



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



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

Ville de Paris

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD
ALQUIER DEBROUSSE**

**1 Allée Alquier Debrousse
75020 Paris
N° FINESS 750801607**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2023_IDF_000193

Contrôle sur place les 26 et 27 avril 2023

Mission conduite par

- Madame Nathalie LECOEUR, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordinatrice de la mission d'inspection, ARS IDF ;
- Madame Marjolaine GARONNAIRE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS IDF ;
- Madame Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin, désignée en qualité d'inspectrice par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, ARS IDF ;
- Madame Dominique GRUJARD, 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. 132-2 du CASF par la 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. 132-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Cassandra ROCHETTE, 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. 132-2 du CASF par la Ville de Paris,

Accompagnée par

- Madame Angélique VARLET , référente régionale EHPAD à la Direction de l'autonomie et stagiaire ICARS en formation à l'école des hautes études en santé publiques (EHESP).

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

SYNTHESE	4
INTRODUCTION.....	5
CONTEXTE DE LA MISSION D'INSPECTION.....	5
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	6
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT.....	7
CONSTATS	10
1. GOUVERNANCE	11
CONFORMITE AUX CONDITIONS DE L'AUTORISATION.....	11
MANAGEMENT ET STRATEGIE	19
ANIMATION ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES.....	25
GESTION DE LA QUALITE	26
GESTION DES RISQUES, DES CRISES ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES.....	28
2. FONCTIONS SUPPORT	30
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	30
GESTION D'INFORMATION.....	43
BATIMENTS, ESPACE EXTERIEURS ET EQUIPEMENT.....	45
SECURITE.....	49
3. PRISES EN CHARGE	52
ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADMISSION A LA SORTIE	52
RESPECT DES DROITS DES PERSONNES	56
VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE	58
VIE QUOTIDIENNE. HEBERGEMENT :	59
SOINS	64
4. RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR.....	72
COORDINATION AVEC LES AUTRES SECTEURS.....	72
RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES.....	74
ÉCARTS	74
REMARQUES	75
CONCLUSION	76
GLOSSAIRE	77
ANNEXES.....	78
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION DES AGENTS CHARGES DU CONTROLE.....	78
ANNEXE 2 : LISTE DES DOCUMENTS DEMANDES ET RELEVÉ DES DOCUMENTS TRANSMIS.....	80
ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA MISSION.	86

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). Cette inspection s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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, dans une catégorie de risque élevé.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopinée, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

1. Gestion des ressources humaines
2. Gestion d'information
3. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
4. Sécurités

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Respect des droits des personnes
3. Vie sociale et relationnelle
4. Vie quotidienne - Hébergement
5. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

1. Coordination avec les autres secteurs

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'équipe d'inspection a fait le constat de manquements graves qui affectent l'organisation, le fonctionnement de l'EHPAD Alquier Debrousse et qui sont de nature à faire courir des risques aux personnes vulnérables hébergées. Il s'agit notamment des manquements suivants :

• Gouvernance

- Un manque de culture de la déclaration et de l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables
- Une unité d'hébergement renforcée qui ne répond ni aux besoins des résidents ni à la réglementation

• Fonctions supports

- Une confusion institutionnalisée des qualifications et compétences des personnels soignants, entraînant des glissements de tâches dont l'exercice illégale de la profession d'IDE et une présence aléatoire de personnels diplômés auprès du résident.
- Une qualité d'entretien des locaux inégale et présence de souris dans l'établissement créant un risque sanitaire.

• Prise en charge

- Une organisation et un fonctionnement de l'établissement qui ne garantissent pas le plein exercice de leurs droits par les résidents.
- Un non-respect de plusieurs obligations réglementaires et bonnes pratiques de soins ne permettant pas de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE, situé 1 allée Alquier Debrousse, 75020 Paris, n° FINESS 750801607 dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

L'EHPAD « ALQUIER DEBROUSSE » est un établissement public territorial géré par le Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP). L'établissement dispose actuellement de 322 places d'hébergement permanent dont une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places. Toutes les places sont habilitées à recevoir des résidents bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD en catégorie de risque élevé en lien avec la capacité importante de l'établissement et à l'analyse des signaux des deux dernières années.

1. Les réclamations des familles mais aussi de salariés de l'établissements font état :

- D'une communication difficile entre l'établissement et les familles,
- D'une prise en charge médicale dégradée incluant des erreurs médicamenteuses,
- De possibles situations de maltraitance d'origine institutionnelle,
- De prestations d'hébergement insuffisantes et/ou insatisfaisantes.

2. Les événements indésirables et dysfonctionnements déclarés par l'établissement portent sur :

- Des erreurs médicamenteuses,
- Des infections collectives respiratoires et digestives itératives,
- Des problèmes majeurs de communication avec les familles et notamment trois conflits ouverts ayant entraîné trois plaintes déposées auprès des autorités judiciaires.

Au regard de ces éléments, une inspection conjointe ARS-VDP est diligentée sur les axes suivants :

1. La prise en charge médicale et soignante, dont le circuit du médicament ;
2. La gouvernance, le pilotage et la gestion des ressources humaines ;
3. Le respect des droits des usagers et la lutte contre la maltraitance ;
4. Les prestations d'hébergement.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) les 26 et 27 avril 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines
2. Gestion d'information
3. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
4. Sécurité

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Respect des droits des personnes
3. Vie sociale et relationnelle
4. Vie quotidienne - Hébergement
5. Soins

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

1. 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**.

La liste des personnes entendues par la mission figure en **annexe 3**

Présentation de l'établissement

Situé au 1 allée Alquier Debrousse, 75020 Paris, l'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE est géré par le Centre d'Action Sociale de la ville de Paris (CASVP) situé 5 boulevard Diderot, 75012 Paris.

L'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE est une institution historique. Madame Marie Catherine Debrousse, veuve du baron Charles Arthur Alquier, décédée le 18 octobre 1883, a légué à l'Assistance publique de Paris une partie de sa fortune pour construire « un Hospice à Paris, laquelle fondation portera le nom d'Hospice Debrousse ». Inauguré en juillet 1892, l'hospice Debrousse est situé dans le 20^e arrondissement de Paris, rue de Bagnolet. Il accueille des indigents parisiens, hommes et femmes, âgés d'au moins 70 ans ou atteints d'une infirmité.

- Le décret du ministère de la Santé Publique n° 72-1274 ; JO du 13 janvier 1973 porte rattachement de l'hospice Debrousse au bureau d'aide sociale de Paris.
- La maison de retraite ALQUIER DEBROUSSE a ouvert le 19 février 1982 et bénéficie par arrêté préfectoral du 17 mai 1994 d'une autorisation de médicalisation « à hauteur d'une capacité de 450 lits de section de cure médicale ».
- Le 27 mars 2003, le centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP) est autorisé par arrêté préfectoral à gérer l'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE.
- Le 9 février 2004, le préfet de Paris autorise 15 places d'accueil de jour en sus dans le cadre de la convention tripartite (CTP) du 29 octobre 2003 signée entre l'Etat, le département de Paris et le CASVP.
- A la demande du CASVP, l'ARS et la ville de Paris autorisent la diminution de la capacité à 325 places par l'arrêté 2014-62 dans le cadre de travaux de restructuration des locaux.
- Le 9 mars 2017, le CASVP demande à l'ARS une diminution capacitaire de trois places dans le cadre des travaux de restructuration visant à la création d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 14 places. Par arrêté conjoint n° 2017-230 l'ARS et la Ville de Paris autorisent la diminution capacitaire le 24 juillet 2017. Cet arrêté ne remet pas en cause l'autorisation accordée à l'EHPAD pour 15 ans à compter du 3 janvier 2017.



L'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE dispose aujourd'hui de 322 places en hébergement permanent. Il est totalement habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Située dans le 20^e arrondissement, au cœur d'un grand parc arboré de 3 300 m², la résidence Alquier Debrousse, constituée de trois pavillons entièrement rénovés en 2009, dispose de 304 chambres individuelles et 9 chambres doubles.

Des travaux importants d'amélioration du confort de vie ont été réalisés dans chaque pavillon. Les chambres ainsi rénovées sont toutes équipées d'un cabinet de toilette avec WC et douche individuelle, de prises de téléphone et de télévision. Les chambres meublées de 16 à 25 m² sont équipées d'un lit médicalisé, d'une penderie et d'une salle d'eau avec douche adaptée aux personnes à mobilité réduite. Chaque résident peut personnaliser la décoration de sa chambre. Toutes les chambres disposent également d'un dispositif d'appel d'urgence, de prises de téléphone et de télévision.

L'EHPAD est conçu pour accueillir 92 personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer. Le bâtiment CHOPIN comporte quatre unités de vie protégée (UVP) avec au total 78 places et le bâtiment MOZART dispose en rez-de-chaussée d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places.

Dans le cadre de la négociation du CPOM 2023-2027, les coupes Pathos et GIR ont été actualisées :

- Le GMP s'élève à 742 (04/07/2022)
- le PMP à 248¹. (27/06/2022)

Le GMP est comparable à la médiane des EHPAD d'Ile-de-France mais la charge en soin est supérieure de 11%.

La mission a demandé un relevé du PMP et GMP par unité d'hébergement au jour de l'inspection. En effet, au regard de la capacité de l'établissement, de la disparité des besoins en soins et d'accompagnement des résidents en fonction des unités d'hébergement, cette échelle permet une analyse plus fine de la prise en charge des personnes âgées.

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 740 et 222 (TdB ANAP données 2021)

Au jour de l'inspection, la répartition s'établit comme suit avec un taux d'occupation de 92% :

Bâtiment	Étage	Nom d'unité	Type d'unité	Nombre de places	Nombre de résidents	GMP	PMP
CHOPIN	2	C2	UVP	20	19	817,14	132
CHOPIN	3	C3	UVP	20	20	838,00	184
CHOPIN	4	C4	UVP	19	19	824,21	100
CHOPIN	5	C5	UVP	19	17	837,65	206
BACH	0	B0	CLASSIQUE	24	23	631,30	187
BACH	1	B1	CLASSIQUE	27	23	685,83	179
BACH	2	B2	CLASSIQUE	31	26	687,31	143
BACH	3	B3	CLASSIQUE	27	27	681,48	239
BACH	4	B4	CLASSIQUE	30	24	719,17	167
MOZART	UHR	UHR	UHR	14	12	773,33	221
MOZART	0	M0	CLASSIQUE	7	6	490,00	234
MOZART	1	M1	CLASSIQUE	27	24	789,17	256
MOZART	2	M2	CLASSIQUE	27	27	680,74	168
MOZART	3	M3	CLASSIQUE	30	29	717,24	219

- Le GMP a pour bornes : 490 (M0) et 838 (C3).
- Le PMP a pour bornes : 100 (C4) et 256 (M1).

Les résidents accueillis en 2021 et 2022 (rapports d'activité) étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
2021	16%	37,82%	17,45%	19,64%	9,1%
2022	14,2%	45,5%	20,6%	17%	1,8%
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

L'EHPAD participe à une expérimentation portant sur « la plus-value d'un animateur en sport adapté » dans les EHPAD, l'expérimentation est financée par la Ville de Paris.

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD ALQUIER DEBROUSSE		
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP)		
Numéro FINESS géographique	750801607		
Numéro FINESS juridique	750720583		
Statut juridique	Etablissement public territorial		
Option tarifaire	Tarif global		
PUI	Avec PUI PUI centrale pour les EHPAD du CASVP autorisée par arrêté du 2 novembre 2017.		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	322	322
	Dont UHR	14	14
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	La totalité : 322		

		Année	Réévaluation
PMP Validé	248	En 2022	2027
GMP Validé	742	En 2022	2027

Source CPOM 2023-2027

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.

La grille est renseignée de la façon suivante :

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

1. Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

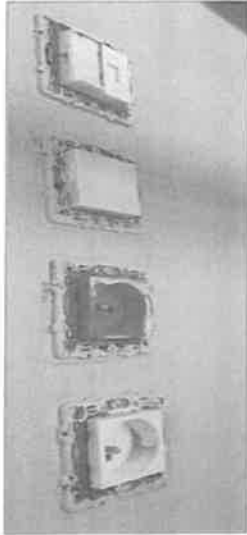
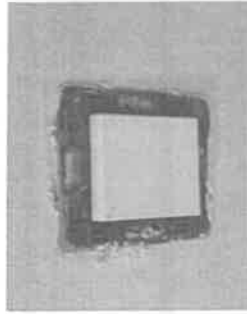
N° IGAS	OBSERVATIONS							
1.1.1.1 Le statut juridique de la structure	L'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE est un établissement public territorial rattaché au centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP). L'établissement fait partie des 15 EHPAD gérés par la Ville, rattachés au pôle « opérateur » du service des EHPAD. Une fois par mois, le CASVP réunit les directeurs d'établissement pour des réunions d'information et d'échanges. Les directeurs adjoints « ressources » sont réunis tous les deux mois. L'autorisation a été renouvelée pour 15 ans en date du 3 janvier 2017 L'établissement est autorisée pour 308 places en hébergement permanent et 14 en unité d'hébergement renforcée (UHR) soit un total de 322 places autorisées et installées, toutes habilitées à l'aide-sociale (ASH). Au jour de la visite le taux d'occupation est de 92%							
1.1.1.2 Conformité aux conditions de l'autorisation	<table><tr><td rowspan="2">TO</td><td>31/12/2019</td><td>31/12/2020</td><td>31/12/2021</td></tr><tr><td>95%</td><td>86%</td><td>86%</td></tr></table> Ecart n°1 : Le taux d'occupation actuel est inférieur au taux cible, réglementaire de 95% ce qui contrevient à l'article R. 314-160 du CASF et à l'arrêté du 28 septembre 2017. L'établissement n'a pas communiqué le procès-verbal de conformité d'accessibilité PMR ni le PV de réception des travaux destinés à l'adaptation de l'EHPAD aux différents handicaps prévus de 2015 à 2024⁴ et transmis à la mission. La convention tripartite 2016-2021 est maintenant obsolète. Aucun état de réalisation des objectifs de la convention tripartite, demandé par la mission, n'a été communiqué. La négociation du premier CPOM de l'établissement est en cours. Il devrait être signé au plus tard le 31 décembre 2023 avec date d'effet au 1^{er} janvier 2023. Le document transmis à la mission n'est pas un projet de service d'UHR. Il s'agit du cahier des charges, rédigé en 2010, pour la demande d'autorisation de l'unité. Ecart n°2 : Il n'existe pas de projet spécifique pour l'unité d'hébergement renforcée. (D312-155-0-2 du CASF). L'établissement dispose d'une UHR située au rez-de-chaussée du pavillon Mozart. Elle est composée de 14 chambres individuelles chacune dotée d'une salle d'eau avec douche, d'une salle à manger avec coin cuisine, d'un salon, d'un poste de soin, d'une salle de réunion, d'un local linge, d'un local ménage, de salles d'activités et de psychomotricité, d'un bureau polyvalent, d'une salle Snoezelen, d'un jardin sécurisé.	TO	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	95%	86%	86%
TO	31/12/2019		31/12/2020	31/12/2021				
	95%	86%	86%					
1.1.1.5 Convention tripartite ou CPOM								
1.1.2.2 L'unité d'hébergement renforcée (UHR)								

⁴ Les deux premières tranches de travaux prévus devraient être réceptionnées au regard des documents transmis.

N° IGAS	OBSERVATIONS
	 Photo n° 1 : UHR -  Photo n° 2 : UHR -  Photo n° 3 : UHR - bureau polyvalent  Photo n° 4 : UHR- chambre  Photo n° 5 : UHR – salle d'eau  Photo n° 6 : UHR – poste de soin

N° IGAS	OBSERVATIONS
	 Photo n° 7 : UHR – salle Snoezelen 1  Photo n° 8 : UHR – salle Snoezelen 2 Lors de la visite des locaux, la mission a constaté que : • La date du jour, les menus et informations ne sont pas affichés à l'entrée de l'UHR : Remarque 1 : Le panneau d'information de l'UHR n'est pas à jour  Photo n° 9 : UHR – tableau affichage menu

N° IGAS	OBSERVATIONS
	• Que le WC public ne comporte pas d'appel malade :  Photo n° 10 : UHR – toilette public  Photo n° 11 : UHR - intérieur toilette public • Que les couvercles des chariots « poubelle » et « linge » ne sont pas systématiquement fermés  Photo n° 12 : UHR -chariots dans couloir  Photo n° 13 : UHR – détails chariot linges sales

N° IGAS	OBSERVATIONS
	• Que l'armoire de nursing obstrue la circulation du passage des résidents en empêchant l'accès aux barres de maintien : Photo n° 14 : UHR – chariot nursing  Photo n° 15 : prises murales sans capot  Photo n° 16 : interrupteurs sans capot  Photo n° 17 : boîtier sans capot • Qu'il existe un risque électrique majeur car les équipements ne sont pas aux normes et que la sécurité des résidents n'est pas assurée, notamment dans la salle à manger Remarque 2 : A l'UHR, la mission relève les points suivants : absence d'appel malade dans le WC public ; absence de fermeture des couvercles des chariots ; présence d'obstacles dans les couloirs rendant inaccessibles les barres d'appui et dégradation des installations électriques en interdisant un usage normal et sans risque. Il n'a pas été fourni à la mission de projet spécifique pour l'UHR. Au jour de l'inspection, l'unité compte 13 résidents. Le dossier de candidature pour la création de l'UHR, daté de 2010, mentionne « Le projet d'établissement sera annexé afin d'y inclure les spécificités de l'UHR et de mettre en place le lien social avec les autres résidents au travers d'activités culturelles ». Or, le projet d'établissement transmis ne comporte ni chapitre ni annexe concernant l'UHR de la structure. Dans les documents transmis, la mission retrouve un document PDF intitulé « UHR_Presentation » qui reprend les points suivants : ➤ Ce qu'est une UHR et ce qu'elle n'est pas ➤ Les prescripteurs ➤ Les critères d'admission

N° IGAS	OBSERVATIONS
	➤ Les critères de sortie ➤ L'équipe ➤ Les principaux objectifs ➤ Les partenaires ➤ Les horaires Mais ce document ne détaille pas le projet spécifique de l'unité. Il s'agit plutôt d'une brochure synthétique à destination des familles/usagers. La mission a aussi été destinataire d'un document Word nommé « UHR » reprenant les points suivants : ➤ Les critères d'inclusion ➤ Les critères d'exclusion ➤ Le bénéfice d'un accueil en UHR ➤ Le dossier à constituer ➤ Les critères de sortie La mission a également reçu un modèle de contrat de séjour 2020 pour les résidents intégrant cette unité. Enfin, la mission a recueilli comme dernier document : « <i>UHR_Debrousse_dossier_ARS_2010</i> » qui correspond au « <i>dossier de candidature à la création d'une unité d'hébergement renforcée (UHR)</i> ». Il y est décrit le projet UHR de l'établissement au moment de sa création. Encore une fois, sur la base des informations communiquées, la mission constate que l'établissement n'a pas construit de projet spécifique à cette unité. En page 2 du document, il est noté : « <i>Une évaluation pluridisciplinaire sera effectuée pour mesurer la fréquence et la gravité des troubles du comportement à l'aide de la grille NPI ES et si besoin de l'échelle de Cohen Mansfield</i> ». A l'analyse des dossiers, la mission constate que trop peu de NPI ES sont réalisés à l'entrée ou en suivi des résidents (5 dossiers sur 13 analysés ne mentionnaient aucun NPI ES et pour les autres dossiers, un seul des tests NPI ES réalisés datait de moins de 3 mois) ce qui ne permet pas d'assurer leur suivi médical et de confirmer leur capacité à rester en UHR. L'alternative pourrait être le test de Cohen Mansfield, qui est parfois réalisé au sein de l'EHPAD (26 résidents en ont eu au moins un) mais aucun résident de l'UHR n'est concerné. Les critères d'admission, page 3, ne sont donc pas respectés, car il est mentionné que l'entrée ne peut se faire qu'avec : ➤ Des « <i>troubles sévères (évaluation par l'échelle du NPI-ES : fréquence*gravité supérieure à 10)</i>, ➤ Un « <i>épuisement des équipes soignantes, évalué par la grille NPI-ES avec un retentissement supérieur ou égal à 4</i> ». La réalisation de ce test est nécessaire à la constitution du dossier d'entrée comme mentionné en page 2 du document Word « <i>UHR</i> » : « <i>Evaluation du NPI-ES ou du retentissement des troubles comportementaux</i> ». Toujours en page 3, il est noté que le critère de sortie de l'UHR sera sur : « <i>diminution des troubles du comportement</i> » A l'étude des plannings, la mission constate que l'équipe soignante en UHR n'est pas systématiquement conforme à l'organisation type choisie par l'établissement (cf. infra) soit deux aides-soignants diplômés (ASD) et un agent de soins au chevet (ASO) le matin et 2,5 ASD l'après-midi. La mission note aussi que cet effectif n'est pas entièrement dédié à l'UHR puisque prévu pour assurer en même temps l'accompagnement de « l'unité psychiatrique » voisine. La mission relève : • Pour le mois de mars 2023 que : ○ Le matin, et ce durant 27 jours, seules 2 professionnels étaient présents (87%) ○ Tous les après-midis, seules 2 professionnels étaient en poste

- Pour le mois d'avril 2023 que :
 - Le matin, et ce durant 23 jours, seules 2 professionnels étaient présents (74%)
 - Tous les après-midis, seules 2 professionnels étaient en poste

A l'analyse des dossiers des 13 résidents présents dans l'UHR le jour de l'inspection, la mission constate que 4 résidents ne devraient pas être en UHR du fait de leur trop faible mobilité selon la grille GIR présente dans les dossiers.

