les habitudes de vie
- Le relationnel
- La qualité hôtelière
- L'analyse des besoins et des moyens utilisés par l'équipe pluridisciplinaire

Sont signataires du projet de vie :

- Le résident
- Le professionnel référent
- Le médecin coordonnateur
- Le directeur
- La psychologue
- L'IDE

Rien n'indique dans les documents transmis que les résidents participent à l'élaboration de leur PVI.

Respect des droits des personnes

L'établissement dispose de locaux permettant l'accueil des proches, des aidants et des bénévoles dans de bonnes conditions.

La direction a par ailleurs indiqué que des réunions par petits groupes avec les familles se sont déroulées fin 2021. Elle communique également avec elles via l'envoi de mails périodiques les informant de l'actualité de l'établissement (situation de l'épidémie de covid 19, élection du CVS, arrivée de nouveaux intervenants...).

L'équipe d'inspection a également pu vérifier que la liste des personnes qualifiées était affichée.

En outre, la procédure de préadmission prévoit la désignation de la personne de confiance. Les résidents et leur famille sont informés de la possibilité de conserver chéquier, argent liquide, bijoux et tout autre objet précieux dans un coffre mis à leur disposition.

Vie sociale et relationnelle

1. Restauration :

La restauration est assurée par un prestataire extérieur, [REDACTED]

Les horaires des repas sont les suivants :

Petit-déjeuner : 8 heures

Déjeuner : 12h30

Gouter : 16h

Diner : 18h30

Des collations de nuit sont données systématiquement aux résidents de l'UVP et proposés aux résidents des autres étages.

Une diététicienne libérale intervient tous les mardis et suit tous les résidents (pesée mensuelle).

Les besoins en compléments nutritionnels oraux pour chaque résident sont précisés aux étages (documents signés par la diététicienne). Les textures pour chaque résident (normal, haché, mixé) sont également affichés (dans les étages, sur un chevalet au nom du résident sur les tables du restaurant au rez-de-chaussée).

Il a été par ailleurs indiqué à la mission qu'il existait un menu de substitution.

La direction précise qu'une commission restauration se tient tous les semestres. Une commission devait se tenir le 20 décembre.

Le compte rendu de la commission des menus d'octobre 2021 est affiché à l'entrée du restaurant. Elle s'est tenue en présence du prestataire de la restauration et de représentants de l'établissement (la gouvernante, la diététicienne, la psychomotricienne, des stagiaires animateurs et un volontaire du service civique).

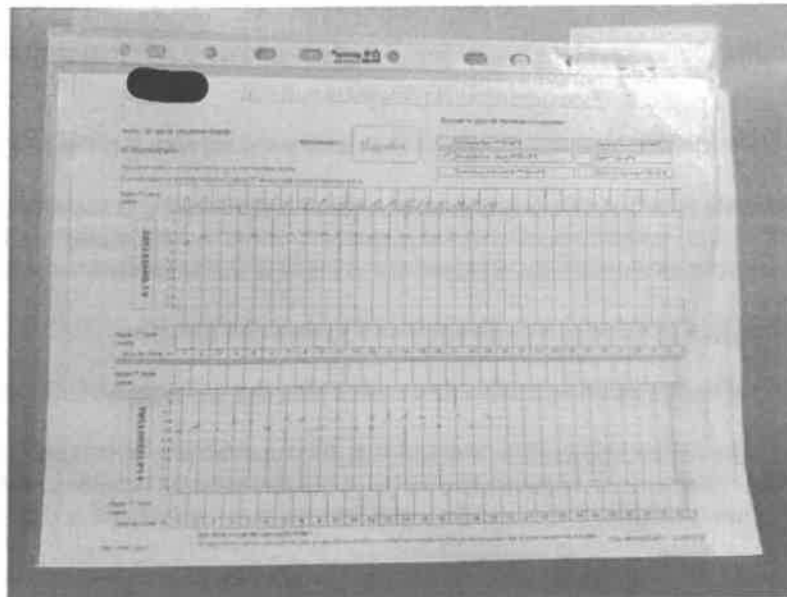
En outre, il ressort des compte - rendus de CVS que le remplacement d'un chef cuisinier qui ne donnait pas satisfaction a permis une amélioration de la qualité des repas.