- Dans le document Word « UHR » il est noté en première page « Les résidents doivent pouvoir se déplacer seuls, y compris en fauteuil roulant. » ce qui n'est pas le cas pour ces 4 résidents identifiés.
 - Cette présence de résidents non mobiles a été mentionnée par l'équipe soignante de l'UHR lors des entretiens.
- De plus, un résident ne présente pas une pathologie relevant d'une maladie neurovégétative type Alzheimer et apparentées mais du domaine psychiatrique et ne devrait donc pas non plus être pris en charge en UHR.

Lors des échanges avec l'équipe soignante, il a été déclaré à la mission que :

- Des réunions pluri-professionnelles ont lieu tous les mardis regroupant :
 - Le médecin gériatre
 - La cadre de santé
 - L'infirmière
 - Parfois la cadre supérieure
 - Les assistants de soins en gériatrie (ASG) du matin et de l'après-midi

- Le psychiatre [REDACTED] n'a pas encore été remplacé.

➤ Une psychologue intervient au sein de l'unité pour les résidents et une autre psychologue (du 3^e) intervient sur demande pour les salariés.

➤ Les équipes se retrouvent très souvent à deux, plus rarement à trois. Le temps de la réorientation des résidents en perte d'autonomie, la présence de 3 ASD est opportune. Certains résidents de l'unité sont en perte importante d'autonomie et se « grabalisent » sans être réorientés vers les unités classiques. Cela augmente leur temps de prise en soin par les équipes soignantes et diminue la possibilité d'effectuer les activités prévues avec les autres résidents. Ce point a été constaté par la mission lors de l'étude des dossiers médicaux.

➤ Certaines admissions se font « en urgence » sans respect des critères d'admission et sans le travail d'évaluation préalable.

➤ Lors d'absence de personnels, il arrive souvent que des professionnels non ASG viennent en remplacement. Elles ne sont pas formées à travailler auprès du public de cette unité. Or, le dossier de candidature précise que « L'équipe soignante sera constituée de soignants volontaires ayant choisi de travailler en UHR, ayant une expérience en unité Alzheimer, formés spécifiquement à l'accompagnement et la prise en charge de personnes présentant des troubles du comportement. L'ensemble du personnel toute catégorie confondue bénéficiera d'une sensibilisation à la spécificité de l'accueil en UHR ».

Le personnel de l'UHR n'est pas formé à l'utilisation de la salle Snoezelen et ne peut donc pas l'utiliser avec les résidents de cette unité. Cette salle est uniquement utilisée par l'accueil de jour autonome qui occupe des locaux au rez-de-chaussée du bâtiment Chopin. Or, dans le dossier de candidature en page 9, l'établissement s'est engagé sur « Le plan de formation devra intégrer nécessairement des formations spécifiques :

- D'assistant de soins en gériatrie,
- Sur l'humanité, la validation
- Les massages, la relaxation...
- Les animations spécifiques auprès des personnes âgées présentant des troubles cognitifs.... »

Il est également mentionné en page 12 « Par ailleurs, un coût supplémentaire en formation est à prévoir pour former en interne des aides-soignants vers des postes d'assistants de soins en gériatrie ».

N° IGAS	OBSERVATIONS
	Les soignants de l'unité ont des difficultés de coordination avec la cuisine concernant les textures et le nombre de repas. Ces difficultés sont éprouvées par l'ensemble des équipes de l'établissement. <u>Ecart n°3</u> : Les critères d'entrée et de sortie des résidents de l'UHR ne sont pas respectés. (D312-155-0-2. I du CASF). <u>Ecart n°4</u> : Les professionnels de l'UHR ne sont pas tous formés à la prise en charge en soin des résidents accueillis dans l'unité. Ils ne sont pas non plus formés à l'utilisation de la salle Snoezelen, dont l'utilisation était prévue dans le dossier de candidature de l'UHR. (D312-155-0-2 III du CASF).
1.1.3.1 La population accueillie	Le rapport d'activité 2022 fait état de la prise en charge de 278 résidents au 31/12/2022. • 36 % proviennent de leur domicile et 54% d'un établissement de santé ou médico-social. • L'âge moyen se situe entre 82 et 83 ans. Aucun résident ne bénéficie d'une dérogation d'âge au jour de la visite. • L'établissement est entièrement habilité à l'ASH, Il accueille 58% de bénéficiaire de l'ASH et 42% à titre payant. • 38% des résidents bénéficient d'une protection juridique, dont plus de la moitié d'une tutelle (56%). • 30% ont désigné une personne de confiance. • Et 24 % ont rédigé des directives anticipées. • Le taux d'admission en 2022 est légèrement supérieur à un quart des places autorisées. • Et les sorties représentent un tiers des personnes accompagnées dont 65% de décès. • 80% des résidents ont a minima un GIR 3 et les plus nombreux sont en GIR 2 (46% des résidents). Au regard du tableau (daté du 3 mai 2023) transmis à la mission, l'établissement accueille 296 résidents sur 322 places dont : • UHR : 12 personnes • UVP : 75 personnes • Unité Classique : 209 personnes dont 6 personnes en unité dite « psychiatrique »

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.2.1.1 Existence d'un règlement de fonctionnement	Le règlement de fonctionnement transmis est commun à tous les EHPAD du CASVP. Il a été présenté en CTE pour avis le 7 octobre 2019 puis a été adopté par le Conseil d'Administration du CASVP le 18 octobre 2019. Le règlement de fonctionnement n'a pas été vu par la mission sur les tableaux d'affichage et aucun document ne confirme la présentation au CVS de l'établissement de ce règlement de fonctionnement. Ecart n°5 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté en CVS et n'est pas affiché dans l'établissement ce qui contrevient aux articles L311-7 et R311-34 du CASF.
1.2.1.2 Contenu du règlement de fonctionnement	Le règlement de fonctionnement reprend l'ensemble des items attendus pour un EHPAD. La mission constate toutefois, que ce document générique ne reprend pas les spécificités propres à chaque établissement notamment les horaires des repas, la description ou un plan de l'établissement, etc. Ces détails sont présents dans le livret d'accueil qui doit être remis avec le règlement et la charte des droits des personnes accueillies. (Cf. infra)
1.2.1.4 & 1.2.1.5 Le projet d'établissement	Le projet d'établissement 2014-2018 est obsolète. La mission note que le projet ne présentait pas les volets attendus dans un projet d'établissement. (Cf. infra) Dans le rapport d'activité 2022, chapitre « projets pour 2023 », l'établissement prévoit une mise en œuvre de juin à septembre 2023 et de faire coïncider la temporalité du projet d'établissement avec le CPOM en cours de négociation (entretien). Ecart n°6 : Le projet d'établissement est obsolète (L311-8, D311-38, D312-158, 1° et D312-160 CASF du CASF). La mission rappelle que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) « Elaboration, rédaction et animation d'un PE en ESMS » par l'Anesm-HAS pour la réalisation du projet d'établissement sont un outil d'accompagnement reconnu dans le secteur médico-social.
1.2.1.6 Le plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (Plan bleu)	L'établissement dispose d'un plan bleu détaillé et complet concernant les différents risques que l'établissement peut être amené à gérer. Toutefois la mission constate deux éléments de non-conformité : • Le plan bleu (PB) n'est ni daté ni signé (rédaction initiale et/ou mise à jour) • Il est impossible de valider des annexes, dont les numéros de téléphone de la cellule de crise ou la liste des équipements du PB, car elles ne sont pas datées. Ecart n°7 : La possible obsolescence du plan bleu ne permet pas de garantir sa mise en œuvre en cas de nécessité. D312-160, D312-155-4-1 et L.311-3 du CASF).
1.2.2.1 & 1.2.2.9 Direction de l'établissement	Le directeur actuel de l'établissement est en poste depuis septembre 2021.

N° IGAS	OBSERVATIONS
	L'établissement a une direction plurielle avec un directeur, un directeur adjoint « ressources » et un directeur adjoint « soins ». Le directeur était en congés annuels lors de la visite inopinée de la mission d'inspection. Le directeur adjoint « ressources » assurait le remplacement. Il n'existe pas de procédure formalisée de remplacement du directeur. Remarque 3 : L'absence d'une procédure formalisée de remplacement du directeur lors de ses absences ne garantit pas un fonctionnement de l'établissement et une prise en charge des résidents qualitatifs et sécurisés. L'organigramme transmis à la mission ne présente pas de date de mise à jour et sa disposition est peu lisible concernant la place de l'accueil de jour « Les Balkans » et du service animation. L'accueil de jour « Les Balkans » n'est pas rattaché à l'EHPAD, même si l'accès aux locaux se fait par le grand hall d'accueil de l'établissement et que le directeur de l'EHPAD en est aussi directeur. La mission rappelle que l'organigramme a vocation à représenter les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'EHPAD, pas ceux de l'ensemble des structures et personnels sous la responsabilité d'un même directeur⁵. Sur l'organigramme, est présenté l'ensemble des cadres et responsables d'équipes de l'établissement. Sous l'autorité directe du directeur, deux adjoints, l'un administratif, encadre les services administratifs et le second, cadre supérieur de santé, gère les soins et les soignants. Les médecins, les psychologues et le responsable animation sont aussi directement placés sous l'autorité hiérarchique et fonctionnelle du directeur. L'adjoint chargé des soins encadre les trois responsables des soins, la responsable qualité, les paramédicaux, les pédicures, coiffeuses et socio-esthéticienne et la secrétaire médico-sociale. L'adjoint administratif encadre les responsables ressources humaines, économe, régie, admission et technique, le cadre hôtelier (salubrité et lingerie) de même que le personnel des admissions et du magasin.
1.2.2.2 & 1.2.2.5 Les réunions de direction	Remarque 4 : Tel qu'il est conçu et présenté, l'organigramme ne présente pas uniquement et clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les professionnels de l'EHPAD ce qui pourrait induire une confusion chez les résidents, les familles et les salariés. Les CODIR réunissent les 3 membres de la direction et le médecin coordonnateur. Avec l'arrivée récente d'un second médecin coordonnateur, la présence médicale au CODIR devra être explicitée (un ou les deux). La trame de compte rendu, mise en place en 2023, indique une réunion hebdomadaire le mardi en fin de matinée et les thématiques abordées (Soins, Bâtiment et technique, Hôtellerie, Admissions, Ressources humaines, Autres). Le document inclut un tableau nominalatif de suivi des actions à engager. Les comptes rendus transmis montrent une fréquence moindre des réunions réellement réalisées. Les réunions d'encadrement mensuelles regroupent tous les cadres de l'établissement. Des ordres du jour et des comptes rendus sont rédigés. Les liens entre l'établissement et les services centraux sont permanents, prévus ou inopinés, en fonction des besoins de l'une des parties. La climat social est serein. Il n'y a pas actuellement de procédure contentieuse auprès du tribunal administratif.
1.2.2.3 Le climat social	

⁵ L'objet de la mission d'inspection est uniquement l'EHPAD ALQUIER DEBROUSE détenteur d'une autorisation conjointe ARS et VDP de 322 places en hébergement permanent dont 14 places en UHR.

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.2.2.5 Relations avec l'organisme gestionnaire	L'établissement a transmis la délégation permanente de signature de la directrice générale (DG) du CASVP signée et transmise en préfecture le 14/03/2022 pour inscription au registre des actes administratifs. Le directeur figure dans l'article 7 avec le directeur adjoint « ressources » et la directrice adjointe « soins ». Les trois directeurs ont le même niveau de délégation de signature. Le document mentionne l'ensemble des documents qu'ils peuvent signer, en lieu et place de la directrice générale du CASVP, y compris les commandes et factures jusqu'à 40 000€. Aucun document unique de délégation (DUD) n'a été transmis à la mission. <u>Ecart n°8</u> : L'absence de document unique de délégation pour le directeur de l'établissement ne permet pas de connaître l'étendue des responsabilités et des missions du directeur ce qui contrevient aux articles D312-176-10 & D312-176-5 du CASF
1.2.2.6 Le directeur	Le directeur est en poste depuis septembre 2021. Il [redacted] est impossible de connaître la répartition en ETP entre les 2 établissements. La mission est destinataire du « plan d'actions de l'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE ». Le document, mis à jour le 12 mai 2023, après la visite de la mission d'inspection, présente les actions qui doivent être mises en œuvre par plusieurs professionnels de l'établissement dont le directeur et les directeurs adjoints. Le plan d'actions fait suite à l'évaluation interne réalisée en début d'année par une stagiaire directrice pendant les 3 mois de son stage. Ce document est un programme d'amélioration de la qualité et non une fiche de poste. La mission n'a été destinataire d'aucun document décrivant l'ensemble des tâches incombant au directeur de l'établissement et notamment leurs répartitions entre : ➤ Le CASVP et le directeur de l'EHPAD, ➤ L'EHPAD et l'accueil de jour ➤ Le directeur et les directeurs adjoints. <u>Ecart n°9</u> : L'absence de formalisation de la double direction assurée par le directeur ainsi que la répartition des tâches tant avec l'organisme gestionnaire (CASVP) qu'avec les directeurs adjoints génèrent un risque de désorganisation et de confusion et contreviennent aux articles D312-176-10 et D312-176-5 du CASF.
1.2.2.7 Les diplômes du directeur de l'EHPAD	Le directeur est titulaire [redacted]
1.2.2.7 Le directeur adjoint « ressources »	Le directeur adjoint « ressources » a pris ses fonctions dans l'établissement en octobre 2020 [redacted] Il dispose d'une fiche de poste (descriptif du poste utilisé pour les recrutements) qui reprend la présentation de l'établissement et du métier ainsi que les activités inhérentes au poste et les savoirs attendus.

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.2.2.7 Le directeur adjoint « soins »	La directrice adjointe « soins » est [REDACTED] mais aucun des documents demandés n'a été adressé à la mission concernant la qualification et la nomination. <u>Ecart n°10 :</u> L'absence de documents pour confirmer les qualifications, diplômes paramédical et de cadre de santé, inscription à l'ordre infirmier et au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), de même que la nomination de la directrice adjointe « soins », [REDACTED] ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux articles L 311-3 1° et 3° du CASF et L 4311-15 et L 4312-1 du CSP
1.2.2.8 & 1.2.2.10 & 1.2.2.11 Les astreintes administratives (personnels de direction et/ou cadres).	Six professionnels de l'établissement assurent des astreintes : le directeur, les deux directeur adjoints, une cadre de santé, la cadre hôtelière et une IDE. Les astreintes sont planifiées pour l'année, elles sont hebdomadaires, elles prennent effet du samedi au vendredi suivant. Chaque professionnel assure 9 astreintes par an. Aucun des cinq professionnels assurant des astreintes, en dehors du directeur, ne bénéficie d'une subdélégation de sa part lui permettant d'assurer la gestion de l'établissement dans un cadre réglementaire durant cette période. Le directeur est en droit de subdéléguer tout ou partie de ses responsabilités (article L315-17 CASF). La mission rappelle que le document de délégation de signature par la directrice générale du CASVP ne subdélègue pas les responsabilités générales du directeur de l'établissement aux directeur adjoints notamment lors des astreintes. Le directeur ne bénéficiant pas lui-même d'un DUD. (Cf. supra) Par ailleurs, la mission est destinataire d'une affiche à destination des personnels de l'établissement mentionnant les situations indésirables devant déclencher l'appel du professionnel d'astreinte. Ce document n'est pas une procédure d'astreinte. Celle-ci s'entend comme le descriptif du cadre réglementaire et des actions que peut être amené à engager un personnel d'astreinte lors d'un appel sur une période d'astreinte. [REDACTED]
1.2.2.12 & 1.2.2.13 IDE coordonnateur et/ou cadre de santé	Au regard de la taille et de la capacité de l'établissement, l'organisation des soins est formalisée à deux niveaux. Une cadre supérieure de santé paramédical assure l'encadrement général des soins et des équipes. Elle est positionnée comme directeur adjoint « soins » de l'EHPAD. (Cf. supra) Une 2^{ème} cadre de santé et deux IDE coordinatrices sont en fonction, chacune sur un des trois bâtiments d'hébergement. L'une des IDEEC est dans une démarche de préparation pour passer le [REDACTED] Elles disposent d'une fiche de poste correspondant aux missions qui leurs sont confiées. L'établissement dispose aussi d'un 3^{ème} cadre de santé hygiéniste placé sous la responsabilité de la directrice adjointe soins et travaillant en collaboration avec les médecins coordonnateurs. Aucun document probant de l'inscription à l'ordre infirmier des IDE salariés de l'établissement (cadre ou non) n'a été transmis ni trouvé dans les dossiers des salariés analysés par la mission.

N° IGAS	OBSERVATIONS
	Ecart n°11 : En ne vérifiant pas l'inscription, obligatoire, à l'ordre infirmier des IDE salariés, le gestionnaire ne peut garantir la qualification des salariés et contrevient aux articles L1110-1, L4311-15 et L4312-1 du CSP.
1.2.2.14 Médecin coordonnateur (MedCo) Médecins salariés	L'établissement dispose de deux médecins coordonnateurs se partageant un poste à temps plein. Cinq professionnels médicaux travaillent dans l'EHPAD. - Les trois postes de médecins « traitants » salariés sont occupés par 2 médecins à temps plein et 2 médecins à 0,5 ETP. - Le poste de Medco (1 ETP réglementaire) est occupé par 2 Médecins Le premier Medco a pris son poste en septembre 2022, le second est arrivé deux jours avant la visite sur site de la mission d'inspection (fin avril 2023). Tous les médecins de l'établissement [redacted] Les contrats des Medco incluent en annexe une fiche de poste comprenant les 14 missions d'un Medco. Les diplômes de tous les médecins ainsi que leur inscription à l'ordre ont été transmis à la mission. - La Medco 1 dispose d'un diplôme [redacted] - Le Medco 2 dispose [redacted] ☐ s'engage dans un délai de trois ans à compter de la signature du premier contrat en qualité de médecin coordonnateur à suivre les formations nécessaires pour remplir l'une des conditions de diplôme ou de formation ci-dessus énoncée ; Ecart n°12 : [redacted]
1.2.2.15 Qualification MedCo	Le Medco 1 dispose d'un diplôme [redacted] Ecart n°12 : [redacted] Le Medco 1 dispose d'un contrat de travail mentionnant [redacted] cela n'est réglementaire ni en droit du travail ni pour le code de l'action sociale et des familles (CASF). Aucun contrat mentionnant les modalités d'exercice n'a été transmis à la mission. De plus, le partage des fonctions de médecin coordonnateur nécessite une formalisation détaillée des temps de travail, des missions assurées par chacun au sein de l'établissement et un planning hebdomadaire de présence. Si les Medco sont autorisés, par l'établissement, à réaliser certaines missions en distanciel, cela doit être précisé et quantifié tant dans la répartition des missions que dans le contrat d'exercice et le planning. Le transfert d'activité entre eux en cas d'absence doit aussi être formalisé.
1.2.2.17 Modalités d'exercice des MedCo	Ecart n°13 : L'absence de contrats de modalités d'exercice de la fonction de Medco par les deux professionnels assumant cette fonction génère un risque de désorganisation et de non réalisation de certaines missions d'un médecin coordonnateur. (D312-158 et D312-159-1 du CASF).
1.2.3.5 Les affichages à destination des usagers et du public	Lors de la visite, la mission a constaté l'affichage des tarifs et arrêté de la Ville de Paris (APA), de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (L311-4 CASF), du programme des animations de la semaine, des menus, du numéro 3977/ALMA et des procès-verbaux (PV) de réunions et de composition du conseil de la vie sociale (CVS).

N° IGAS	OBSERVATIONS
	Des documents ne sont pas affichés dans les espaces publics de l'établissement : l'organigramme de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement (R311-34 CASF), les PV des commissions de restauration, les résultats de la dernière enquête de satisfaction et la liste des personnes qualifiées du Département. Les horaires, des diverses prestations (coiffeur, pédicure), sont affichés sans tarifs car les prestations sont incluses dans le tarif hébergement. <u>Ecart n°14 :</u> L'ensemble des documents d'informations à destination des résidents et des familles n'est pas présent dans les espaces publics (L311-8 et R311-34 du CASF).

Animation et fonctionnement des instances

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.3.3.1 Le conseil de vie social (CVS)	Le jour de l'inspection, la mission a pris connaissance, par voie d'affichage, des listes électorales pour les représentants des familles et du personnel du CVS suite au départ de plusieurs titulaires. Le CVS dénombrait 2 membres titulaires et 2 suppléants pour chaque collège. Dans le cadre du nouveau décret, la composition évolue vers 3 titulaires et 3 suppléants et pourra inclure de nouveaux participants. Jusqu'alors, les représentants des familles organisaient des réunions préparatoires avec les proches et les résidents pour construire l'ordre du jour soumis ensuite à la direction pour complément et validation. L'ordre du jour était adressé 15 jours en amont des CVS. Les comptes rendus sont rédigés par le CVS puis validés par la direction et envoyés par mail à la liste des membres du CVS. D'après une représentante des familles, il y aurait eu 4 réunions entre juin 2022 et mai 2023 ce qui est conforme à la réglementation.
1.3.3.2 Transmission des EI/EIG/EIAS au CVS	Bien que la mission n'ait pas reçu les comptes rendus des derniers CVS, il ressort des entretiens que les événements indésirables graves (EIG) sont présentés à chaque début de CVS. La mission ne peut néanmoins s'assurer qu'un bilan et qu'une analyse de ces EIG soient présentés au CVS. Ecart n°15: Aucun des documents demandés relatifs au CVS (comptes rendus des réunions de 2021,2022,2023, calendrier prévisionnel 2023...), n'a été transmis à la mission. La mission n'a pas la certitude qu'un bilan des EIG est présenté au CVS. (R331-10 du CASF)

Gestion de la qualité

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.4.1.1 Existence de référent	Une responsable qualité a été désignée. Il a été indiqué que la personne a été recrutée mi 2022. Celle-ci a pour mission, entre autres, d'élaborer des outils d'évaluation et de suivi de la démarche qualité. Sa fiche de poste a été transmise.
1.4.1.7 Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)	La direction a transmis un « plan d'actions » mis à jour le 12/05/2023. (Après la visite sur site) Il s'articule autour de 4 axes : • Améliorer la qualité des soins • Améliorer la qualité hôtelière • Améliorer les relations avec les résidents et les familles • Restructurer/stabiliser/améliorer le fonctionnement du service RH/des fonctions supports Chaque axe, à partir de constats, est décliné en objectifs et, pour chacun de ces objectifs, des actions sont définies avec un porteur de l'action, une échéance, un état d'avancement et des commentaires sur ce qui a déjà été réalisé. Les enquêtes de satisfaction 2020 et 2022 ont été transmises. Il est précisé qu'elles sont à destination des familles. Les thématiques abordées sont : • Le cadre de vie • Les soins • La restauration • L'entretien du linge • La participation à la vie sociale Le taux de réponse est faible puisque 69 familles ont répondu pour une capacité de l'EHPAD de 322 places. Remarque 6 : La mission n'a pas pu s'assurer que des enquêtes de satisfaction à l'attention des résidents aient été réalisées récemment.
1.4.2.1 Evaluation externe	La dernière évaluation externe de l'établissement a eu lieu en novembre 2014 soit plus de deux ans avant le renouvellement d'autorisation prévu au 2 janvier 2017. Les constats effectués dans le « plan d'actions » ne font pas référence aux résultats de l'évaluation externe.

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.4.3.1 Politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance	Il a été indiqué à la mission que la promotion de la bientraitance était un axe de travail prioritaire pour l'établissement mais ne figure pas dans le livret d'accueil. Un document « Déploiement de la Bientraitance » a été transmis. Celui-ci prévoit la mise en place d'un comité de projet (Coproj) « Charte de Bientraitance » qui doit commencer ses travaux début avril 2023. Le Coproj est constitué de représentants des différents services et devra décliner la future charte bientraitance en fonction des spécificités de leur service. La date butoir pour la rédaction de cette charte est fixée au 15 juillet 2023. Des formations bientraitance sont prévues chaque mois par groupe de 10 salariés. Cette formation bientraitance à destination de tous les professionnels de l'EHPAD a débuté en avril 2022 (2 jours de formation, 15 jours d'intermède, 2 jours de retour d'expérience –RETEX- et d'élaboration de plan de soins). L'établissement a également comme objectif de rédiger une charte de la bientraitance et une procédure « référent soignant » qui prévoirait qu'un soignant soit référent de plusieurs résidents. Le numéro d'appel pour les victimes de maltraitance (3777, ALMA) est affiché dans le hall d'accueil tout comme la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le compte rendu du CVS affiché dans les locaux précise que le 3 mars 2023, l'association ALMA Paris est venue se présenter auprès des membres du CVS. Remarque 7 : Le livret d'accueil ne fait pas mention d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Cette thématique n'est pas non plus abordée dans le guide d'accueil du nouveau professionnel.
1.4.3.2 & 1.4.3.3 Les situations de violences ou harcèlements sexuels	Une situation d'agression sexuelle entre 2 résidents a été signalée aux autorités de contrôle. La fiche de signalement décrit les faits ainsi que les suites mises en place.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N° IGAS	OBSERVATIONS
1.5.1.1	Il n'existe pas de registre de réclamations (pièce demandée pour consultation sur place). Il est indiqué dans l'évaluation interne de 2023 que « les plaintes sont toujours prises en considérations, les familles sont reçues et dans la mesure du possible des explications leur sont données ». Cependant, il est précisé qu'il n'est pas toujours tiré les enseignements nécessaires et qu'une communication n'est pas systématique réalisée envers l'ensemble des cadres et des soignants pour éviter « que cela ne se reproduise dans un autre service ». Par ailleurs, aucun document n'a été transmis permettant de constater que l'établissement réalise un suivi des réclamations. Remarque 8 : Aucun suivi ni bilan des réclamations n'est réalisé. Des mesures correctrices ne sont pas systématiquement mises en place.
1.5.1.3	Les professionnels peuvent déclarer un événement indésirable sur le logiciel de soins TITAN. La direction précise qu'un travail important sur la culture de la déclaration des EI/EIG a été mené depuis 6-7 mois. Il ressort aussi des entretiens que les salariés ne connaissent pas la différence entre un EI et un EIG.
1.5.1.5	Des RETEX sont organisés lorsque cela est jugé nécessaire. L'analyse et le suivi de l'EI se font en lien avec la responsable qualité du CASVP.
1.5.1.6	La liste des EI pour 2021, 2022 et 2023 a été transmise sous format Excel pour chacune des trois années. 56 EI ont été recensés en 2021⁶, 150 en 2022 et 60 en 2023 (pour la période du 1^{er} janvier au 11 mai 2023). Les tableaux ne présentent pas les mesures correctrices prises. La mission constate une augmentation sensible du nombre d'EI signalés entre 2021 et 2022, nombre d'entre eux concernant des comportements agressifs de résidents, des chutes, des erreurs d'administration de médicaments ou d'absence de prise de traitement et des sorties inopinées. Pour la très grande majorité des déclarations, aucune description de l'événement n'est mentionnée.

⁶ Certaines structures ont sous-signé les EIG pendant les périodes COVID

N° IGAS	OBSERVATIONS
	L'absence de détails donnés par les soignants pour des EI classifiés « Maltraitance de l'usager - Négligences (non-respect de l'intimité, manque d'écoute ...) - Défaut grave de soins » relevant potentiellement d'un EIG et la déclaration comme EI d'événement n'en relevant pas (EI concernant l'absence de papier A4) font apparaître un manque de formation à la déclaration et à la classification des EI/EIG, constaté par ailleurs lors des entretiens réalisés le jour de l'inspection. En outre, l'absence de description de l'événement ne permet pas d'assurer un suivi et une analyse précis des EI pour ensuite proposer des mesures correctrices. Il apparaît à la lecture des tableaux que seuls les EI déclarés à l'ARS sont considérés comme des EIG. En 2022, 4 EI sont indiqués comme ayant été transmis à l'ARS et ainsi seuls 4 EIG sont recensés pour cette année-là d'après le tableau transmis. La mission note par ailleurs que des EIG déclarés à l'ARS en 2022 n'apparaissent pas comme tels dans le tableau (fugue en mars, erreur d'administration de traitement en octobre...). La mission constate donc un recensement non exhaustif des déclarations des EIG aux autorités administratives. En outre, la procédure de gestion des EI/EIG n'a pas été transmise. Il a été indiqué que les EIG ne faisaient pas systématiquement l'objet d'un RETEX. Aucun RETEX des EIG de 2022 et 2023 n'a été transmis à la Ville de Paris. Ecart n°16 : La mission n'a pas connaissance de procédures de déclaration et d'analyse des EI/EIG au sein de l'établissement. De plus, elle constate un défaut de formation aux EI/EIG du personnel et un recensement non exhaustif des déclarations faites aux autorités ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 à 10 du CASF.
1.5.1.7 Procédure de gestion des événements indésirables liés à la PECM	Aucune procédure de gestion des EI liée à la PECM n'a été transmise. La mission rappelle que les EI médicamenteux relèvent d'une déclaration réglementaire auprès des autorités de tutelles, conformément aux articles L331-8-1, R331-8 et R331-9 du CASF et arrêté du 28 décembre 2016.

2. Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N° IGAS	OBSERVATIONS
2.1.1.1 & 2.1.4.5 I. Les effectifs - Cadre d'exercice des salariés - Les ETP budgétés - Personnel médical et paramédical (hors IDE) II. Réalisation des plannings IDE et ASD - Les ETP minimum - L'organisation mise en place - Les transmissions inter équipes le matin et le soir - Organisation des équipes de jour - Personnels diplômés : ASI/AMPI/AES - IDE - Organisation des équipes de nuit - Relevés de non-conformités dans les plannings	I. Les effectifs <u>Cadre d'exercice des salariés</u> L'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE est un établissement public. Les salariés sont des fonctionnaires titulaires ce qui correspond au statut de droit commun de la fonction publique⁷. Les personnels sont régis par le Code général de la fonction publique, Partie législative, Livre IV, Titre Ier, Chapitre VII : Dispositions propres à la Ville de Paris et à ses établissements publics (Articles L417-1 à L417-5). Au-delà du recrutement de droit commun des fonctionnaires, plusieurs situations peuvent amener un établissement public à recruter les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) ou en contrat à durée indéterminée (CDI). - Les fonctionnaires sont titularisés sur un poste à temps plein incluant la rémunération statutaire ad hoc jusqu'à la retraite (ou la radiation). Lorsqu'un titulaire est en congé parental, la rémunération qui ne lui est pas versée peut être utilisée pour rémunérer un autre professionnel, non fonctionnaire, car le poste n'est pas vacant. Ce remplaçant est donc recruté en CDD de droit public. - Pour recruter en CDI de droit public, il est indispensable qu'un poste à temps plein soit vacant et qu'aucun fonctionnaire ne puisse l'occuper. Cette situation se présente lorsqu'un professionnel, qualifié pour un poste, ne remplit pas les conditions de nationalité indispensables pour intégrer la fonction publique française. La tension actuelle sur les professions du soins (IDE et ASD) favorise le recrutement par ce type de contrat. Sous condition d'ancienneté, les CDD et CDI de droit public ont des droits équivalents aux fonctionnaires. Dans la fonction publique territoriale (FPT), c'est le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents non titulaires de la FPT qui fait référence. <u>Les ETP budgétés</u> La mission a été destinataire des documents suivants : Le tableau des effectifs qui fait état de 213 salariés dans l'établissement au jour de l'inspection. Le tableau des ETP budgétés et réels qui mentionne :

⁷ Le calcul des effectifs nécessaires au fonctionnement de l'établissement a donc été effectué en tenant compte des congés (repos hebdomadaires, congés annuels, férias). Ainsi, lorsque la présence d'un salarié est indispensable 365 jour par an, comme pour un aide-soignant par exemple, l'établissement va recruter 2,40 équivalent temps plein (ETP).

TOTAL ETP Budgétés	224,33
TOTAL ETP Réels	215,70

Le décalage entre le tableau des ETP budgétés et les ETP réels est lié au choix de l'établissement d'inclure dans le tableau le temps d'intervention dans l'établissement de certains professionnels (par exemple, les dentistes) alors qu'ils sont mutualisés au niveau du CASVP.

Le tableau ci-dessous, créé à partir du tableau transmis par le directeur, permet d'avoir une présentation de l'ensemble des catégories de professionnels en charge du fonctionnement de l'établissement et de l'accompagnement des résidents.

PROFESSIONNELS	ETP Budgétés	ETP réels	Postes Vacants	PROFESSIONNELS	ETP Budgétés	ETP réels	Postes Vacants
Directeur	1	1	0	IPA	0	1	-1
Directeur adjoint	2	2	0	AS	116	112,8	3,2
Secrétaire médico-sociale	3	1	2	ASO	27	28	-1
Service RH	4	3,8	0,2	Coiffeur - socio-esthétique	3	2,1	0,9
Service admission	3	4	-1	MEDCO	0,7	1	-0,3
Economat	4	4	0	Médecin prescripteur	3	3	0
Accueil	4	4	0	Psychiatre	0,5	0	0,5
Hôtellerie - Salubrité	9	9	0	IDE Psychiatre	0	1	-1
Service technique	5	5	0	Dentiste	1,7	1,7	0
Animation	4	2	2	Psychologue	3,6	2,5	1,1
Educ. Sport adapté	1	1	0	Pédicure	0,8	0,8	0
IDEC - CS - CSQ	5	4	1	Psychomotricien	1	1	0
IDE	21	19	2	Ergothérapeute	1	1	0

Les tableaux transmis présentent certaines incohérences avec des postes non-budgétés mais pourvus. C'est notamment le cas pour l'infirmier en pratique avancé (IPA) qui n'est pas financé comme tel par les autorités tarifaires et rémunère sur un ETP IDE.

L'analyse détaillée du tableau des ETP montre un financement sur le budget global (BG) du CASVP pour 11 postes dont 7 aides-soignants. A priori, ces compléments de financement sont destinés à rémunérer les CDD longs de remplacement lorsqu'un salarié permanent est absent mais rémunéré par l'établissement. Les tableaux ne peuvent pas être utilisés par la mission pour calculer les postes vacants car ils incluent aussi les postes financés en sus par le CASVP (effectifs en plus).

Le taux d'encadrement global des résidents en ETP réels est de 67 et le taux de prestations directes⁸ est de 83%⁹ ce qui est très supérieur à l'accompagnement moyen en EHPAD.

Les 213 professionnels en poste sont fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) ou contractuels de droit public. La répartition entre les titulaires (76%) et les contractuels (24%) correspond à la volonté affichée de l'établissement de favoriser le droit commun en titularisant les salariés chaque fois que cela est possible. Parmi les 56 contractuels, 45 sont en CDD. Ils sont positionnés sur des postes vacants ou en remplacement d'absences.

3. Personnel médical et paramédical (hors IDE)

- La fonction de médecin coordonnateur à temps plein est occupée par deux médecins exerçant chacun à 0,5 ETP
- Quatre médecins assurent les trois postes de médecin traitant
- Le **semi-poste de médecin psychiatre est vacant**. Actuellement, une infirmière psychiatrique du centre de santé psychiatrique de secteur suit chaque semaine les résidents le nécessitant
- Les postes de **psychologues** ne sont pas totalement pourvus, **(1,1 ETP non pourvu)**. Les psychologues suivent les résidents, leurs familles (2 ETP) et les salariés (0,5 ETP)
- Les personnels de rééducation : les postes de psychomotricien et d'ergothérapeute sont pourvus
- **Libéraux** : 4 kinésithérapeutes et 2 orthophonistes libéraux prennent en charge les résidents de l'EHPAD, sur prescription.

Profession	Présence	Observations	Convention signée
Kinésithérapeute	Du lundi au vendredi am	se déplace sur l'EHPAD	Non, marché public
Kinésithérapeute	Du lundi au vendredi 13-16h	se déplace sur l'EHPAD	Oui
Kinésithérapeute	2 matins/sem	se déplace sur l'EHPAD	Non signé EHPAD
Kinésithérapeute	2 matins/sem	se déplace sur l'EHPAD	Non signé EHPAD
Orthophoniste	RDV en cabinet seulement		Non signé EHPAD
Orthophoniste	RDV en cabinet seulement		Oui

La mission constate que seuls deux des six professionnels paramédicaux libéraux disposent d'une conventions d'intervention valide (cf. tableau supra).

⁸ Les prestations directes sont dispensées par des professionnels directement auprès des résidents

⁹ TdB-ANAP ESMS 2021 :

Répartition des ETP dans un EHPAD en France:

- Prestations directes : 56% des ETP

Écart n°17 : La non formalisation systématique des engagements réciproques de l'établissement avec un professionnel libéral, ne garantit pas les modalités d'intervention du professionnel, la transmission d'informations, les modalités de coordination des soins avec le médecin coordonnateur de l'établissement et la formation continue du professionnel. (R313-30-1 du CASF).

II. Réalisation des plannings IDE et ASD

1. Les ETP minimum

L'établissement est autorisé pour 322 places en hébergement permanent.
Au regard des GMP et PMP validés en 2022, les ratios IDE-IDEDEC et ASD sont de :

Calcul des ratios de soignants				
PMP	248	GMP	742	Nbre places HP
ETP IDE	19	ETP AS	75	322

Les ETP IDE et ASD-AES sont des minimums contractuels cibles (CPOM). Ils correspondent à l'ensemble des équipes (équipes et contre-équipes) de jour et de nuit. Ils représentent le nombre minimum de professionnels permanents de l'établissement pour une prise en charge quotidienne uniforme, sécurisée et de qualité des résidents.

En revanche, ce calcul n'inclut pas les absences réglementaires (congrès annuels, fériés) qui sont statutairement prises en compte pour le calcul des ETP dans la fonction publique. Les ETP et effectifs de l'établissement sont supérieurs aux ratios calculés.

2. L'organisation mise en place

L'établissement a transmis à la mission un tableau de répartition des professionnels selon les unités (ASD) et/ou les bâtiments (IDE) et le tableau des GMP et PMP par unité (mis à jour le 3 mai 2023).

L'établissement a fait le choix de deux équipes en journée, une équipe du matin (6h30-14h18) et une équipe d'après-midi (13h32-21h20) tant pour les IDE que les ASD. Les équipes sont affectées par bâtiment pour les IDE et par bâtiment et unité pour les ASD. Des horaires différents sont présents dans les plannings : 7h-14h48 et 13h12-21h. Il s'agit d'horaires dérogatoires qui peuvent être accordés par le directeur à la demande individuelle d'un salarié.

Les équipes matin, après-midi et nuit sont fixes.

3. Les transmissions inter équipes le matin et le soir

Les horaires des transmissions, communiqués par l'établissement et clairement mentionnés dans les fiches de tâches hebdomadaires des ASD et ASO, font état de transmissions le matin entre 6h30 et 7h et le soir entre 21h et 21h20. Les horaires dérogatoires accordés à de nombreux personnels ne permettent pas la réalisation quotidienne des transmissions dans chaque unité/étage.

La mission a réalisé une étude sur le mois d'avril 2023, bâtiment BACH, et constate que les transmissions sont très rarement possibles. De plus, pour les étages 3 et 4, les transmissions sont réalisées systématiquement par des ASO qui ne sont pas réglementairement des professionnels auxiliaires de soins.

Tableau récapitulatif des possibilités de transmissions en fonctions des salariés présents (OUI : possible ; N : impossible ; ASD : fait par un personnel non soignant)

AVRIL BACH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
TRANS. MATIN	Etage 0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
	Etage 1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
	Etage 2	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
	Etage 3	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI	N	OUI	OUI	OUI	N	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI	OUI	N	N	N	N	
TRANS. SOIR	Etage 4	OUI	OUI	OUI	N	OUI	OUI	N	OUI	OUI	OUI	N	OUI	N	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI	
	Etage 0	N	OUI	OUI	OUI	N	OUI	OUI	N	OUI	N	N	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
	Etage 1	OUI	N	N	N	OUI	OUI	OUI	N	OUI	OUI	N	OUI	OUI	N	OUI	ASO	OUI	OUI	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI	
	Etage 2	OUI	OUI	N	N	OUI	N	N	N	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	N	OUI	OUI	N	OUI	OUI	OUI	OUI	N	OUI	OUI	OUI	OUI	N	N	OUI	OUI
	Etage 3	ASO	OUI	ASO	ASO	N	N	N	N	N	N	N	N	N	ASO	ASO	ASO	ASO	N	N	ASO	ASO	N	ASO	ASO	ASO	ASO	N	N	ASO	ASO
	Etage 4	ASO	ASO	N	ASO	N	ASO	ASO	N	N	ASO	N	N	N	ASO	ASO	ASO	ASO	N	N	ASO	ASO	N	ASO	ASO	ASO	N	N	N	ASO	ASO

Ecart n°18 : L'impossibilité de transmissions soignantes quotidiennes systématiques, le matin et le soir, entre les professionnels auxiliaires de soins et la réalisation de transmissions avec du personnel non soignant constituent un risque pour la continuité des prises en charge en soins et d'accompagnement, sécurisées et de qualité des résidents. (L311-3 CASF et L1110-1 du CSP modifié en 2022).