De plus, un cahier de suggestion est mis à disposition par le prestataire au rez-de-chaussée. Le chef cuisinier appose son visa devant chaque remarque formulée.



Il est par ailleurs à noter que sur les fiches de tâches hebdomadaires des AS et des AVS, il est indiqué que le soignant doit surveiller le déroulé du repas (résidents à risque, surveillance alimentation et hydrique) et vérifier les textures et les régimes servis.

En outre, la mission a constaté que le contrôle de température des chambres froides n'est plus tracé depuis le 19 novembre 2022.



Par ailleurs, un réfrigérateur au 1^{er} étage affichait une température de 11°C.



Remarque n°13 : Le contrôle de température des chambres froides n'est plus tracé depuis le 19 novembre 2022 et un réfrigérateur au 1^{er} étage affichait une température de 11°C.

2. Animation :

Une commission animation se tient régulièrement : le compte rendu de celle qui s'est tenue en juillet 2022 est affiché dans le hall. Elle est l'occasion de faire un bilan des activités passées et une présentation des activités à venir. Il en ressort que les résidents sont satisfaits des animations proposées.

Le programme d'animation de la semaine du 12 décembre est affiché dans le hall. Des animations spécifiques pour les résidents de l'UVP sont également prévues. L'animation est assurée par une animatrice présente à mi-temps, la psychologue, des bénévoles et des stagiaires en animation. Jusqu'en décembre, des volontaires en service civique assuraient les animations le week-end. La mission constate cependant qu'aucune sortie à l'extérieur n'est programmée.

Il est par ailleurs noté qu'un piano et un juke-box sont à disposition au rez-de-chaussée.

Remarque n°14 : Aucune animation n'est proposée le week-end depuis décembre en l'absence de volontaires en service civique et aucune sortie à l'extérieur n'est programmée.

Vie quotidienne. Hébergement

Les chambres :

Les chambres sont équipées de placards, d'étagères, d'une table, d'une table de chevet, d'un fauteuil et d'une chaise.

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

Les résidents ont la possibilité d'amener leur mobilier personnel et de décorer leur intérieur. Une des chambres visitées était équipée d'un matériel informatique avec accès à internet.

Le linge :

Le linge des résidents est traité en interne. 2 lingères sont employées dans l'établissement. Le linge plat est géré par un prestataire extérieur.

Des dysfonctionnements concernant le traitement du linge ont été remontés lors de la réunion post CVS du 20 juin 2022 (disparition, linge rangé dans la chambre d'un autre résident...) mais il a été constaté que depuis l'arrivée de la 2ème lingère en avril, la situation s'est améliorée.

Les soins de nursing/changes :

Un tableau de répartition de soins de nursing entre soignants (AS/AVS) avec horaires de changes est établi par étage. Ce tableau est affiché dans les relais infirmiers et est accroché aux chariots de soins.

En moyenne les résidents bénéficient de deux douches par semaine.

Soins

1. Locaux de soins :

L'infirmier se situe au rez-de-chaussée et comporte :

- 1 point d'eau
- 2 armoires de médicaments usuels
- 1 coffre de stupéfiants fermé à clefs
- 2 chariots à médicaments
- 1 chariot d'urgence scellé avec 1 défibrillateur
- 1 extracteur d'oxygène

Le local est sécurisé par un code d'accès.

Des relais infirmiers, présents à chaque étage, sont des espaces de pause et de stockage de matériel hygiène et savon.

2. Intervention des médecins et personnels paramédicaux libéraux :

La direction a transmis un tableau des médecins traitants intervenant dans l'établissement au 16 décembre. Ceux-ci sont au nombre de 17. 2 médecins indiqués dans le tableau ne suivent aucun des résidents présents le jour de l'inspection ; 2 médecins non référencés sur la liste des médecins suivent chacun un résident. Il a été par ailleurs indiqué que ces médecins n'avaient pas signé de contrats d'intervention avec l'EHPAD.

Il ressort du tableau que 39 résidents n'ont pas de médecin traitant et qu'un médecin suit $\frac{1}{4}$ des résidents. Il a été indiqué à la mission que l'ancien médecin coordonnateur suivait un nombre important de résidents, ce qui explique la part conséquente de résidents sans médecin traitant depuis son départ.