4. Organisation des équipes de jour

La mission constate que l'établissement a souhaité mettre en place une organisation basée sur le nombre de places par unité et bâtiment qui sont des éléments invariables. Toutefois, cette organisation ne prend pas en compte les charges en soins et en dépendance des résidents. Or, les besoins d'accompagnement (soins et dépendance) sont les références de base d'une organisation qualitative et sécurisée de la prise en charge des résidents¹⁰.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des effectifs calculée par la mission au regard des besoins de prise en charge de dépendance des résidents (GMP) et en soins infirmiers (PMP)¹¹ :

¹⁰ Les professionnels d'accompagnement à la vie quotidienne, dits « agent social au chevet » (ASO) dans les EHPAD du CASVP ne sont pas pris en compte dans les ratios, ce ne sont pas des auxiliaires de soins.
¹¹ Le ratio des infirmiers inclut la coordination de proximité (IDEC ou CS). L'EHPAD a fait le choix d'un coordonnateur par bâtiment.

Bâtiment	Étage	Nom d'unité	Type d'unité	Nombre de places	GMP	RATIO AS	BAT	PMP	IDE / IDEC	RATIO avec IDEC	
CHOPIN	2	C2	UVP	20	817,14	1,9	8,0	132	0,4	1,90	
CHOPIN	3	C3	UVP	20	838,00	1,9		184	0,6		
CHOPIN	4	C4	UVP	19	824,21	1,8		100	0,3		
CHOPIN	5	C5	UVP	19	837,65	1,9		206	0,6		
BACH	0	B0	CLASSIQUE	24	631,30	1,8	11,0	187	0,7	3,94	
BACH	1	B1	CLASSIQUE	27	685,83	2,2		179	0,8		
BACH	2	B2	CLASSIQUE	31	687,31	2,5		143	0,7		
BACH	3	B3	CLASSIQUE	27	681,48	2,1		239	1,0		
BACH	4	B4	CLASSIQUE	30	719,17	2,5	8,8	167	0,8	3,55	
MOZART	UHR	UHR	UHR	14	773,33	1,3		221	0,5		
MOZART	0	M0	CLASSIQUE	7	490,00	0,4		234	0,3		
MOZART	1	M1	CLASSIQUE	27	789,17	2,5		256	1,1		
MOZART	2	M2	CLASSIQUE	27	680,74	2,1	8,8	168	0,7	3,55	
MOZART	3	M3	CLASSIQUE	30	717,24	2,5		219	1,0		
					322	27,3					9,4

L'établissement complète les équipes des unités avec du personnel ASO ce qui permet d'assurer une présence de 30 personnes auprès des résidents matin et après-midi. Le nombre insuffisant d'ASD et la mixité des équipes nécessitent d'étudier la répartition par unité des personnels au regard des besoins des résidents (GMP par unité).

Le tableau ci-dessous compare le ratio minimal de soignants diplômés (en rouge) et la planification faite par l'établissement (en noir)

Bâtiment	Étage	Nom d'unité	Type d'unité	Nombre de places	Nombre de résidents	GMP	RATIO AS	M AS	AM AS	ASO M	ASO AM
CHOPIN	2	C2	UVP	20	19	817,14	1,9	2	2		
CHOPIN	3	C3	UVP	20	20	838,00	1,9	2	2		
CHOPIN	4	C4	UVP	19	19	824,21	1,8	1	1		
CHOPIN	5	C5	UVP	19	17	837,65	1,9	2	2		
BACH	0	B0	CLASSIQUE	24	23	631,30	1,8	1	1	1	1
BACH	1	B1	CLASSIQUE	27	23	685,83	2,2	2	2		
BACH	2	B2	CLASSIQUE	31	26	687,31	2,5	2	2	1	1
BACH	3	B3	CLASSIQUE	27	27	681,48	2,1	2,5	2,5		
BACH	4	B4	CLASSIQUE	30	24	719,17	2,5	1,5	1,5	1	1
MOZART	UHR	UHR	UHR	14	12	773,33	1,3				
MOZART	0	M0	CLASSIQUE	7	6	490,00	0,4	2	2,5	1	
MOZART	1	M1	CLASSIQUE	27	24	789,17	2,5	2	2		
MOZART	2	M2	CLASSIQUE	27	27	680,74	2,1	1	1	1	1
MOZART	3	M3	CLASSIQUE	30	29	717,24	2,5	2	1,5	1	1
							27,3	23	23		

La mission constate que la répartition, déterminée par l'établissement, des ASD et des ASO dans les unités n'est pas conforme aux besoins de prise en charge des résidents actuellement hébergés. Certaines unités sont sous-dotées en personnels diplômés (cf. les données encadrées en rouge dans le tableau ci-dessus).

Remarque 9 : La mission rappelle que la totalité des soins d'hygiène doivent être réalisés le matin¹³ (douche, toilette, capilive, prévention d'escarres, habillage) par des professionnels diplômés dont la répartition dans les unités doit prendre en compte les besoins des résidents.

¹³ Sauf PAI contraire

• Concernant les infirmiers,

Les trois postes cadres (1 ETP pour chaque bâtiment) ne sont pas inclus dans les ETP IDE-IPA (22 ETP). Le professionnel IPA exerce une mission transversale et n'entre pas dans le planning des IDE.

Etude du planning des IDE de mars 2023.

Tableau récapitulatif des présences IDE.

IDE MARS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TT MATIN	7	7	6	6	8	7	6	7	7	7	7	7	8	7	9	8	6	6	7	9	7	7	7	7	7	7	6	7	7	8	6
TT APRES MIDI	5	4	5	4	6	5	6	5	5	5	6	7	6	6	5	6	7	6	5	5	7	6	5	6	5	7	7	7	7	5	
TOTAL DIURNE	12	11	11	10	14	12	12	12	12	12	13	14	13	14	12	15	15	12	11	12	16	13	12	13	12	14	13	14	14	15	11

Les IDE apparaissent en nombre suffisant chaque jour, toutefois la mission constate que l'organisation mise en place (2 équipes) ne permet pas d'atteindre le ratio minimal (9,4 ETP, cf. supra) pour chacune des équipes.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des effectifs calculée par la mission au regard des besoins en soins des résidents et la répartition établie par l'établissement :

IDE	DEBROUSSE	ARS		EHPAD	
		MATIN		A-MIDI	
	CHOPIN	2		2	
	BACH	4		2	
	MOZART	4		2	
	TOTAL	9,4		6	
				4	

La mission constate que seul l'effectif IDE total sur la journée est compatible avec le ratio CPOM, les effectifs planifiés le matin ou l'après-midi sont insuffisants.

Le fonctionnement en deux équipes ne permet pas de réaliser l'ensemble des soins infirmiers techniques le matin (sous-effectifs dans les bâtiments Bach et Mozart) et nécessite un plan des soins sur l'ensemble de la journée. Ce plan de soins, transmis à la mission, indique que des soins techniques sont réalisés l'après-midi par les IDE.

PARIS EHPAD-ALQUIER-DEBROUSSE		Horaires	Actions quotidiennes	Heures types	Act
		14h/18h00			14h par Réa
			Lire les transmissions dans TITAN (utiliser les filtres pour choisir le nb de jours de transmissions...)		
			Prendre connaissance des nouvelles prescriptions		Ent
			Relève T° frigo connecté		
			Organisation des soins avec les AS/ASO		
			Vérification des médicaments per os		
			Soins techniques IDE : Réfection pansements, suivi des plaies dans TITAN, pose bas contention, perfusions, oxygénothérapie...		
			Vérification de la bonite des CNO		
			Vérification de la présence des résidents		

La mission constate que la direction ne reconnaît pas l'EHPAD comme un lieu de vie où les résidents sont libres d'aller et venir. Les résidents ne doivent pas être bloqués dans leur chambre en attente de soins notamment l'après-midi (animations, sorties).

Ecart n°19 : L'organisation ne permet pas non plus le respect des droits individuels des résidents : le droit à une vie ordinaire, aux loisirs et à l'insertion dans la vie de l'établissement, dans la vie de famille et dans la société (L311-3 CASF)

5. Organisation des équipes de nuit

L'établissement a mis en place une présence infirmière chaque nuit et les plannings transmis à la mission montrent la présence effective de ce professionnel quotidiennement.

MARS NUIT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
IDE NUIT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
AS NUIT	10	10	10	11	10	10	10	10	10	10	10	11	11	11	10	10	11	12	11	10	11	10	11	10	10	11	10	10	11	11	11

Pour les aides-soignants, l'établissement n'assure jamais une présence ASD dans chaque unité la nuit. L'organisation prévue est de 10 ASD pour 13 unités, une unité de chaque bâtiment ne dispose pas d'un personnel systématiquement la nuit et de fait, au moins une autre unité de chaque bâtiment est laissée temporairement sans surveillance lors des rondes dans l'unité sans professionnel de nuit attiré.

Le tableau ci-dessous reprend la répartition des ASD de nuit dans les unités

Bâtiment	Étage	Nom d'unité	Type d'unité	Nombre de places	ASD NUIT
CHOPIN	2	C2	UVP	20	1
CHOPIN	3	C3	UVP	20	1
CHOPIN	4	C4	UVP	19	
CHOPIN	5	C5	UVP	19	1
BACH	0	B0	CLASSIQUE	24	1
BACH	1	B1	CLASSIQUE	27	1
BACH	2	B2	CLASSIQUE	31	
BACH	3	B3	CLASSIQUE	27	1
BACH	4	B4	CLASSIQUE	30	1
MOZART	UHR	UHR	UHR	14	
MOZART	0	M0	CLASSIQUE	7	1
MOZART	1	M1	CLASSIQUE	27	1
MOZART	2	M2	CLASSIQUE	27	1
MOZART	3	M3	CLASSIQUE	30	

N° IGAS	OBSERVATIONS
	La mission note que l'établissement veille à ce que tous les personnels de nuit soient des aides-soignants diplômés et que l'unité d'hébergement renforcée et l'unité psychiatrique aient systématiquement un professionnel de nuit. Ecart n°20 : L'organisation de la prise en charge des résidents, tant pour les ASD que pour les infirmiers, ne permet pas d'assurer la présence de la totalité des personnels diplômés nécessaires pour prendre en charge les résidents, en respectant la charge de travail incombant à chaque professionnel (ratios), et en garantissant la qualité et la sécurité des personnes âgées. (L311-3 CASF) 6. Relevés de non-conformités dans les plannings Les plannings sont clairs. Sont présentes les indications suivantes : horaires, bâtiments et unités (couleurs) les noms et initiales de pré-noms des salariés. Les codes utilisés sont simples et compréhensibles car largement utilisés. La mission note que l'encadrement utilise les possibilités du logiciel Excel (fonction de calcul) pour suivre le nombre de personnel dans chaque unité. Par contre, la mission constate que la qualification des professionnels n'est pas indiquée, cela corrobore les informations entendues lors des entretiens, à savoir qu'il n'est pas fait sur le terrain, comme dans le document intitulé « journée type ASD/ASO », de distinction entre les ASD et ASO. L'objectif affiché par l'établissement d'une présence d'au-moins 2 personnels par unité est majoritairement respecté, la mission note toutefois que 4 unités ne bénéficient pas de 2 ASD par plage horaire (matin ou après-midi) : Chopin UVP C4, Bach B0 et B4 et Mozart M2 ce qui représente 100 résidents. La mission a fait le choix d'analyser en détail cinq mois de planning du bâtiment BACH, 5 unités et 139 places¹⁴. • Sur 5 mois analysés, de janvier à juin 2023, la mission constate à 555 reprises qu'une unité du bâtiment Bach ne disposait que d'une ASD (sur une matinée ou après-midi) et à 38 reprises, qu'une unité ne disposait d'aucune ASD. • Sur les cinq mois étudiés, les situations suivantes sont recensées : ○ Absence de personnel sur toute l'unité, ex : le 17 mai. ○ Présence de 4 ASD la même matinée, dans la même unité. ○ Le 19 mai, 14 ASD étaient présentes sur le bâtiment BACH contre 9 le lendemain. ○ Au regard des ratios de l'ARS, les unités de BACH nécessitent la présence d'au-moins 11 ASD chaque heure de la journée Or en 5 mois le nombre de 11 ASD n'est atteint que 20 fois sur 302 plages horaires (151 matins et 151 après-midi). ○ Les unités B2 et B4 nécessitent une présence d'au moins 2,5 ETP d'ASD étant donné le nombre de résidents (respectivement 24 et 26) et le niveau élevé de GMP des unités. En comparant chaque mois le nombre d'ASD par unité, la mission constate qu'à plusieurs reprises ces deux étages sont les moins bien dotés. ○ A plusieurs reprises la seule ASD d'une unité est intérimaire. Toutefois, leurs interventions sont régulières dans l'établissement. ○ La répartition des ASD dans les unités est parfois inadaptée ainsi le 17 mai, 11 ASD sont présentes sur BACH mais aucune dans l'unité B1. Pourtant les plannings montrent que le changement d'unité est une pratique régulièrement utilisée pour l'optimisation des plannings.

¹⁴ Occupations des unités BACH par 123 résidents en date de l'inspection.

N° IGAS	OBSERVATIONS
2.1.1.6 Politique de remplacement	En revanche, les données transmises concernant l'âge des professionnels permanents de l'établissement indiquent que 59% de ces personnels ont plus de 50 ans. Cet indicateur a un niveau de criticité élevé pour un EHPAD au regard de la pénibilité du travail.¹⁸ <u>Remplacements des personnels médico-soignants</u> L'établissement n'a pas transmis à la mission le tableau des remplacements des professionnels médico-soignants demandé. Le nombre de CDD indiqué dans les enquêtes de l'ANAP correspond uniquement aux contrats longs et non à l'ensemble des remplacements puisque les CDD courts sont considérés comme des vacations, comme expliqué infra (2.1.1.7). Les entretiens ont permis de constater les modalités suivantes de la politique de remplacement de l'établissement : • Les absences inopinées sont gérées par réorganisations internes des moyens présents dans l'établissement. • Les absences anticipées de courte durée ne sont acceptées que s'il n'est pas nécessaire de recourir à un remplacement. Les plannings décidés par l'établissement ont été transmis à la mission : 26 ASD + ASO le jour (matin et après-midi) et 10 ASD la nuit. • Les absences longue durée, les congés annuels, sont remplacées ponctuellement sur les jours où l'effectif est sous le minimum décidé par l'établissement (cf. ci-dessus). • Les absences pour maladie, maternité, parentalité et injustifiées sont remplacées. • Les congés bonifiés bénéficient d'un remplacement à mensualités équivalentes. • Les temps partiels de « droit » comme de « non de droit » qui sont autorisés sont compensés à hauteur du temps non travaillé. Les principes de base du remplacement sont établis en référence au coût du remplacement : 1. Lissage des plannings 2. Heures supplémentaires 3. Remplacements ponctuels par des professionnels extérieurs 4. Intérim L'établissement a mis en place depuis janvier 2023 le suivi des dépenses de mensualités de remplacement en collaboration avec le CASVP. <u>Accueil des nouveaux salariés</u> Les nouveaux personnels soignants reçoivent un document de 4 pages contenant quelques lignes et des captures d'écran sur les points suivants : 1-L'informatique 2-Se repérer dans l'établissement 3-Le planning 4-Les procédures Le chapitre 4- Procédure mentionne la déclaration des événements indésirables sans plus d'explication ce qui recoupe les indications mentionnées supra : la déclaration est encouragée sans que les professionnels n'aient reçu les informations et formations ad hoc.

¹⁸ Indicateur de criticité des EHPAD retenu par la direction de l'autonomie de l'ARS Ile-de-France.

N° IGAS	OBSERVATIONS
Dossiers administratifs des salariés Les dossiers des salariés sont stockés dans une armoire du bureau des ressources humaines, sécurisée. La mission a constaté que les dossiers sont classés selon le type de contrat de travail en titulaire ou stagiaire, contractuel CDD, CDI et vacataire. De nombreux professionnels de soins réalisent des remplacements sous le statut de vacataire qui, selon les entretiens menés par la mission, « est une pratique du CASVP qui évite d'avoir à rédiger un contrat de travail et de payer la prime de précarité et de fin de mission ». La mission rappelle que les articles L332-8 à L332-14 du code de la fonction publique, spécifiques à la fonction publique territoriale, déterminent les contrats (CDD et CDI) possibles dans les administrations et leurs établissements. Il existe aussi les contrats de projet, articles L332-24 à L332-26 du même code dont les conditions de mise en œuvre ne sont pas compatibles avec les emplois concernés ici. Le statut de vacataire n'est défini par aucun texte mais par un juge et ne peut être utilisé que pour des besoins ponctuels et spécifiques de l'administration¹⁹. Remarque 10 : La mission constate que l'emploi d'aides-soignants ou d'agents sociaux sous le statut de « vacataire » par l'organisme gestionnaire n'est pas licite. Ces informations sont susceptibles d'être transmises par la mission au CSE de l'organisme gestionnaire. Un échantillon de dossiers de personnels soignants et d'accompagnement (titulaires, contractuels & anciens et récents) a été étudié par la mission. Les dossiers sont identifiés et comportent des sous-dossiers permettant un classement des documents par catégorie. Tous les dossiers étudiés comportent les diplômes des professionnels, le casier judiciaire y compris une mise à jour lors de la titularisation, et les documents administratifs nécessaires au regard du droit du travail ou de la fonction publique (arrêté de titularisation, d'échelon, identité, titre de séjour, carte vitale...). La mission a aussi constaté que tous les dossiers contenaient des arrêts pour accident de travail. Les éléments d'évaluation et de formation ne sont pas dans le dossier papier détenu par l'établissement mais centralisés au CASVP. La mission rappelle que la dissociation des éléments du dossier d'un salarié peut être source de dysfonctionnement ou de perte.	Dossiers administratifs des salariés Les dossiers des salariés sont stockés dans une armoire du bureau des ressources humaines, sécurisée. La mission a constaté que les dossiers sont classés selon le type de contrat de travail en titulaire ou stagiaire, contractuel CDD, CDI et vacataire. De nombreux professionnels de soins réalisent des remplacements sous le statut de vacataire qui, selon les entretiens menés par la mission, « est une pratique du CASVP qui évite d'avoir à rédiger un contrat de travail et de payer la prime de précarité et de fin de mission ». La mission rappelle que les articles L332-8 à L332-14 du code de la fonction publique, spécifiques à la fonction publique territoriale, déterminent les contrats (CDD et CDI) possibles dans les administrations et leurs établissements. Il existe aussi les contrats de projet, articles L332-24 à L332-26 du même code dont les conditions de mise en œuvre ne sont pas compatibles avec les emplois concernés ici. Le statut de vacataire n'est défini par aucun texte mais par un juge et ne peut être utilisé que pour des besoins ponctuels et spécifiques de l'administration¹⁹. Remarque 10 : La mission constate que l'emploi d'aides-soignants ou d'agents sociaux sous le statut de « vacataire » par l'organisme gestionnaire n'est pas licite. Ces informations sont susceptibles d'être transmises par la mission au CSE de l'organisme gestionnaire. Un échantillon de dossiers de personnels soignants et d'accompagnement (titulaires, contractuels & anciens et récents) a été étudié par la mission. Les dossiers sont identifiés et comportent des sous-dossiers permettant un classement des documents par catégorie. Tous les dossiers étudiés comportent les diplômes des professionnels, le casier judiciaire y compris une mise à jour lors de la titularisation, et les documents administratifs nécessaires au regard du droit du travail ou de la fonction publique (arrêté de titularisation, d'échelon, identité, titre de séjour, carte vitale...). La mission a aussi constaté que tous les dossiers contenaient des arrêts pour accident de travail. Les éléments d'évaluation et de formation ne sont pas dans le dossier papier détenu par l'établissement mais centralisés au CASVP. La mission rappelle que la dissociation des éléments du dossier d'un salarié peut être source de dysfonctionnement ou de perte.
2.1.4.4 Glissements de tâches	Fiche de postes Dans le document intitulé « journée type AS/ASO » transmis par l'EHPAD, il est indiqué, de 10h30 à 12h : « pansements + traçabilité dans TITAN ». Pour les IDE, sur le même créneau horaire : « Soins techniques IDE : Réfection pansements, suivi des plaies dans TITAN, pose bas contention, perfusions, oxygénothérapie ». Or réglementairement, seules les IDE sont habilitées à réaliser des pansements (article R4311-7 du CSP), les ASD (et a fortiori les ASO) ne pouvant qu'être en « observation des pansements ». De même, de 16h à 18h30, il est prévu au programme des ASD/ASO la « pose des perfusions ». Cet acte ne peut réglementairement être réalisé par un ASD et fait partie des compétences IDE. Il est à noter que les deux points précités ne sont pas déclinés en tant que tel dans les fiches de poste des ASD et des ASO : les fiches de poste ASO matin et après-midi mentionnent clairement que les ASO ne peuvent réaliser seuls les soins d'hygiène d'un résident : « <i>Participation avec l'aide-soignante aux soins d'hygiène et de confort des personnes âgées dans le respect de leur dignité</i> ».

¹⁹ Il appartient au juge de qualifier le type de contrat en CDD ou vacation.

N° IGAS	OBSERVATIONS
2.1.2.1 Formations initiales et continues	Ecart n°22 : D'après les fiches de tâche, les ASD (et ASO) sont amenés à réaliser des actes de soins qui ne relèvent pas de leurs compétences mais de celles des IDE. La répartition type des personnels dans les unités et les plannings montrent que les glissements de tâches entre les professionnels sont formalisés et appliqués quotidiennement. (L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et L4311-2 à 10 CSP (exercice IDE)). La fiche de poste ASD mentionne uniquement « <i>Observation et mesure des différents paramètres relatifs à l'état de santé des personnes</i> », il y a discordance avec la fiche de tâches. La mission a été destinataire des plans individuels et collectifs de formation 2020, 2021 et 2022. Toutefois, les bilans annuels de formation des années 2020 à 2022 n'ont pas été transmis. Aucun document ne confirme la réalisation des formations inscrites dans les documents ni le nombre et la qualification des professionnels potentiellement formés. Le plan de formation 2023, en cours de réalisation, a été communiqué. La mission constate, l'inscription dans les plans de formation de l'EHPAD ALQUIER DEBROUSSE (individuels et collectifs) de sessions à destination de l'ensemble des professionnels (administratifs, soins, techniques) avec notamment un grand nombre de formations prévues pour l'amélioration de la prise en charge des résidents. La liste des scolarité 2020 et 2023 fait état d'entrées en formation d'aide-soignant de 6 ASO et d'une entrée en formation IDE pour 1 ASD. Les formations « <i>bientraitance</i> » depuis 2021 prévoient la formation de 265 professionnels. • 2021 : 74 professionnels • 2022 : 5 Cat. B, 50 Cat. C • 2023 : 10 Cat. A, 100 Cat. B et 26 Cat. C La mission ne dispose pas du nombre de professionnels ayant réellement suivi cette formation. Toutefois, au cours des entretiens, la mission a appris que la bientraitance fait l'objet d'un projet spécifique qui concerne l'ensemble du personnel. Des formations ont eu lieu en 2022 et se poursuivent en 2023, elles sont réalisées par un prestataire extérieur en deux temps. Tout d'abord, une formation théorique puis, après une période de mise en œuvre sur le terrain, une session d'analyse d'évaluation et de révision et perfection des acquis. Le projet de bientraitance formalisé n'a pas été transmis à la mission. Remarque 11 : La volonté de l'établissement de maintenir et d'améliorer les compétences et les qualifications des professionnels est établie. Toutefois, sans bilan des formations réalisées et des diplômes obtenus, l'établissement ne suit pas la gestion des compétences des professionnels de l'établissement.
2.1.3.1 Temps d'échange organisés interprofessionnels (hors transmission)	Lors de la visite de l'établissement²⁰ et des entretiens avec les professionnels, la mission a constaté qu'aucun temps d'échange entre les professionnels et/ou avec des professionnels extérieurs, notamment pour les personnels médico-soignants et d'accompagnement, n'a été mis en place.

Gestion d'information

²⁰ La mission composée de 7 inspecteurs ou personnes qualifiées est restée sur place 2 jours.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.3.1.2 Documents de pilotage	L'ensemble des données médicales et soignantes sont enregistrées dans le logiciel TITAN. La mission a constaté un taux de remplissage très élevé des dossiers informatisés.	
2.3.1.4 Le RAMA	La mission n'a été destinataire d'aucun rapport d'activité médicale annuel.	
2.3.2.1 Registre des entrées et sorties	L'établissement dispose d'un registre des entrées et sorties depuis 2023. Toutefois, la mission constate que le registre est mal renseigné puisque seules les entrées et les sorties y sont inscrites. La mission rappelle que ce registre est un document administratif, il doit être paraphé par le maire de la commune (arrondissement) et permet d'établir le lieu de résidence des résidents hébergés. En cas d'évacuation de l'établissement c'est le document de référence utilisé par les pompiers pour connaître le nombre de résidents et leurs localisations dans l'établissement. Lors de la mise en place d'un registre, l'ensemble des résidents déjà hébergés doit y être inscrit immédiatement. Ecart n°23 : Le registre des entrées et des sorties mis en place n'est ni complet ni paraphé par le maire. (L331-2 et R331-5 du CASF)	
2.3.4.2 Dossiers administratifs des résidents	La mission a examiné un échantillon de dossiers administratifs des résidents. Ils sont bien tenus, possèdent tous le contrat de séjour signé. Les formulaires concernant les personnes de confiance, les directives anticipées, le droit à l'image ont été retrouvés le cas échéant. En revanche, les annexes du contrat de séjour (liberté d'aller et venir, contentions, etc.) et les projets d'accompagnement individualisé (PAI) ne sont pas présents dans les dossiers.	
2.3.4.3 Dossier médical	Le dossier médical est essentiellement géré sur informatique, sur le logiciel TITAN™, qui permet également la gestion du dossier de soins infirmier et le suivi du travail des soignants. Toutes les prescriptions sont effectuées sur informatique. Les vaccinations sont également tracées dans TITAN™. Tous les comptes rendus d'hospitalisation et de visites médicales externes sont scannés et rattachés au dossier informatisé du résident (le médecin prescripteur reporte les conclusions dans le dossier informatisé). Une secrétaire médicale est en charge de ce travail. La mission a pu vérifier que les dossiers des résidents comportaient régulièrement des documents externes rattachés au dossier informatisé. Il reste toutefois un reliquat de dossier médical papier pour archiver les originaux des comptes rendus externes et les radiographies.	
2.3.4.4 Modalités de stockage, de sécurisation des dossiers médicaux et du respect du secret professionnel	L'accès aux dossiers médicaux informatisés n'est possible qu'en disposant d'un identifiant et d'un mot de passe, après avoir ouvert une session Windows sur l'un des ordinateurs de l'EH PAD. Le profil utilisateur, lié au métier du professionnel, permet de gérer les accès en lecture et en écriture aux différentes rubriques. Les dossiers papiers sont stockés, au sein des postes de soins (dont l'accès est sécurisé par un code), dans des armoires non fermées à clé. Ainsi, toute personne qui a accès au poste de soins (tel que l'agent qui assure les petites réparations, l'équipe de ménage ou les ASD/ASO) a également accès aux dossiers médicaux papier, ce qui est contraire à la réglementation. Ecart n°24 : L'accès à la partie « papier » des dossiers médicaux n'est pas sécurisé de manière satisfaisante, certains professionnels non habilités pouvant y avoir accès. (L1110-4 CSP)	

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N° IGAS	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.4.1.3 Etat général du ou des bâtiments, entretien, vétusté	L'établissement est constitué de 3 bâtiments implantés sur un parc arboré. Construit en 1982, les pavillons ont été rénovés de 2006 à 2009. ➤ Le pavillon Chopin regroupe les services administratifs, l'accueil, des salles d'animation et dispose de 78 places réservées à l'UVP. ➤ Le pavillon Bach dispose de 139 places en unité classique ➤ Le pavillon Mozart dispose de 105 places dont 14 places pour l'UHR Les sous-sols communiquent entre eux par des galeries de liaison. Si le rez-de-chaussée du bâtiment Chopin (accueil, espace cafétéria) est agréable et très bien entretenu, les espaces au sein des unités ne bénéficient pas de la même qualité d'entretien (cf. photos n°18 et 19). Le ménage est assuré par un prestataire extérieur, il intervient principalement le matin ce qui limite l'entretien au fil de la journée. Une fois le passage réalisé par le personnel du prestataire, personne ne prend le relai en cas d'incident (taches d'urine, de crachat ..., au sol ou sur les fauteuils...). Une fiche d'émargement du prestataire vue sur un étage d'un des bâtiments laisse apparaître que les interventions ne sont pas quotidiennes (cf. photo n°20). Le ménage des tables après le goûter est réalisé par les AS et après le dîner par l'hôtelière qui nettoie également les sols. Des témoignages de salariés et d'usagers confirment ce que la mission a observé et les familles se plaignent du manque d'hygiène (EIG du 15/09/2022 et 26/10/2022 et enquête de satisfaction des familles 2022). L'équipe d'inspection a constaté le manque d'hygiène dans les étages des bâtiments et ne possède pas d'information sur l'hygiène générale des locaux ni la fréquence du nettoyage.	



Photo n° 18 : locaux sales



Photo n° 19 : revêtement de sol endommagé et sale

Par ailleurs, la mission a observé la présence de rongeurs et des traces de déjection dans les locaux ou mobiliers (cf. photo n° 21). Des pièges ont été vus dans les locaux, des professionnels ont expliqué que certaines personnes avaient peur des nuisibles mais que les mesures de dératisation et les pièges mis en place fonctionnaient.

Ces conditions d'insalubrité et d'hygiène défectueuses sont signalées par l'association de solidarité des familles et amis des personnes accueillies dans les EHPAD de la Ville de Paris (ASFAPADE) dans un courrier adressé à la Maire de Paris et l'ARS le 23 juillet 2023 (information transmise à la VDP postérieurement au jour de l'inspection). Le problème est connu et pris en charge par l'établissement qui peine à éradiquer la propagation malgré les mesures mises en place. Ces sujets sont abordés lors de réunions mensuelles avec les familles et en CVS. La Direction précise que « la conception des meubles des offices des étages empêche tout nettoyage en dessous » et que « les travaux de réfection des offices sont inscrits depuis plusieurs années au plan de travaux de l'EHPAD ».

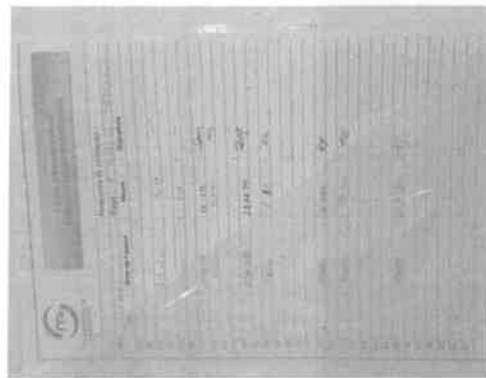
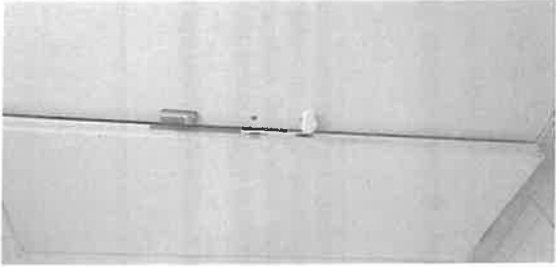


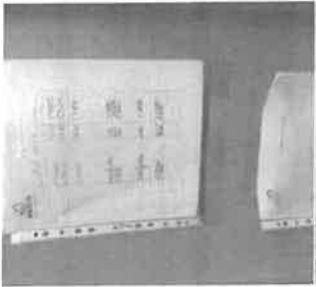
Photo n° 20 : élargement équipe ménage



Photo n° 21 : déjections de souris

N° IGAS	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
	<u>Ecart n°25 :</u> Les conditions d'hygiène et de salubrité actuelles ne garantissent pas le respect de la dignité et de la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 du CASF. La mission a par ailleurs constaté qu'un des placards sécurisés était ouvert.  Photo n° 22 : placard sécurisé laissé ouvert <u>Remarque 12 :</u> Les locaux et placards qui doivent normalement être sécurisés sont accessibles aux résidents.	
2.4.1.8 Local ou pièce équipée d'un système fixe de rafraîchissement de l'air	Tous les espaces communs des étages sont climatisés et des climatisations mobiles supplémentaires sont disponibles.	

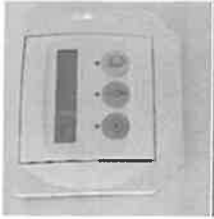
N° IGAS	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
2.4.2.2 Déplacement horizontal et verticaux des PMR	Les couloirs sont larges et possèdent des barres d'appui. Les sanitaires sont également équipés de barres d'appui. Les bâtiments disposent tous de plusieurs ascenseurs	
2.4.3.7 & 2.4.3.9 Matériels et équipement facilitant les transferts des personnes pour les actes essentiels de la vie	Les chambres ne possèdent pas de rails plafonniers pour les transferts mais des verticalisateurs sont à disposition du personnel.	
2.4.3.6 Suivi des réparations et petits travaux quotidiens	Les demandes de réparation sont centralisées dans un cahier à disposition des professionnels des étages dans le poste de soins du bâtiment. Une équipe technique réalise chaque jour les petits travaux dans les pavillons.	
2.4.4.2 Le circuit du linge	La lingerie est située dans les sous-sols du bâtiment Bach. Le service prend en charge le linge des résidents et externalise le linge plat et les tenues des professionnels. Les lingères vont récupérer le linge sale dans chaque étage des 3 bâtiments, il est descendu en lingerie par des ascenseurs spécifiques au circuit du linge et activités supports. Le linge est trié et lavé dans 4 machines avec dosage automatique des différents produits lessiviels (lessive, détachant, désinfectant). Après séchage, les lingères plient et rangent le linge dans des casiers portant le nom et le numéro de chambre des résidents puis elles remontent les charriots et rangent le linge tous les jours dans les armoires des résidents. Il est mentionné dans le « plan d'actions » une perte importante du linge. Pour y remédier, il y est également indiqué le souhait d'un « marquage puçage du linge pour limiter la perte » et que la première action à mener est l'inventaire du linge à l'entrée.	

N° IGAS	OBSERVATIONS
2.5.2.7 Risque infectieux	L'établissement est depuis au moins deux ans infesté de souris (entretiens, réclamations, signalement par l'établissement). La direction a déclaré avoir mis en place une convention avec une entreprise de lutte contre les nuisibles pour une facture s'élevant à 50 000 € en 2022 sans réel résultat puisque la mission a rencontré des rongeurs en plein jour. La convention et la facture, demandées sur place, n'ont pas été fournies. La présence de nombreux rongeurs dans l'établissement est un risque sanitaire pour les résidents, les salariés et les visiteurs. C'est plus largement un risque sanitaire et de santé publique pour l'ensemble des bâtiments mitoyens et voisins. Les souris sont des vecteurs de maladies pour les humains et peuvent transmettre la salmonellose, la leptospirose, la teigne, les vers ou les hanta virus. Ces maladies peuvent être plus ou moins grave en fonction de leurs prises en charge et de la vulnérabilité du malade. Elles représentent un risque sanitaire important. L'établissement a mis en œuvre une mesure conformément au règlement sanitaire de la Ville de Paris (section 4-article 119) toutefois cela reste insuffisant. La mission rappelle que ce même règlement présente diverses mesures de prévention et de lutte contre les rongeurs à mettre en œuvre dans d'autres sections du règlement sanitaire. (Mesures d'éloignement des enclos d'animaux, architecturales, fréquences de nettoyage, etc...) Ecart n°26 : La présence de souris en nombre dans l'établissement crée un risque sanitaire important pour les personnes vulnérables que sont les résidents en EHPAD et va à l'encontre du droit fondamental à la « protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles », de même que la « meilleure sécurité sanitaire possible » dans un ESMS. (L1110-1 CSP)
2.5.2.7 DASRI	Les déchets d'activité de soins à risque (DASRI) sont récupérés dans les étages par le service salubrité et transportés dans le local DASRI fermé à clé situé au sous-sol du bâtiment CHOPIN. Ils sont relevés une fois par semaine par un prestataire retenu dans le cadre d'un marché public. La convention a été transmise.  Photo n° 23 : tracabilité ramassage DASRI

N° IGAS	OBSERVATIONS
2.5.2.11 Surveillance des vaccination des résident	D'après les entretiens, la vaccination antigrippale a été proposée à l'ensemble des résidents. Seuls quelques résidents l'ont refusée. Un sondage effectué par la mission sur un tiers des dossiers des résidents présents le jour de l'inspection (soit 99 dossiers), montre que 75 % des résidents ont été vaccinés contre la grippe pour la campagne 2022-2023. Ce taux atteint exactement l'objectif fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé²¹ concernant la protection antigrippale des populations de plus de 65 ans mais est inférieur au taux constaté en EHPAD d'après l'enquête annuelle de Santé Publique France (SPF) qui, en 2021, était de 76,8 % au niveau national et de 78,7 % au niveau de l'Ile-de-France. SPF considère pourtant que cette couverture vaccinale est « encore insuffisante » alors même qu'elle est probablement sous-estimée²². La mission note que ce taux est un peu faible en comparaison des taux observés dans les EHPAD franciliens qui affichent les meilleures pratiques en la matière (85 à 95 % de résidents vaccinés). Concernant la vaccination antigrippale du personnel, elle est proposée gratuitement à tout le personnel. Aucun suivi spécifique des professionnels qui en ont bénéficié n'est réalisé au sein de l'EHPAD mais, d'après les entretiens, les taux de vaccination sont faibles. Selon les entretiens, l'organisation de la vaccination anti-pneumococcique des résidents est en cours de finalisation, pour une mise en œuvre au mois de mai 2023.
2.5.3.3 Prévention des chutes	 En dehors de cette affichage, la mission n'a pas vu ni reçu de document concernant un plan antichute dans l'établissement.

²¹ Vu sur le site du Ministère de la Santé et de la Prévention : « L'objectif de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière défini par l'Organisation Mondiale de la Santé est fixé à 75 % pour les populations ciblées par les recommandations »

²² Santé Publique France, 23/12/2021 : Vaccination contre la grippe : couvertures vaccinales des résidents et des professionnels exerçant en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) : « La couverture vaccinale en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) était élevée mais restait encore insuffisante (76,8 %) [...] Les estimations de couvertures vaccinales grippe peuvent cependant être sous-estimées, certains ESMS ayant signalé ne pas disposer des informations de vaccination grippe en temps réel en cours de campagne de vaccination. »

2.5.4.3 Système d'appel malade	Les chambres et les salles d'eau sont équipées de sonnettes reliées à un bipper porté par les soignants. Lorsque l'appel malade est actionné, un voyant s'allume à l'extérieur du local et un appel sonore est envoyé sur le bipper porté par les soignants.  <u>Photo n° 24 : bipper appel malade</u>  <u>Photo n° 25 : voyant d'appel malade</u>  <u>Photo n° 26 : pavé d'acquiescement appel malade</u> Le test d'appel effectué par les membres de la mission a permis de vérifier un temps de réponse rapide des soignants. Cependant, le CR du CVS du 3 mars 2023 et certains témoignages font état de difficultés d'utilisation du système d'appels malades parfois débranché ou difficile d'utilisation pour certains résidents mal voyants.
2.5.3.4 Systèmes anti-fugues	L'accès au bâtiment principal se fait par un large sas d'entrée fermé par des portes vitrées avec ouverture automatique sans code. L'établissement dispose d'une vidéo-surveillance des accès mais n'est pas équipé d'un système anti-fugue et de fait, un résident de l'établissement avec des troubles cognitifs importants et pour lequel l'institutionnalisation est compliquée au regard de ses antécédents de vie, quitte régulièrement l'établissement (information transmise à l'ARS par l'établissement postérieurement à l'inspection).