La Responsable médicale de la Fondation a indiqué à la mission qu'en l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement faisait appel aux urgences médicales de Paris et au service de télé médecine Toktokdoc pour renouveler des ordonnances. Il a été par ailleurs constaté que les sollicitations d'acteurs de proximité d'abord par l'EHPAD puis par l'ARS après l'inspection (centre de santé du Canal et la CPTS 19) n'avaient pas abouti.

En outre, Il est constaté que la commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie depuis 2020.

Ecart n°9 : L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.

De plus, le CVS relève des dysfonctionnements dans la transmission d'informations relatives à la prise en charge des résidents :

- Des résidents ne connaissent pas leur médecin traitant
- Il arrive qu'une personne ne sait pas où son proche résident est hospitalisé
- Des résidents peuvent ne pas savoir à quel intervenant s'adresser

La direction a répondu avoir pris note de ces dysfonctionnements en terme de communication.

Pour ce qui est de l'intervention de professionnels paramédicaux, 3 kinésithérapeutes interviennent dans l'EHPAD. Seul un kinésithérapeute a signé un contrat. Deux pédicures interviennent dans l'établissement. Il est par ailleurs à noter qu'il a été proposé aux résidents un bilan auditif et visuel gratuit en 2021 et 2022.

Remarque n°15 : L'ensemble des résidents (40 %) n'est pas suivi par un médecin traitant.

Ecart n°10 : L'ensemble des intervenant libéraux n'a pas signé de contrats d'intervention avec l'établissement.

Reference : Article R313-30-1 CASF

3. Circuit du médicament :

L'établissement dispose d'une procédure du circuit du médicament. Celle-ci a été rédigée par l'ancien médecin coordonnateur.

Des délégations d'administration des médicaments aux aides-soignantes sont possibles sous la responsabilité de l'IDE sauf pour l'UVP. La procédure énumère certains traitements pour lesquels la délégation n'est pas autorisée.

Il ressort des entretiens que seuls les traitements de nuit sont délégués aux AS après vérification par l'IDE.

L'EHPAD travaille avec l'officine « Conservatoire Paris 17ème » dans le cadre d'une convention mise à jour le 3 mars 2022 et signée par le directeur de l'EHPAD et le titulaire de l'officine.

La pharmacie prépare pour chaque patient et pour un mois les médicaments mis sous blisters et également les médicaments hors blisters. Le nom du résident est présent sur le pilulier. Les ordonnances sont scannées par l'EHPAD et transmises à l'officine. Les livraisons régulières sont faites une fois par semaine, le jeudi. Chaque semaine, l'ensemble des traitements est renouvelé pour un étage. La pharmacie reste par ailleurs accessible et une livraison est possible tous les jours pour les urgences. La livraison est remise à l'IDE et non à l'accueil.

C'est l'IDE référente qui s'occupe des ordonnances et de la relation avec l'officine.

Par ailleurs, un classeur contient les prescriptions en cours de tous les résidents. Les ordonnances sont ensuite archivées dans les dossiers résidents.

La procédure pour le stock tampon n'a pas été communiquée.

Il existe également un protocole national de la Fondation pour le circuit des médicaments stupéfiants en date du 6 août 2018.

Un coffre sécurisé pour les stupéfiants, dont la clef est conservée par l'IDEC, se trouve dans la pharmacie.

4. Support de transmission :

Actuellement, il existe plusieurs supports :

- Un classeur papier par résident qui contient les archives du dossier patient
- Un classeur papier de tous les résidents qui contient les dernières ordonnances des résidents.
- Un dossier informatique par résident géré sous le logiciel Osiris™. Les informations sont saisies par tous les soignants.

L'EHPAD va remplacer en janvier le logiciel actuel par le logiciel [REDACTED]. Il a été indiqué à la mission que cela va nécessiter que toutes les informations soient ressaisies mais que ce changement est néanmoins très attendu dans la mesure où seul un médecin traitant accepte de saisir sur [REDACTED] actuellement. En effet, l'EHPAD pense améliorer ce taux de remplissage avec le passage sous [REDACTED] plus simple et permettant un accès aux dossiers des résidents depuis n'importe quel ordinateur via un identifiant internet. A défaut de saisie par les médecins traitants, cette tâche incombe aux IDE.