3. Prises en charge

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

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.1.1.1 Demande d'admission	La direction a transmis une procédure d'admission. D'après celle-ci, les demandes peuvent venir de via trajectoire ou être réceptionnées sur site après validation par le bureau des EHPAD du CASVP. En cas de refus d'admission, un courrier signé du directeur est envoyé à la famille expliquant le motif du refus (niveau de soins requis trop élevé, pas de disponibilité...). Il a par ailleurs été indiqué à la mission que des visites de l'établissement étaient organisées une fois par semaine pour des familles souhaitant se renseigner. Préadmission : Le MedCo et les médecins prescripteurs salariés sont sollicités pour donner leurs avis sur les dossiers avant réalisation d'une visite de préadmission au cours de laquelle ils complètent une fiche médicale sur le résident et identifient ses premiers besoins. Cette procédure est décrite sous le nom de « procédure d'admission » (non datée, non signée et d'après les entretiens elle a récemment été élaborée par la MedCo). La procédure confirme qu'un avis médical est donné pour chaque admission. Cependant, la mission note que la procédure prévoit systématiquement une modification du médecin traitant du résident afin qu'il soit suivi par le médecin prescripteur. Si cette approche vise à s'assurer que le résident bénéficiera bien d'un suivi médical par les médecins salariés de l'EHPAD, elle remet cependant en cause le libre choix du médecin traitant par le résident, qui est énoncé dans l'article L.1110-8 du CSP et dans l'article L.311-3 du CASF
3.1.1.2 Avis médical à l'admission	Ecart n°27 : La « procédure d'admission » de l'EHPAD ne prévoit pas la situation où le résident souhaite conserver son médecin traitant ce qui va à l'encontre du respect des droits des résidents et contrevient à l'article L1110-8 du CSP. Admission : Il n'existe pas de procédure sur la prise en charge des résidents par les équipes médicales et soignantes dans les suites de leur admission (liste minimale de tests à réaliser, responsables, délais, etc.). De fait, le bilan d'entrée est très différent d'un résident à l'autre et dépend largement du médecin prescripteur. Le MedCo n'intervient pas sur la coordination du bilan gériatrique à l'entrée. Pour rappel, à l'entrée en EHPAD, la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée coordonnée par le MedCo est recommandée par la HAS et la Société Française de Gériatrie et Gériatriologie (SFGG). Cette évaluation gériatrique est prévue réglementairement dans les missions du MedCo. Toutefois, certains bilans sont réalisés régulièrement à l'entrée du résident. Il a été indiqué en entretien que les psychologues voient l'ensemble des nouveaux résidents. Dans les dossiers ont été retrouvés des tests en lien avec les capacités cognitives (MMSE et EVS dans respectivement 61% et 25% des dossiers), des évaluations psychocomportementales (NPI-ES dans 49% des dossiers, autres tests dans 10% des dossiers), une évaluation de la thymie dans 29% des dossiers et une évaluation du risque d'escarre pour 86% des dossiers. Remarque 13 : Il n'existe pas de procédure qui précise les modalités minimales d'évaluation des besoins en soins de tout nouveau résident, à réaliser par les professionnels médicaux et soignants de l'EHPAD lors de l'admission, dans l'établissement.

N° IGAS	OBSERATIONS
3.1.3.3 Projet d'accompagnement individualisé	Aucun résident de l'EHPAD ne dispose actuellement d'un projet personnalisé à jour. Une réflexion est en cours pour organiser la formalisation des projets personnalisés. Il n'y a pas encore de référent par résident mais l'équipe de cadres soignants travaille actuellement à identifier un référent ASD du matin et un référent ASD de l'après-midi pour chaque résident. Les ASD qui ont vocation à être référents sont depuis peu associés aux visites de préadmission. Il est envisagé que les IDE soient désignées référentes pour un étage La procédure d'admission prévoit qu'un rendez-vous est pris avec les proches et l'équipe de l'EHPAD trois mois après l'arrivée du résident pour la réalisation de son PAP. La direction informe la mission que l'élaboration et la mise à jour des PVI constituent un axe d'amélioration. Il est indiqué, dans l'évaluation interne 2023 transmise, que « Le projet de vie a été confondu avec le projet de soins et ne prend pas suffisamment en considération les goûts des résidents, l'aspect occupationnel et les loisirs et se concentrait sur les besoins physiologiques des résidents ». Par ailleurs, les animateurs et les familles ne participent pas à l'élaboration des PAP des résidents. Dans le cadre du déploiement de la bientraitance, un Comité de projet « Projet accompagnement Personnalisé – PAP » va être mis en place au sein de l'établissement avec pour objectif que chaque résident ait un « accompagnement personnalisé formalisé dans un PAP ». Le comité de projet devra dans ce cadre, protocoliser les étapes indispensables à la rédaction du PAP. Le Comité de projet est constitué de représentants de différentes catégories de professionnels (IDE, ASD, ASO, psychologue, animateur...). Il débutera ses travaux en septembre 2023 et devra s'interroger, entre autres, sur les données initiales à recueillir concernant le résident, la place du résident et de sa famille dans le PAP, l'élaboration du plan de soins, sa mise à jour et sa place dans le PAP, la place des directives anticipées et de la personne de confiance dans le PAP. Ecart n°28 : Aucun projet personnalisé de résident n'a été formalisé ce qui va à l'encontre des droits des résidents, ne permet pas un accompagnement qualitatif et contrevient à l'article D312-155-0-3° du CASF.
3.1.4.1 Modalités organisationnelles et pratiques d'échanges entre les professionnels de l'établissement	Il existe des réunions d'encadrement : • Le lundi matin entre les 3 responsables de soins et la cadre supérieure de santé ; • Le mercredi matin : les mêmes personnes, associées à la cadre de santé chargée de la qualité et l'IDE de pratique avancée ; • Le vendredi matin, dans la même configuration que le lundi matin En dehors de ces réunions qui concernent plus spécifiquement l'encadrement, l'EHPAD a transmis un planning qui mentionne une réunion de service d'une durée d'une heure par trimestre mais aucun compte rendu de ces réunions n'a été transmis. Par ailleurs, en entretien, une cadre de santé a indiqué qu'il n'existe pas de réunions incluant les soignants IDE et ASD/ASO concernant l'amélioration des pratiques. Tous les échanges se font lors des transmissions quotidiennes, qui durent environ 45 min et dont les thèmes abordés dépassent parfois les simples transmissions. Cependant, la mission note qu'il ne s'agit pas d'une organisation optimale et qu'il n'existe pas d'espace suffisant pour l'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place de mini formations. Remarque 14 : Il n'existe pas de groupe d'analyse de pratiques professionnelles (GAPP) leur permettant de prendre du recul par rapport aux pratiques professionnelles et à la prise en charge des résidents.

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.1.4.4 Commission de coordination gériatrique	Aucune réunion de la commission de coordination gériatrique n'est organisée, ce qui est contraire à la réglementation. Pourtant, compte tenu des effectifs de l'EHPAD, qui dispose de ses propres médecins prescripteurs, l'organisation de ces réunions est grandement facilitée par rapport aux EHPAD qui ont recours à des médecins traitants libéraux. <u>Ecart n°29 :</u> L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique génère un risque de non qualité de la prise en charge médicale des résidents. (D312-158 3° du CASF).
3.1.4.5 Modalités d'intervention des médecins traitants et/ou salariés	Les médecins traitants des résidents sont tous des médecins prescripteurs salariés de l'EHPAD, au nombre de quatre, répartis principalement par bâtiment. En entretien, les médecins prescripteurs interrogés ont indiqué avoir signé un contrat avec l'EHPAD²³. Un planning de présence des médecins de l'EHPAD est élaboré mensuellement. Il est disponible auprès de chaque responsable des soins. Ce planning n'est pas diffusé aux équipes soignantes. En journée, lorsqu'un médecin est en vacances, les soignants ne savent pas toujours vers quel médecin ils peuvent se retourner.
3.1.4.6 La complétude des dossiers médicaux	La mission a analysé la complétude de neuf dossiers de résidents. Huit comportaient une observation médicale récente et six des résultats de biologie récents, ce qui témoigne d'un suivi médical régulier des résidents. Toutefois, la mission note que, pour une résidente [REDACTED] aucune observation médicale n'a été formalisée à la date de l'inspection, soit environ 20 jours après l'admission. Le traitement de la résidente est cependant à jour dans TITANTM. <u>Remarque 15 :</u> Le dossier d'une résidente admise [REDACTED] avant l'inspection ne comportait aucune observation médicale.

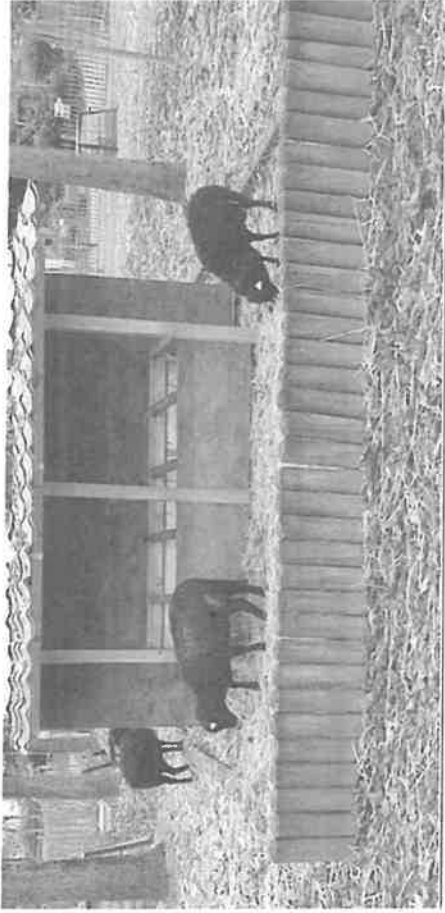
²³ Pour rappel, ce contrat doit être transmis au conseil de l'ordre des médecins départemental

N° IGAS	OBSERATIONS
Les temps de transmissions inter équipes 3.1.4.7	Les transmissions écrites se font sur le logiciel TITAN™. Des transmissions sont prévues par l'établissement le matin et le soir entre ASD de jour et de nuit, toutefois, elles sont rarement réalisées (cf. supra). Un temps de transmission d'une durée d'environ 30 à 45 min est organisé chaque jour à 13h45 par bâtiment, associant la cadre ou responsable soignant, le médecin prescripteur, les IDE du matin et de l'après-midi, la psychologue, et, une fois par semaine ou tous les 15 jours, la psychomotricienne et l'éducateur sportif (APA). Ce temps est essentiel pour la coordination des équipes car c'est le seul espace de communication réellement interdisciplinaire. Le soir, les transmissions se font entre les ASD de jour et l'IDE de nuit (vers 20h30) et entre IDE de jour et de nuit. Toutes ces transmissions s'appuient à la fois sur l'oral et sur l'écrit. En effet, tous les personnels utilisent TITAN™, comme la mission a pu le constater en consultant les transmissions dans les dossiers informatisés des résidents. Sur l'ensemble des 3580 transmissions réalisées à l'UHR entre le 01/01/2023 et le 26/04/2023, date de l'inspection, 60 % sont des transmissions ciblées. La même analyse a été faite sur tout le bâtiment Chopin et le nombre de transmissions est proportionnellement beaucoup moins élevé (4842 pour quatre unités), avec un pourcentage de transmissions ciblées nettement inférieur (27 %). Les transmissions narratives permettent une moins bonne traçabilité car il est plus compliqué d'y rechercher une information précise. De manière générale, la mission constate à la lecture des transmissions que certaines informations qui figurent dans les transmissions narratives, telles que le pouls ou la tension artérielle (TA), ne sont pas reprises dans les rubriques dédiées du dossier TITAN™. Ainsi, pour un résident mis sous traitement antihypertenseur et pour lequel une surveillance quotidienne du pouls et de la TA est demandée le 16/03/2023, le dernier relevé de pouls et TA qui figure dans les « surveillances » du dossier du résident est daté du 16/03/2023 alors qu'une transmission du 22/03/2023 mentionne les constantes. La mission n'a pas réalisé cette analyse des transmissions sur les autres unités de l'EHPAD. Remarque 16 : Le taux de transmissions ciblées est peu élevé dans les unités de vie protégées, notamment en comparaison de l'UHR. La traçabilité des surveillances de constantes ne se fait pas toujours dans les rubriques prévues dans TITAN™ et est peu exploitable lorsqu'elle est réalisée sous forme de transmissions.

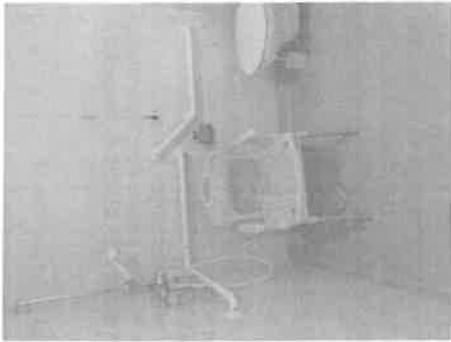
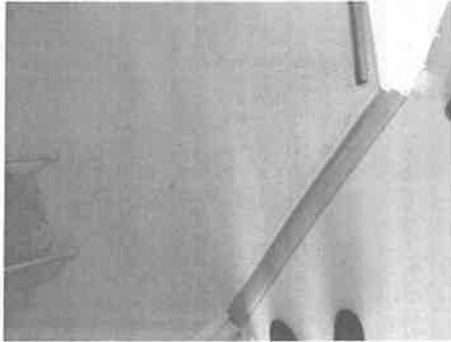
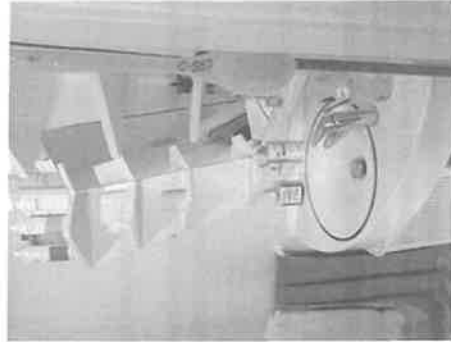
Respect des droits des personnes

N° IGAS	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
3.2.1.1 Association de la famille, des proches, des aidants, des personnes de confiance, des bénévoles à l'accompagnement de la personne accueillie :	Les locaux permettent aux familles ou à l'entourage de rencontrer les résidents. La direction précise que les réunions dédiées aux familles ont été interrompues (cf. supra). Les familles sont reçues sur demande par la direction et les cadres de santé.	
3.2.2.1 « La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie », le livret d'accueil	La charte des Droits et Libertés est affichée dans le hall d'accueil. Elle est également annexée au contrat de séjour et au livret d'accueil remis lors de l'entrée d'un nouveau résident.	
3.2.2.2 Personne qualifiée extérieure	La liste départementale des personnes qualifiées et la procédure de sollicitation et d'intervention est jointe au contrat de séjour. La mission ne l'a pas vue affichée dans les locaux.	
3.2.2.5 Personne de confiance	Les personnes de confiance sont identifiées dans le dossier d'admission. Le chapitre 10 décrit le rôle de la personne de confiance conformément à l'article L.311-5-1 du CASF. Une notice d'information et le formulaire de désignation de la personne de confiance sont joints en annexe au contrat de séjour. Des formulaires de désignation de la personne de confiance ont été vus dans l'échantillonnage de dossiers des résidents étudié par la mission. Le rapport d'activité 2022 précise qu'au 31 décembre 2022, 84 personnes de confiance étaient désignées.	
3.2.2.6 Directives anticipées	L'article 10 du contrat de séjour informe le résident de la possibilité de rédiger des directives anticipées. La notice d'information et le formulaire de directives anticipées sont joints en annexe au contrat de séjour. Le rapport d'activité 2022, précise qu'au 31 décembre 2022, 67 directives anticipées étaient signées.	
3.2.3.1 Les contentions	Les décisions de mise sous contention et de réévaluation sont discutées en équipe pluridisciplinaire, en particulier au moment des transmissions. L'examen des dossiers médicaux montre que les contentions sont prescrites médicalement. Par ailleurs, lors des entretiens, plusieurs professionnels ont indiqué les mesures prises pour limiter les contentions, telles que l'abaissement maximal du lit et l'installation d'un matelas supplémentaire au sol. Ces mesures constituent des bonnes pratiques. Il n'existe pas de liste des résidents sous contention. La mission a pu estimer le nombre de résidents sous contention d'après les plans de soins infirmiers, sur lesquels sont mentionnées les heures de mise en place des contentions au lit et au fauteuil. Au total, 28 résidents (dont 19 au bâtiment Bach, 4 à Chopin et 5 à Mozart) sur 296 (soit 9,5 % des résidents) sont sous contention, ce qui est un taux raisonnable en EHPAD. Il n'existe pas de réunion dédiée à l'examen et à la réévaluation des contentions, ce qui est contraire aux RBPP.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Références juridiques et RBPP
	Il est à noter que 2 résidents du bâtiment Chopin ont une « surveillance de contention » prévue alors qu'aucune contention les concernant n'est mentionnée au plan de soins infirmiers. D'après les entretiens, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention n'est pas révisée pour tenir compte de la contention, ce qui est contraire à la réglementation. <u>Ecart n°30 : L'annexe au contrat de séjour des résidents n'est pas révisée au moment de la mise sous contention ou de la levée de la contention.</u> (L311-4-1 CASF)	
3.2.3.2 Identito-vigilance	Les portes des chambres ferment à clé. Celle-ci est confiée aux résidents qui peuvent la gérer. Les portes comportent les photographies des résidents. L'établissement a recours aux photographies des résidents, notamment dans le classeur de distribution des médicaments.	
3.2.4.1 Mesures de protection juridique d'un majeur	Il existe un formulaire de signalement au procureur de la République en vue d'une mesure de protection : il peut être rempli par le service des admissions et signé par la Direction. Le rapport d'activité 2022 précise qu'au 31 décembre 2022, 107 résidents étaient sous mesure de protection. L'établissement possède une régie avec un coffre, ce qui permet de sécuriser les valeurs des résidents. Cette information est précisée dans le contrat de séjour.	

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.3.2.1 Animation	L'équipe d'animation de l'établissement est constituée de trois animateurs, intervenant chacun dans un des pavillons, et d'une responsable d'animation. Au jour de l'inspection, un poste d'animateur est vacant. L'équipe se réunit chaque semaine pour faire le bilan des activités. La programmation est organisée avec des temps individuels et des temps collectifs. Les activités se déroulent par étage dans chaque pavillon ou dans une salle collective du bâtiment Chopin. Le programme s'ajuste pour les résidents en UVP ou UHR. Une commission d'animation s'est tenue en juin 2022. Le bilan d'activité des animations, bien que partiel compte tenu de la prise de fonction de l'équipe en avril 2022, décrit une diversité d'actions (activités, festivités, sorties) et un partenariat développé avec des associations, des bénévoles, des établissements scolaires...). La mission note une collaboration avec les ateliers des beaux-arts, de la médiation animale... Le journal « les échos » est édité chaque trimestre. L'équipe d'animation accueille chaque nouveau résident avec une affiche de bienvenue. Une note est diffusée aux familles afin de faire connaissance, connaître les besoins des résidents et proposer aux familles de participer à la vie de la résidence. L'établissement a mis en place une « ferme pédagogique » avec des moutons, un lapin et des poules.  Photo n° 27 : poulailler  Photo n° 28 : bergerie L'équipe animation a accueilli par ailleurs 10 stagiaires en 2022.
3.3.2.2 Animation / Projet d'établissement	Le projet d'établissement, actuellement obsolète, ainsi que les enquêtes de satisfaction consacrent un chapitre au volet « Animation ».

Vie quotidienne. Hébergement :

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.4.1.1 L'équipement de la chambre	Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, de WC, de placards et permettent l'accueil de la famille. Elles disposent d'une salle de douche.    Photo n° 29 : salle de douche Photo n° 30 : bas de poste de salle de douche Photo n° 31 : meuble salle de douche La mission constate que les salles de douches sont d'accès facile avec un seuil ultra plat et un revêtement anti glisse. Remarque 17 : Le meuble placé au-dessus de la vasque présente des angles saillants des deux côtés et à hauteur d'homme.
3.4.3.2 Enquête de satisfaction sur la restauration Commission des menus	Les enquêtes de satisfaction transmises (2020 et 2022) étaient à destination des familles. Celle de 2022, consacre un volet à la restauration avec des résultats globalement satisfaisants. Le compte-rendu du CVS de mars 2023 fait part de « critiques unanimes concernant le prestataire qu'il s'agisse du service, de la qualité nutritionnelle, de l'équilibre ou de la présentation des repas. » La commission des menus ne s'est pas réunie cette année. Cependant, il a été précisé à la mission qu'un Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) se réunissait une fois par trimestre.
3.4.3.3 Menu ou mets de substitution	Il a été indiqué à la mission qu'un menu sans viande ou sans porc pouvait être proposé aux résidents qui le demandaient. La possibilité de substitution a été supprimée en 2023 par le prestataire.

N° IGAS	OBSERVATIONS
Recensement et suivi des régimes alimentaires prescrits 3.4.3.5	Un tableau de suivi des régimes, textures et allergies alimentaires pour chaque résident est affiché en cuisine. Ce tableau précise également si le résident a besoin d'une aide au repas (aide totale ou stimulation). Il a été indiqué à la mission que les menus étaient validés par un diététicien du prestataire de restauration puis par un diététicien du CASVP. Il n'existe pas de recherche systématique du risque de fausse route, notamment à l'admission. Pour rappel, la réalisation de tests simples (ex. : test du verre d'eau) est recommandée lors de l'évaluation gériatrique initiale²⁴. Sur TITANTM, le régime est mentionné pour 209 résidents sur 296 (soit 71%) et la texture du repas pour 236 résidents (soit 80%). En entretien, le MedCo a indiqué qu'un audit des dossiers avait permis d'identifier des problèmes de dénutrition. Les résultats de cet audit, qui semble avoir été réalisé en début d'année 2023 (d'après le mail de commentaire des résultats du médecin conseil du CASVP daté du 27/03/2023), montrent qu'il s'agit exclusivement d'un audit des dossiers portant essentiellement sur la traçabilité de certaines informations (dont les pesées mensuelles et l'IMC). Il n'y a aucune analyse des IMC et des évolutions de poids. Une estimation du niveau de dénutrition au sein de l'EHPAD²⁵ montre qu'elle est à un niveau élevé²⁶, à 37% (soit 109 résidents), dont 21% de dénutrition sévère (soit 62 résidents). Rapporté au nombre de résidents de chaque bâtiment, le niveau est plus élevé à dans les UVP de Chopin (43%) en comparaison de Bach et Mozart (respectivement 34 et 35%). Par ailleurs, l'établissement ayant transmis les poids des résidents du bâtiment Bach en 2022, la mission a analysé l'évolution du poids de 97 résidents²⁷ sur un an. La baisse de poids moyenne est de 0,5 % (58 résidents ont perdu du poids et 39 en ont pris). Un bilan nutritionnel de l'ensemble des résidents a été réalisé récemment par l'EHPAD (reprenant les critères de l'analyse réalisée par la mission d'inspection et y ajoutant les albuminémies) et rapporte des chiffres proches en termes de résidents dénutris (115), mais plus importants pour la dénutrition sévère (80). Un régime hyper protéidique est indiqué, dans TITANTM, pour 114 résidents. Les médecins ont mentionné en entretien qu'ils prescrivaient régulièrement des compléments nutritionnels oraux (CNO). En effet, d'après les tableaux récapitulant les régimes des résidents par bâtiment transmis par l'EHPAD, 19 % des résidents bénéficient de CNO. La mission a effectué l'analyse de la traçabilité des prises de CNO pour l'UHR depuis début 2023. Il en ressort que, parmi les résidents bénéficiant de CNO, seules 58 % des prises sont tracées. Lors des entretiens, les médecins, les cadres de santé ont mentionné leur connaissance d'un niveau élevé de dénutrition au sein de l'EHPAD. Selon eux, l'origine serait quasiment due exclusivement à la mauvaise qualité de la nourriture, et surtout aux quantités insuffisantes proposées par le prestataire de restauration, La direction partage ce constat et considère la nutrition comme un des 3 principaux problèmes rencontrés par l'EHPAD.

²⁴ Guide Direction Générale de la santé / Société Française de Gériatrie et Gérologie, 2007 : Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, p56

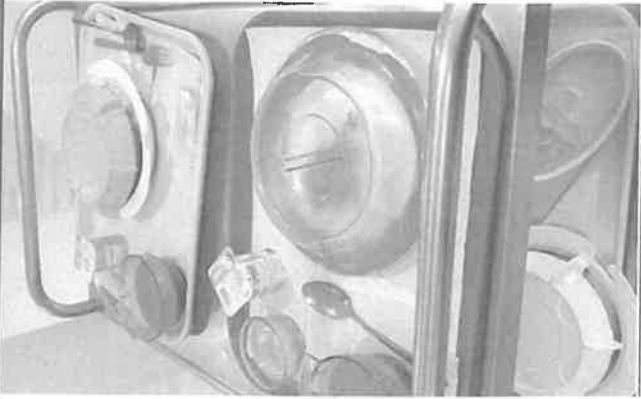
²⁵ Analyse par la mission d'après l'extraction TITANTM de tous les poids et IMC des résidents, selon les critères diagnostiques de dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus indiqués par la HAS et de la Fédération Française de nutrition (document « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » du 10/11/2021) : Dénutrition sévère : perte de poids supérieure ou égale à 10% en un mois et/ou IMC inférieur à 20 ; Dénutrition : perte de poids supérieure ou égale à 5% en un mois et/ou IMC inférieur à 22. Les critères d'albuminémie et score MNA n'ont pu être pris en compte car ils n'étaient pas disponibles dans l'extraction des données de TITANTM.

²⁶ Dans le document de la HAS de 2007 « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », un taux de 15 à 38 % de dénutrition est mentionné chez les personnes vivant en institution.

²⁷ Résidents présents au bâtiment Bach entre avril et juin 2022 et encore présents fin avril 2023, à la date de l'inspection

Variation de poids sur 1 an	Nb résidents	% résidents
de -29,9% à -20%	1	1%
de -19,9% à -10%	8	8%
de -9,9% à 5%	11	11%
de -4,9% à 0%	38	39%
de 0,1% à 5%	17	18%
de 5,1% à 10%	12	12%
de 10,1% à 20%	9	9%
de 21,1% à 30%	1	1%
Total	97	100%

N° IGAS	OBSERVATIONS
	Comme les soignants, elle argumente une insuffisance en terme de qualité, de quantité et une inadéquation entre les repas proposés et les besoins des résidents (texture, apport calorique). Les nombreuses démarches engagées auprès du prestataire, dont des points mensuels, n'ont pas apporté de réelles améliorations. Le plan d'action transmis, daté du 12 mai 2023, précise que des situations de dénutrition ont été relevées par le médecin de l'ARS lors de la coupe PATHOS 2022. Le contrat avec le prestataire actuel arrive à échéance en octobre 2023. La direction a demandé à participer à l'élaboration du cahier des charges du prochain marché transmis. Toutefois, la direction de l'établissement n'est pas décisionnaire, c'est un marché public CASVP. Cependant, la mission note que si un bilan de l'état nutritionnel de tous les résidents a bien été mené récemment, l'analyse approfondie des causes en lien avec l'organisation n'a été engagée. Ainsi, il n'a pas été recherché si les temps consacrés aux repas sont suffisants, si la stimulation des résidents est bien organisée et réalisée, si les quantités de nourriture jetées en fin de repas étaient importantes. Il est rappelé qu'un bon niveau de nutrition est un socle fondamental pour la santé des personnes âgées en institution. Remarque 18 : L'estimation du taux de dénutrition des résidents rapporte un taux élevé, à 37%, dont 21% de dénutrition sévère. Remarque 19 : L'audit nutritionnel réalisé au sein de l'EHPAD n'a pas exploré les aspects organisationnels des repas, dans un objectif de mise en place d'actions correctives complémentaires au travail effectué avec le prestataire de restauration.
3.4.3.7 Horaires des repas	Les horaires des repas sont les suivants : • Petit déjeuner : A partir de 7h30 • Déjeuner : 12h • Goûter : 15h30 • Dîner : 18h45 Le déjeuner et le dîner sont servis dans les étages ou en chambre. Il n'y a pas de salle de restauration commune par bâtiment. Une collation est systématiquement proposée sur prescription médicale pour les résidents diabétiques et les résidents de l'UHR. Pour la collation de nuit, 42 % des résidents en bénéficient, en fonction de leur souhait, ce qui permet de limiter la durée du jeûne. Il est par ailleurs à noter que les 45 salariés du prestataire répartis en 2 équipes préparent les repas pour les 3 bâtiments d'ALQUIER DEBROUSSE ainsi que 94 repas, en liaison froide, pour l'EHPAD « Sara Weill-Raynal ».

N° IGAS	OBSERVATIONS
	Les repas sont mis en assiette par les salariés du prestataire et servis par les ASD et ASO. La mission présente lors d'un dîner a pu constater que la présentation des repas est peu soignée ce qui ne contribue pas à stimuler l'appétit les résidents..  Photo n° 32 : plateau repas résident 1  Photo n° 33 : plateau repas résident 2 Les menus des 3 derniers mois n'ont pas été transmis à la mission. La pesée est prévue mensuellement, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP). La mission a observé que le pourcentage de résidents n'ayant pas été pesés depuis au moins un mois à la date de l'inspection est de 13% (38 résidents sur 296). Il existe une liste récente des résidents dénutris par bâtiment et, pour le bâtiment Bach uniquement, des décisions d'alimentation les concernant. TITAN™ permet d'intégrer dans le plan de soins des consignes relatives à la stimulation à l'alimentation ou au suivi des ingesta. Les professionnels ont indiqué en entretien que les résidents chez lesquels était observée une baisse de poids importante bénéficiaient d'un suivi des ingesta sur quelques jours et d'une pesée hebdomadaire afin que le médecin puisse affiner la stratégie alimentaire. Remarque 20 : Au jour de l'inspection, 13 % des résidents n'ont pas été pesés depuis au moins un mois.
3.4.3.9 Suivi de l'état nutritionnel	
3.4.3.10 L'aide au repas	Les plans de développement des compétences transmis (2021,2022,2023) font apparaître des formations aux troubles de la déglutition (formation Nutrition/Dénutrition de la personne âgée - Hygiène bucco-dentaire - Troubles de la déglutition). La mission n'a pas retrouvé, ni dans le classeur des procédures situé dans le poste de soins, ni dans TITAN™, une procédure sur l'aide au repas.

Soins

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.8.1.1 Les professions de santé	Les professions de santé mobilisés pour la prise en charge ont été mentionnés supra. D'après les entretiens, l'absence d'orthophoniste fait défaut dans les prises en charge (pour la rééducation et pour les bilans de fausses routes).
3.8.1.4 Professionnels coordonnateurs de l'équipe de soins	Un MedCo est en poste à hauteur de 0,5 ETP depuis septembre 2022. Par ailleurs, un autre MedCo est présent depuis le 21/04/2023 à hauteur de 0,5 ETP, ce qui permet de compléter le niveau de temps requis pour un EHPAD de plus de 200 lits, à savoir 1 ETP. [REDACTED] [REDACTED] Ecart n°31 : [REDACTED]
3.8.2.1 Suivi de la prise en charge des résidents Dossiers médicaux et de soins	Les supports de transmissions sont : • En premier lieu TITAN™, qui est utilisé par tous les soignants, paramédicaux et médecins de l'EHPAD ; • Par ailleurs, un tableau mural effaçable au sein du poste de soins, sur lequel sont rappelés certains soins ou traitements (comme les pansements, les résidents sous patch antidouleur ; etc.) ; • Un agenda papier des rendez-vous médicaux externes et sorties temporaires de résidents. En entretien une cadre soignante a indiqué qu'il n'existe aucun support spécifique pour l'accueil des nouveaux personnels arrivants et remplaçants, bien que l'EHPAD ait souvent recours à des personnels vacataires. Cependant, on retrouve la trace d'un livret d'accueil destiné à favoriser l'accueil des nouveaux arrivants dans le plan d'actions transmis par l'EHPAD, mis à jour après l'inspection. Il est indiqué : « Livret rédigé mais reste encore lourd ». Une fiche « Pocket » leur est donnée à l'arrivée en poste (cf. supra) Les professionnels interrogés n'ont pas connaissance des protocoles et procédures de soins. Il a été indiqué à la mission que le classeur des protocoles présent dans les postes de soins ne sont pas utilisés par les soignants. Tous les résidents bénéficient de plans de soins individualisés. Une grande partie d'entre eux a été mise à jour récemment, en particulier concernant le travail des ASD/ASO, afin que TITAN™ puisse devenir l'outil de référence pour l'organisation de leur travail. Pour les IDE, l'organisation du travail repose généralement sur l'impression de la liste des résidents dont elles ont la charge et le fait de noter à la main sur ces feuilles les soins et surveillances à réaliser, notamment d'après les transmissions TITAN™. L'encadrement de proximité a indiqué que l'objectif est, à l'instar des ASD/ASO, qu'elles n'utilisent plus que TITAN™ pour la programmation des soins infirmiers.

N° IGAS	OBSERVATIONS
	Remarque 22 : A la date de l'inspection, aucun document dédié à l'accueil des nouveaux soignants et des remplaçants n'était diffusé, malgré le recours régulier à ces derniers.
3.8.2.2 Traçabilité des soins	La traçabilité des soins est effectuée à distance des soins, sur TITAN™, ce qui est susceptible d'entraîner des erreurs. La saisie est réalisée sur ordinateur. Il y a au moins un poste informatique dans chaque poste de soins [REDACTED]. Auparavant, la saisie était effectuée grâce à des lecteurs informatiques dits « zapettes » mais celles-ci ont progressivement été perdues. De nouvelles zapettes ont été achetées mais pas encore mises en fonction. La mission n'a pas pu vérifier la traçabilité effective des soins réalisés car les extractions issues de TITAN™ mentionnent systématiquement un non-pointage, même quand le commentaire de pointage précise que le soin a été dépointé pour être repointé en tant que refus. Cependant, la mission a interrogé une ASD sur les pointages et a constaté, avec elle, qu'elle n'avait pas pointé les soins pourtant réalisés la veille. Elle a alors indiqué qu'elle devait régulièrement faire face à des problèmes de connexion ou de fonctionnement de TITAN™ et que le pointage était alors parfois impossible à réaliser. L'agenda présent dans les postes de soins comporte parfois la mention du dysfonctionnement de TITAN™. La mission a effectivement pu constater que les temps de connexion pouvaient être très longs et que l'application se trouvait régulièrement en panne. Une nouvelle version de TITAN™ devait être installée quelque temps avant l'inspection mais les dysfonctionnements ont été tels qu'il a fallu revenir d'urgence à la version antérieure. Lors de la visite des locaux de soins, la mission constate que des produits de santé sont ouverts sans mention d'une date de péremption.
3.8.2.3	 Photo n° 34 : exemple médicament recto  Photo n° 35 : exemple médicaments verso Certains produits de santé conservés dans le réfrigérateur des locaux de soins présentent une date de péremption dépassée. (Jour d'inspection : 27/04/2023)

N° IGAS	OBSERVATIONS
	 Photo n° 36 : médicament périmé <u>Ecart n° 32 :</u> Des flacons de médicaments ouverts sans indication de date d'ouverture et/ou de date de péremption et la présence de compléments nutritifs oraux périmés au sein du réfrigérateur, constituent un risque pour la sécurité des résidents (L.311-3 du CASF).
3.8.2.43.8.2.5	Lors de la dispensation, les IDE travaillent avec un classeur dans lequel se trouve le plan de prise de chaque résident, accompagné de la prescription originale du médecin traitant. Comme visible sur la photo ci-dessous, le plan de prise est élaboré par la PUI de façon nominative pour chaque résident. Il reprend l'ensemble des traitements du résident en indiquant le moment de la prise, la voie d'administration, la posologie, etc. 
3.8.2.6	Les médecins traitants des résidents sont les trois médecins prescripteurs, salariés de l'EHPAD. La totalité des prescriptions se fait sur Titan™ et les prescriptions sont actualisées, d'après la vérification réalisée par la mission sur trente dossiers pris au hasard. Les DCI sont indiquées pour chaque médicament prescrit. Les prescriptions ne mentionnent pas si l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante.

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.8.2.7	Selon les échanges lors des entretiens avec l'équipe médicale, il existe bien une liste préférentielle de médicaments construite par la PUI. Celle-ci n'a pas été vérifiée par la mission.
3.8.2.8 Les prescriptions médicales	Toutes les prescriptions sont effectuées par les médecins.
3.8.2.9	Les ordonnances sont prescrites par le médecin traitant de l'unité dans Titan™. La pharmacie la valide. En cas d'anomalie ou de question, la pharmacie appelle ou envoie un mail avant de valider. L'équipe médicale apprécie de pouvoir échanger ainsi avec le pharmacien.
3.8.2.12	Le stock tampon est rangé dans l'armoire à médicaments sécurisée [REDACTED]. Les médicaments y sont rangés par la cadre de santé, par molécule et non par résident. Elle est connectée en permanence avec la PUI qui suit chaque entrée et chaque sortie. Afin d'y effectuer une action, les professionnels doivent s'identifier. Cela permet de retracer de façon nominative tout ce qui est entre et sort de l'armoire. Il est conforme et contrôlé. Photo n° 37 : armoire à médicaments sécurisée Les médicaments réfrigérés sont stockés dans un réfrigérateur qui est également connecté et fonctionne comme l'armoire sécurisée.

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.8.2.133.8.2.14	La préparation des médicaments est réalisée au sein de la PUJ. Ce local comporte les dispositions nécessaires en termes d'adaptation, de sécurité et de propreté. Pour les traitements ensachables, c'est un robot qui réalise la mise en sachet avec un contrôle vidéo du sachet par le logiciel et par un professionnel de la PUJ validé d'un pharmacien en cas d'anomalie détectée. Pour les traitements hors pilulier, ils sont remis à l'établissement dans leur contenant d'origine. Ils sont d'abord stockés dans l'armoire sécurisée de la résidence puis sortent par les professionnels paramédicaux selon les besoins. Au cours de leur utilisation, ils sont stockés au sein du casier des résidents, dans les chariots de distribution.
3.8.2.16	Comme énoncé précédemment, la préparation des doses à administrer s'effectue au sein de la PUJ. Les professionnels qui s'en occupent sont dédiés uniquement à cette tâche. Cette préparation s'effectue bien au vu de la dernière ordonnance du médecin traitant sachant que dans la résidence, chaque pavillon dispose d'un médecin traitant qui a en charge l'ensemble des résidents du pavillon. Cela permet qu'aucun résident ne se retrouve en pénurie de médicament traitant. Le contrôle des médicaments préparés par le robot est décrit précédemment. En ce qui concerne les traitements hors pilulier, ils sont positionnés dans les sacs avec les rouleaux qui partiront sur la résidence par coursier. Les PDA sont préparés à la semaine.
3.8.2.17	L'administration des médicaments est réalisée à l'aide du semainier (plan de prise/distribution) comme mentionné précédemment. Ce semainier est édité par la PUJ au vu de la dernière prescription. Les chariots de distribution des médicaments sont positionnés, fermés à clés,
3.8.2.18 Traçabilité de l'administration ou de la non-administration des médicaments	Il existe une traçabilité de l'administration des médicaments, systématiquement effectuée par les IDE. En effet, les ASD/ASO qui ont effectué l'aide à la prise médicamenteuse ne tracent pas elles-mêmes la prise au plus près. En cas de refus de prise d'un médicament par le résident, elles rapportent ledit médicament à l'IDE à l'issue de la distribution, ou du repas, et mentionnent la non-prise. L'IDE tente alors de nouveau d'inciter le résident à prendre le médicament et mentionne le cas échéant la non-prise sur TITAN™. La mission n'a pas été en capacité de mesurer le taux de pointage des prises médicamenteuses à l'échelle de l'ensemble de l'EHPAD. Une analyse a été réalisée pour l'UHR, où le taux est de 58% depuis le 01/01/2023³⁰. Les taux sont un peu meilleurs le matin et le soir (respectivement 61 et 60%) que le midi, l'après-midi et le coucher (respectivement 50 et 46%³¹). La mission relève que les médicaments censés être donnés en « si besoin » ne sont pas pointés si non donnés. En excluant les médicaments en « si besoin », le taux global de pointage est de 66 %. Remarque 23 : D'après l'étude effectuée sur l'UHR, la traçabilité de la distribution des médicaments est faible, d'autant plus que la non-prise médicamenteuse de ceux indiqués « si besoin » n'est pas tracée.
3.8.2.20	Il ressort des entretiens avec les professionnels paramédicaux qu'il existerait une liste de médicament à ne pas broyer, sans n'avoir pu la retrouver afin de la transmettre à la mission. Il n'a pas plus été transmis à la mission de protocole de broyage des médicaments.