5. Protocoles :

Les classeurs de procédure (chutes, escarres, dénutrition...) sont disponibles dans le poste de soins principal situé au rez-de-chaussée et dans les relais infirmiers aux étages.

En outre, un document « Manuel des démarches IDE /AS en situation d'urgence » a été transmis. Il date du 14 janvier 2014. Il reprend 20 situations de symptomatologies (douleurs thoraciques, douleurs abdominales, céphalées, vomissements...) et les conduites à tenir.

6. Dossier de liaison d'urgence :

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) comporte quatre volets :

- Un volet administratif
- Un volet médical
- Un volet transmission
- Un volet thérapeutique

Il est stocké informatiquement et consultable sur le logiciel MedSphere™. Il n'est pas sorti systématiquement en version papier car tous les soignants y ont accès 24 heures / 24 avec un mot de passe.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

L'établissement a transmis la convention avec l'Hôpital Bretonneau et Bichat-Claude Bernard, établissements supports de la filière gériatrique Paris Nord-Ouest.

L'établissement dispose par ailleurs d'une convention avec l'URPS IDE Île de France pour l'intervention d'IDE dans le cadre d'une astreinte la nuit de 21H à 7H.

Les IDE interviennent soit dans le cadre d'une continuité des soins infirmiers au cours de la nuit sur la base d'une prescription médicale, soit dans le cadre d'une situation d'urgence.

L'établissement a également passé une convention avec l'AP-HP pour l'hospitalisation à domicile et pour l'intervention d'équipe mobile de gériatrie externe (équipe mobile de l'hôpital Bretonneau).

Concernant les soins palliatifs, une convention a été signée le 13 janvier 2015 entre l'établissement et le réseau [REDACTED]

Il a été précisé que le réseau n'a pas été sollicité au cours de l'année 2022.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	L'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur. Référence : Article D312-156 du CASF.
E2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement actualisé, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.
E3	Le plan bleu transmis n'est pas actualisé et ne comporte pas toutes les dimensions obligatoires, ce qui contrevient à l'article D.312-160 du CASF.
E4	L'absence de présentation d'une analyse des EIG de l'établissement au CVS contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
E5	L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation interne et externe depuis son ouverture, ce qui contrevient à l'article L312-8 du CASF.
E6	L'ensemble des EIG n'est pas transmis à l'ARS <u>et</u> à la Ville de Paris. Référence : Article L331-8-1 du CASF.
E7	La présence de données médicales non cachetées dans des dossiers administratifs contrevient au respect du secret médical. Référence : Article L1110-4 du CSP.
E8	En ne répondant pas dans un délai raisonnable aux appels malades, l'établissement contrevient à l'article L311-3 CASF relatif à la sécurité des résidents.
E9	L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
E10	L'ensemble des intervenant libéraux n'ont pas signé de contrats d'intervention avec l'établissement. Référence : Article R313-30-1 CASF.

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
R1	L'activité réalisée pour l'hébergement temporaire est nettement inférieure à la cible d'activité prévue dans les CPOM.
R2	Le personnel dédié au PASA est insuffisant pour assurer un fonctionnement en continu de ce dispositif.
R3	La procédure « Information et intervention du personnel d'astreinte » n'est pas à jour
R4	L'absence de CODIR EHPAD/siège et de comptes - rendus systématiques des réunions entre l'EHPAD et le Pôle Dépendance ne permet pas d'attester d'un soutien régulier de l'organisme gestionnaire vis-à-vis de l'EHPAD.
R5	L'absence de médecin coordonnateur et de responsable RH impacte fortement l'organisation interne de l'établissement avec des responsables fortement mobilisés sur des tâches qui ne relèvent pas de leurs missions premières empêchant ainsi une communication optimale au sein de l'établissement.
R6	Les plans de développement des compétences transmis ne prévoient pas de formation sur le thème de la bientraitance pour l'ensemble du personnel et sur l'analyse des pratiques.
R7	L'établissement ne dispose pas de registre des réclamations et le suivi de celles-ci n'est pas formalisé.
R8	L'ensemble des EIG ne font pas l'objet d'un retour d'expérience systématique et les retours d'expérience n'alimentent pas le plan d'amélioration continue de la qualité.
R9	Il n'existe pas de suivi formalisé des événements indésirables.
R10	L'établissement fait face à fort taux d'absentéisme et à un turn-over important.
R11	La non distinction des ASL entre agents de service hôtelier et auxiliaire de vie (badges, tenues), peut porter à confusion quant aux missions qu'ils exercent et supposer des glissements de tâches.
R12	Aucune formation relative à la prise en charge des personnes âgées n'est inscrite au plan de développement des compétences.
R13	Le contrôle de température des chambres froides n'est plus tracé depuis le 19 novembre 2022 et un réfrigérateur au 1 ^{er} étage affichait une température de 11°C.
R14	Aucune animation n'est proposée le week-end depuis décembre en l'absence de volontaires en service civique et aucune sortie à l'extérieur n'est programmée.
R15	L'ensemble des résidents n'est pas suivi par un médecin traitant.

Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD « Alice GUY » géré par la Fondation « COS Alexandre Glasberg » s'est déroulée le 16 décembre 2022 dans de bonnes conditions. Le directeur, en congés ce jour-là, s'est rendu rapidement sur site. De même, malgré l'organisation l'après-midi de la fête de Noël en présence des familles des résidents, les équipes se sont montrées très disponibles avec la mission d'inspection. La restitution s'est déroulée en présence de la Direction générale de la Fondation.

La mission d'inspection a relevé de nombreux points

- Des locaux agréables, conviviaux, spacieux et bien entretenus
- Un EHPAD qui apparaît comme un véritable lieu de vie
- Une équipe encadrante soudée
- Des salariés investis
- Un CVS dont le fonctionnement en fait une véritable instance de dialogue avec les familles

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

- Gouvernance :

o Conformité aux conditions de l'autorisation :

- Un taux d'occupation de l'hébergement temporaire très insuffisant
- Un personnel dédié au PASA insuffisant pour assurer un fonctionnement en continu du dispositif

o Management et Stratégie :

- Une absence de médecin coordonnateur
- Un projet d'établissement qui n'a pas été actualisé depuis l'ouverture de l'établissement
- Un plan bleu non actualisé et qui ne comporte pas toutes les dimensions obligatoires
- Une absence de réunions formalisées entre le siège et l'EHPAD qui ne permet pas de constater que l'organisme gestionnaire est en appui de l'EHPAD notamment en cas de difficultés

o Gestion de la qualité

- Une formation insuffisante du personnel à la bientraitance
- Une absence d'évaluation interne et externe depuis l'ouverture de l'établissement

o Gestion des risques et des événements indésirables graves

- Une absence de suivi formalisé des réclamations
- Une transmission des événements indésirables graves à la Ville de Paris et des retours d'expérience de ces derniers non systématiques
- Des retours d'expérience parfois incomplets et n'alimentant pas le plan d'amélioration continue de la qualité
- Une absence de suivi formalisé des événements indésirables

- Fonctions support :

o Gestion des ressources humaines :

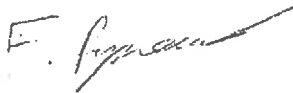
- Un turn-over et un absentéisme important

- Des salariés dont la qualification entre personnel soignant et personnel hôtelier n'est pas clairement définie
 - Des salariés insuffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées
 - Une absence de médecin coordonnateur et de responsable des ressources humaines qui impacte fortement l'organisation interne de l'établissement avec des responsables présents fortement mobilisés sur des tâches qui ne relèvent pas de leurs missions premières.
-
- Bâtiments, espace extérieurs et équipement :
 - o Sécurité :
 - Une prise en charge des appels malades défaillante (délai de réponse dépassant parfois 1 heure)
-
- Prises en charge :
 - o Soins :
 - 40 % des résidents ne disposent pas de médecin traitant

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

Paris, le 28 avril 2023

La chargée de contrôle
des ESMS parisiens, Sous-direction de
l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville
de Paris



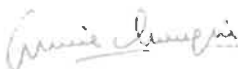
Fanny REYNAUD

La chargée de contrôle
des ESMS parisiens, Sous-direction de
l'Autonomie, Direction des Solidarités, Ville
de Paris



Firyel ABDELJAOUAD

La responsable du Département Prévention
et Promotion de la Santé
Délégation départementale de Paris de
l'Agence régionale de Santé Île-de-France



Docteur Corinne CHOURAQUI

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
Covid : Corona Virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
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/EIG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
EMGE : Equipe mobile de gériatrie externe
EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité
EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs
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
PVI : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Paris

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

Affaire suivie par : Fanny REYNAUD
Courriel : fanny.reynaud@paris.fr
& ars-ds75-medico-social@ars.sante.fr
Téléphone : 01 43 47 73 56

Madame Wendy ABITBOL, cheffe de projet inspections EHPAD, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France

Docteur Corinne CHOURAQUI, inspectrice ARS ayant la qualité de médecin, responsable Département Prévention et Promotion de la Santé, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France

Madame Anissa FARO, chargée de mission Prévention et Promotion de la Santé, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Ile-de-France

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

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

Madame Florence THIBAUT, stagiaire EN3S, Délégation départementale de Paris de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

Paris, le 7 décembre 2022

Mesdames,

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 également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

13 rue du Landy
93206 Saint-Denis
Tél. 01 44 02 99 00
laes@ars.sante.fr

84,96 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél. 01 43 47 77 77
paris.fr

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Alice Guy » (FINESS 750048381) situé au 10 rue de Colmar à 75019 Paris, géré par la fondation « COS Alexandre GLASBERG », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

La mission comprendra :

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

- Madame Wendy ABITBOL, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Docteur Corinne CHOURAQUI, désignée en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Madame Anissa FARO, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;

Pour sa composante Ville de Paris :

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

La mission sera accompagnée de Madame Florence THIBAUT, stagiaire EN3S, affectée à la délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **16 décembre 2022 à 8h30**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France



Pour la Maire de Paris et par délégation,



Servanne JOURDY
adjointe de la sous-directrice de l'autonomie

Annexe 2 : Liste des documents demandés.

16/12/2022
EHPAD COS ALICE GUY

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

Documents à remettre immédiatement :

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

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- Gouvernance				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	Oui	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB	Oui	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	Oui	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Pas d'adjoint	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Oui	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Oui	
7	Planning des astreintes depuis le 1er janvier 2022	Clé USB	Oui	
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	Oui	
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2020/2021/2022	Clé USB	Oui	
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022	Clé USB	Pas de compte rendu de CODIR	
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022	Clé USB	Pas de compte rendu	
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB	Emargement	
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Oui	
14	Outils loi 2002 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB	Oui	
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	Pas d'évaluation externe et interne	
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	Oui	
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022	Clé USB	Mails	
18	Projet d'établissement	Clé USB	Oui	
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Oui	
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	Oui	
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	Oui	

22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	Oui	
II	Fonction support			
23	Liste nominative des personnels CDD en 2021 et janvier à novembre 2022	Clé USB	Oui	
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel et non pdf</i>)	Clé USB	Oui	
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB	Oui	
26	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Clé USB	Oui	
27	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	Oui	
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	Oui	
29	Dossiers RH des salariés	Consultation	Oui	
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation		
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	Oui	
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	Oui	
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022)	Clé USB	Oui	
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	Oui	
35	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	Oui	
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	S/O	
37	Factures 2020 et 2021 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	Oui	
III- Prise en charge				
38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	Clé USB	Oui	
39	Procédure d'admission	Clé USB	Oui	
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Oui	
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	Oui	

42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	Oui	
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Clé USB	Pas de commission gériatrique en 2021 et 2022	
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	Oui	
45	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	Oui (2022)	
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB	Oui	
47	Les fiches de tâches horaires et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	Oui	
48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	Oui	
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	Oui pour 1 kiné	
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	Oui	
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Oui	
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	Oui	
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	Oui	
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	Oui	
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Non	
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021 et de janvier à novembre 2022	Clé USB	Oui	
57	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	Oui	
58	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	Oui	
59	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	Oui	
IV- Relations avec l'extérieur				
60	Dernier Plan bleu	Clé USB	Oui	
61	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Oui	
62	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	Oui	

Les pièces manquantes devront être transmises dans les meilleurs délais aux adresses mail suivantes :

fanny.reynaud@paris.fr

& ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr

en mettant en objet : Documents Inspection EHPAD COS ALICE GUY

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection.

- Directeur
- IDEC
- IDE
- AES
- ASG
- ASH
- Psychologue
- Animatrice coordinatrice
- Membres du CVS
- Gouvernante
- Personnels de cuisine
- Responsable médicale de la Fondation