³⁰ Sur un total de 23719 médicaments à distribuer aux résidents de l'UHR entre le 01/01/2023 et le 26/04/2023, veille de l'analyse

³¹ A noter que le midi, le taux de médicaments en « si besoin » est d'un tiers alors qu'il est d'un quart le matin et le soir, ce qui contribue à un taux global de pointage plus bas le midi

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.8.2.22 Organisation de la délégation d'administration des médicaments	De plus, cette délégation de la distribution des médicaments n'est pas correctement organisée dans le sens où il n'existe aucune traçabilité de formations sur ce sujet ni traçabilité d'une vérification par l'encadrement IDE, IDEC ou cadre de santé de la bonne application par le personnel ASD des pratiques définies dans le protocole. La mission rappelle que le terme de « distribution » recouvre deux actions différentes, la distribution et l'aide à la prise, qui ne peuvent pas toutes être réalisées par les ASO. Les personnels d'accompagnement à la vie quotidienne dénommés « ASO » dans l'établissement peuvent participer à « l'aide à la prise » une fois la distribution réalisée par une IDE ou une ASD dans le cadre d'une délégation. L'ASO, comme l'ASD, peut assister le résident pour l'ouverture des emballages, porter un verre à la bouche, etc. Une ASD interrogée en entretien a confirmé qu'elle n'avait jamais reçu de formation spécifique sur l'aide à la prise des traitements et n'avait connaissance d'aucun protocole en la matière. Ecart n°33 : En permettant la délégation de la distribution des médicaments aux ASO (cf. protocole de délégation) le gestionnaire contrevient aux articles L4311-2, R4311-4 et L4391-1 du CSP Ecart n°34 : La délégation de l'administration des médicaments aux ASD n'est pas suffisamment organisée par un protocole auquel ces personnels auraient été formés et dont la bonne application aurait été vérifiée par l'encadrement soignant ce qui génère un risque pour la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
3.8.2.23	■■■■ sont gérés au sein de l'armoire sécurisée comme l'ensemble des autres traitements hors pilulier/stock tampon. Lors de la réception, ils y sont rangés par le/la cadre de santé. Le suivi d'utilisation s'effectue donc via l'armoire sécurisée.
3.8.2.24 Dépistage et lutte contre la douleur HAD	L'EHPAD a transmis un « protocole douleur » daté de 2016. Il y est spécifié que les personnes sous traitement antalgique doivent bénéficier d'une évaluation quotidienne à l'initiation du traitement, « qui pourra passer à une fois par semaine ». La mission a analysé les dossiers de 6 résidents ayant une prescription de morphine et vérifié l'existence d'une évaluation de la douleur selon une échelle. Un seul dossier mentionnait une évaluation récente de la douleur (du 24/04/2023). Pour les autres dossiers, il n'y avait soit aucune évaluation de la douleur (2 dossiers), soit une évaluation de la douleur datant de 2020 et 2 dossiers mentionnaient une évaluation remontant environ à un mois (26/03/2023 et 03/04/2023). Par ailleurs, la mission a consulté de nombreux autres dossiers de résidents dans lesquels aucune évaluation de la douleur se basant sur une échelle ne figurait. Cependant, les transmissions mentionnent régulièrement des douleurs des résidents, mais sous forme littéraire, en mentionnant la présence d'une douleur et sa localisation. Sous cette forme, l'information est peu exploitable par les autres professionnels et dans la durée. Ecart n°35 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés. (L1110-5 et L1112-4 du CSP).

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.8.2.25 Les soins palliatifs et à la fin de vie	Une procédure « Organisation des soins palliatifs en EHPAD », datée du 10 mars 2023, a été transmise. La diffusion de cette procédure récente auprès des équipes n'est pas attestée par l'émargement à une formation interne.
3.8.2.26 Suivi des pathologies rencontrées dans l'ESSMS	Même si des protocoles existent, dont un relatif à la conduite à tenir en cas de chute, les soignants ne s'y réfèrent pas. Cependant, ils savent qu'ils doivent appeler l'IDE avant de décider de mobiliser le résident et qu'ils doivent remplir une fiche de chute sur TITAN™. Le nombre de chutes déclarées en 2022 est de 514 (soit 43 par mois) et il est en augmentation pour 2023 (51 par mois sur les 3 premiers mois), ce qui indique que le personnel déclare régulièrement. Les chutes sont analysées lors des transmissions mais il n'y a pas de réunions pluridisciplinaires de bilan (qui pourraient notamment associer l'ergothérapeute) dédiées à ce thème, dans un objectif d'analyse des causes et de mise en place de mesures d'amélioration, ce qui est contraire aux RBPP³². À noter que ce type de réunion d'analyse n'est pas non plus prévu dans le protocole « prévention et prise en charge des chutes » de janvier 2016 transmis par l'EHPAD. Par ailleurs, la mission note que, depuis 2002, 43 chutes dont les circonstances sont « Chute au cours de la marche » ont concerné un total de 11 résidents en GIR1, ce qui est incompatible, ces résidents étant cotés en « C » (aucune autonomie) sur les transferts et les déplacements <u>Ecart n°36 :</u> Il n'y a pas de réunions pluridisciplinaires régulières de bilan des chutes des résidents. (L311-3 CSP et RBPP supra).
3.8.3.1 Les postes de soins	[REDACTED]
3.8.3.2	Le chariot d'urgence [REDACTED] est situé dans le bureau du cadre soignant ou du médecin traitant. Les postes de soin sont équipés de matériel de pesée, d'instrument de mesure et de produits d'hygiène, etc. Le stockage des médicaments est conforme. L'ensemble des médicaments à savoir le stock tampon, hors pilulier, sont entreposés dans les armoires sécurisées [REDACTED]
3.8.3.4	Les traitements en cours ensachés sont stockés dans les chariots de distribution au sein des casiers nominatifs des résidents tout comme les hors piluliers en cours. Les traitements d'urgence sont stockés dans les chariots d'urgence. Chaque pavillon dispose d'un chariot d'urgence entreposé dans le bureau du cadre soignant ou du médecin traitant.
3.8.3.8 Le stockage du chariot d'urgence	Le chariot d'urgence (un par bâtiment) est situé dans le bureau du cadre soignant ou du médecin traitant. Le stockage du chariot d'urgence est conforme. Le jour de la visite, il est scellé et les vérifications mensuelles sont bien effectuées et tracées. Il contient un défibrillateur externe, un obus d'oxygène accroché dans le chariot, un kit d'aspiration fonctionnel. Deux extracteurs à oxygène sont présents dans le bureau de la cadre de santé.

³² RBPP HAS avril 2009 : Évaluation de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

N° IGAS	OBSERVATIONS
3.8.3.9 Le DAE	Un défibrillateur automatique externe (DAE) est disponible au niveau du hall d'accueil de l'EHPAD, fonctionnel et accompagné de la signalétique réglementaire.
3.8.4.1 Le projet de soins	Les projets de soins individualisés ne sont pas formalisés. Un travail est en cours pour organiser leur élaboration progressive. Actuellement, seul le plan de soins est déterminé pour chaque résident et programmé dans TITAN™. Lors de l'entrée d'un nouveau résident, les besoins en soins sont déterminés par les médecins de l'EHPAD (lors de la phase de préadmission et dans les suites de l'admission) ainsi que par la cadre de santé, la psychologue, les IDE et les ASD en charge des résidents. Comme précédemment évoqué, l'EHPAD ne s'appuie pas sur un bilan gériatrique systématique. Les besoins sont, le cas échéant, abordés en pluridisciplinarité lors des transmissions. En revanche, il n'existe pas de réunions dédiées à la mise au point des projets de soins individualisés et leur remise à jour.
3.8.4.3 Les DLU	Remarque 24 : La mise au point d'un projet de soins individualisé par résident est actuellement insuffisamment aboutie. Les DLU sont accessibles à tout moment via TITAN™ dans leur version la plus à jour possible. Le contenu du DLU respecte les recommandations de la HAS. Cependant, la mission note que dans le protocole de soin que lui a transmis l'EHPAD intitulé « Urgence : procédure d'hospitalisation des EHPAD » non daté et non signé, la liste des documents à préparer pour l'hospitalisation en urgence n'inclut pas le DLU (mais liste des éléments qui en font partie intégrante). Ainsi, ce protocole ne semble plus du tout à jour du fonctionnement de l'EHPAD. Ecart n°37 : Le protocole de gestion d'une hospitalisation en urgence n'est pas à jour par rapport au fonctionnement effectif de l'EHPAD.

4. Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N° IGAS	OBSERVATIONS
4.2.1.1 Groupements hospitaliers de territoire (GHT)	Aucune convention de partenariat de l'EHPAD avec des établissements extérieurs n'a été transmise à la mission, bien que ces documents aient été demandés. Il n'existe en particulier pas de convention avec un établissement de santé pour l'accueil en urgence des résidents, ce qui est contraire à la réglementation. En entretien, il a été indiqué que les urgences étaient adressées le plus souvent à l'hôpital Tenon (le plus proche) ou bien à Saint-Antoine et que, pour les problèmes orthopédiques, l'EHPAD avait régulièrement recours à la clinique Mont-Louis, sans que les résidents aient besoin de passer par les urgences. Ecart n°38 : L'absence de convention avec un établissement de santé pour l'accueil des résidents en cas d'urgence contrevient à la réglementation. (L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF).
4.2.1.2 Intervention de personnels médicaux et paramédicaux libéraux	Ces conventions sont récentes Elles prévoient la traçabilité régulière des interventions de ces professionnels dans les dossiers médicaux et dossiers de soins des résidents. Un partenariat avec des chirurgiens-dentistes a permis, en début 2023, de réaliser un contrôle buccodentaire chez l'ensemble des résidents de l'EHPAD et de déterminer les soins à mettre en œuvre. Actuellement, les soins dentaires des résidents sont en cours de réalisation. Des formations des personnels soignants sur le thème de l'hygiène bucco-dentaire sont programmées pour les prochaines semaines. Pour les consultations de spécialité, les résidents sont régulièrement envoyés à l'hôpital Tenon (ou chez les spécialistes qui suivaient auparavant les résidents) et les professionnels interrogés ont indiqué ne pas avoir de difficulté particulière pour le suivi médical spécialisé, à l'exception du suivi psychiatrique.
4.2.1.4 Les modalités d'accompagnement nocturne	L'EHPAD bénéficie de la présence d'une IDE de nuit, ce qui limite le recours à la HAD.
4.2.1.5 Partenariat extérieurs médico-soignants Conventions	L'EMG de Rothschild délègue une IDE environ une fois par mois, et à la demande, notamment pour des avis sur les plaies. Il peut également être fait appel au gériatre de l'EMG pour les résidents dont la prise en charge médicale est complexe. Aucune convention n'a été transmise.

N° IGAS	OBSERVATIONS
4.2.1.6 Modalités d'accompagnement par une équipe mobile de soins palliatifs ou un réseau de santé	D'après les entretiens réalisés par la mission avec les médecins et soignants, l'EHPAD travaille avec HumanEst, dispositif d'appui à la coordination. Cependant, aucune convention n'a été transmise. Pour rappel, le Ministère de la santé recommande de formaliser la collaboration entre équipe de soins palliatifs et EHPAD³³. Une procédure « organisation des soins palliatifs en EHPAD », datée du 10 mars 2023 a été transmise mais elle ne mentionne pas le recours à un service externe. D'après ce document, la prise en charge palliative semble avoir vocation à être gérée en interne. Remarque 25 : L'EHPAD n'a pas formalisé la convention qui le lie au dispositif d'appui à la coordination HumanEst, ce qui est contraire aux recommandations du Ministère de la santé.
4.2.2.1 Partenariats avec des ESSMS	Aucun élément n'a été transmis par l'EHPAD attestant de liens avec d'autres établissements ou services sociaux ou médicosociaux (ESSMS). Mais l'EHPAD faisant partie du CASVP, il bénéficie de soutien du gestionnaire dans la mise en place et le partage des bonnes pratiques professionnelles.

³³ Ministère de la santé, Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 : « AXE : 1, VI-Rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux [...] Systematiser la collaboration, formalisée par des conventions entre établissements de santé disposant d'une équipe mobile de soins palliatifs et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et pour personnes adultes handicapées. »

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

Ecart n°1 :	Le taux d'occupation actuel est inférieur au taux cible, réglementaire de 95% ce qui contrevient à l'article R. 314-160 du CASF et à l'arrêté du 28 septembre 2017.....	11
Ecart n°2 :	Il n'existe pas de projet spécifique pour l'unité d'hébergement renforcée. (D312-155-0-2 du CASF).	11
Ecart n°3 :	Les critères d'entrée et de sortie des résidents de l'UHR ne sont pas respectés. (D312-155-0-2. I du CASF).	18
Ecart n°4 :	Les professionnels de l'UHR ne sont pas tous formés à la prise en charge en soin des résidents accueillis dans l'unité. Ils ne sont pas non plus formés à l'utilisation de la salle Snoezelen, dont l'utilisation était prévue dans le dossier de candidature de l'UHR. (D312-155-0-2 III du CASF).	18
Ecart n°5 :	Le règlement de fonctionnement n'a pas été présenté en CVS et n'est pas affiché dans l'établissement ce qui contrevient aux articles L311-7 et R311-34 du CASF.	19
Ecart n°6 :	Le projet d'établissement est obsolète (L311-8, D311-38, D312-158, 1° et D312-160 CASF du CASF).	19
Ecart n°7 :	La possible obsolescence du plan bleu ne permet pas de garantir sa mise en œuvre en cas de nécessité. D312-160, D312-155-4-1 et L311-3 du CASF).	19
Ecart n°8 :	L'absence de document unique de délégation pour le directeur de l'établissement ne permet pas de connaître l'étendue des responsabilités et des missions du directeur ce qui contrevient aux articles D312-176-10 & D312-176-5 du CASF.	21
Ecart n°9 :	L'absence de formalisation de la double direction assurée par le directeur ainsi que la répartition des tâches tant avec l'organisme gestionnaire (CASVP) qu'avec les directeurs adjoints génèrent un risque de désorganisation et de confusion et contreviennent aux articles D312-176-10 et D312-176-5 du CASF.	21
Ecart n°10 :	L'absence de documents pour confirmer les qualifications, diplômes paramédical et de cadre de santé, inscription à l'ordre infirmier et au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), de même que la nomination de la directrice adjointe « soins », dans le grade de cadre supérieure de santé, ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents et contrevient aux articles L 311-3 1° et 3° du CASF et L 4311-15 et L 4312-1 du CSP.	22
Ecart n°11 :	En ne vérifiant pas l'inscription, obligatoire, à l'ordre infirmier des IDE salariés, le gestionnaire ne peut garantir la qualification des salariés et contrevient aux articles L1110-1, L4311-15 et L4312-1 du CSP.	23
Ecart n°12 :	L'absence d'un engagement du second médecin coordonnateur à valider l'un des diplômes obligatoires pour l'exercice de cette fonction ne permet pas de garantir la prise en charge médicale.(D312-157 du CASF).	23
Ecart n°13 :		23
Ecart n°14 :	L'ensemble des documents d'informations à destination des résidents et des familles n'est pas présent dans les espaces publics (L311-8 et R311-34 du CASF).	24
Ecart n°15 :	Aucun des documents demandés relatifs au CVS (comptes rendus des réunions de 2021,2022,2023, calendrier prévisionnel 2023...), n'a été transmis à la mission. La mission n'a pas la certitude qu'un bilan des EIG est présenté au CVS. (R331-10 du CASF)	25
Ecart n°16 :	La mission n'a pas connaissance de procédures de déclaration et d'analyse des EI/EIG au sein de l'établissement. De plus, elle constate un défaut de formation aux EI/EIG du personnel et un recensement non exhaustif des déclarations faites aux autorités ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 à 10 du CASF.	29
Ecart n°17 :	La non formalisation systématique des engagements réciproques de l'établissement avec un professionnel libéral, ne garantit pas les modalités d'intervention du professionnel, la transmission d'informations, les modalités de coordination des soins avec le médecin coordonnateur de l'établissement et la formation continue du professionnel. (R313-30-1 du CASF).	33
Ecart n°18 :	L'impossibilité de transmissions soignantes quotidiennes systématiques, le matin et le soir, entre les professionnels auxiliaires de soins et la réalisation de transmissions avec du personnel non soignant constituent un risque pour la continuité des prises en charge en soins et d'accompagnement, sécurisées et de qualité des résidents. (L311-3 CASF et L1110-1 du CSP modifié en 2022).	34
Ecart n°19 :	L'organisation ne permet pas non plus le respect des droits individuels des résidents : le droit à une vie ordinaire, aux loisirs et à l'insertion dans la vie de l'établissement, dans la vie de famille et dans la société (L311-3 CASF).	38
Ecart n°20 :	L'organisation de la prise en charge des résidents, tant pour les ASD que pour les infirmiers, ne permet pas d'assurer la présence de la totalité des personnels diplômés nécessaires pour prendre en charge les résidents, en respectant la charge de travail incombant à chaque professionnel (ratios), et en garantissant la qualité et la sécurité des personnes âgées. (L311-3 CASF)	39
Ecart n°21 :	Le non-respect des ratios de personnels diplômés à chaque heure de la journée pour prendre en charge les résidents et la réalisation par des personnels non qualifiés de soins réservés aux professions réglementées, génère des risques de non qualité et de non sécurité pour les résidents. (L 311-3 CASF et L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et L4311-2 à 10 CSP (exercice IDE))	40
Ecart n°22 :	D'après les fiches de tâche, les ASD (et ASO) sont amenés à réaliser des actes de soins qui ne relèvent pas de leurs compétences mais de celles des IDE. La répartition type des personnels dans les unités et les plannings montrent que les glissements de tâches entre les professionnels sont formalisés et appliqués quotidiennement. (L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et L4311-2 à 10 CSP (exercice IDE).	43
Ecart n°23 :	Le registre des entrées et des sorties mis en place n'est ni complet ni paraphé par le maire. (L331-2 et R331-5 du CASF).	44
Ecart n°24 :	L'accès à la partie « papier » des dossiers médicaux n'est pas sécurisé de manière satisfaisante, certains professionnels non habilités pouvant y avoir accès.(L1110-4 CSP)	44
Ecart n°25 :	Les conditions d'hygiène et de salubrité actuelles ne garantissent pas le respect de la dignité et de la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 du CASF.	47
Ecart n°26 :	La présence de souris en nombre dans l'établissement crée un risque sanitaire important pour les personnes vulnérables que sont les résidents en EHPAD et va à l'encontre du droit fondamental à la « protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles », de même que la « meilleure sécurité sanitaire possible » dans un ESMS. (L1110-1 CSP)	49
Ecart n°27 :	La « procédure d'admission » de l'EHPAD ne prévoit pas la situation où le résident souhaite conserver son médecin traitant ce qui va à l'encontre du respect des droits des résidents et contrevient à l'article L1110-8 du CSP.	52
Ecart n°28 :	Aucun projet personnalisé de résident n'a été formalisé ce qui va à l'encontre des droits des résidents, ne permet pas un accompagnement qualitatif et contrevient à l'article D312-155-0-3° du CASF.	53
Ecart n°29 :	L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique génère un risque de non qualité de la prise en charge médicale des résidents. (D312-158 3° du CASF).	54

Ecart n°30 :	L'annexe au contrat de séjour des résidents n'est pas révisée au moment de la mise sous contention ou de la levée de la contention. (L311-4-1 CASF)	57
Ecart n°31 :		
Ecart n°32 :	Des flacons de médicaments ouverts sans indication de date d'ouverture et/ou de date de péremption et la présence de compléments nutritifs oraux périmés au sein du réfrigérateur, constituent un risque pour la sécurité des résidents (L.311-3 du CASF).	66
Ecart n°33 :	En permettant la délégation de la distribution des médicaments aux ASO (cf. protocole de délégation) le gestionnaire contrevient aux articles L4311-2, R4311-4 et L4391-1 du CSP.	69
Ecart n°34 :	La délégation de l'administration des médicaments aux ASD n'est pas suffisamment organisée par un protocole auquel ces personnels auraient été formés et dont la bonne application aurait été vérifiée par l'encadrement soignant ce qui génère un risque pour la sécurité des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.	69
Ecart n°35 :	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés. (L1110-5 et L1112-4 du CSP).	69
Ecart n°36 :	Il n'y a pas de réunions pluridisciplinaires régulières de bilan des chutes des résidents. (L311-3 CSP et RBPP supra)	70
Ecart n°37 :	Le protocole de gestion d'une hospitalisation en urgence n'est pas à jour par rapport au fonctionnement effectif de l'EHPAD.	71
Ecart n°38 :	L'absence de convention avec un établissement de santé pour l'accueil des résidents en cas d'urgence contrevient à la réglementation. (L312-7, 1° du CASF et D312-155-0, I, 5° du CASF).	72

Remarques

Remarque 1 :	Le panneau d'information de l'UHR n'est pas à jour	13
Remarque 2 :	A l'UHR, la mission relève les points suivants : absence d'appel malade dans le WC public ; absence de fermeture des couvercles des chariots ; présence d'obstacles dans les couloirs rendant inaccessibles les barres d'appui et dégradation des installations électriques en interdisant un usage normal et sans risque.	15
Remarque 3 :	L'absence d'une procédure formalisée de remplacement du directeur lors de ses absences ne garantit pas un fonctionnement de l'établissement et une prise en charge des résidents qualitatifs et sécurisés.	20
Remarque 4 :	Tel qu'il est conçu et présenté, l'organigramme ne présente pas uniquement et clairement les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les professionnels de l'EHPAD ce qui pourrait induire une confusion chez les résidents, les familles et les salariés.	20
Remarque 5 :		
Remarque 6 :	La mission n'a pas pu s'assurer que des enquêtes de satisfaction à l'attention des résidents aient été réalisées récemment.	26
Remarque 7 :	Le livret d'accueil ne fait pas mention d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Cette thématique n'est pas non plus abordée dans le guide d'accueil du nouveau professionnel.	27
Remarque 8 :	Aucun suivi ni bilan des réclamations n'est réalisé. Des mesures correctrices ne sont pas systématiquement mises en place.	28
Remarque 9 :	La mission rappelle que la totalité des soins d'hygiène doivent être réalisés le matin (douche, toilette, capiluve, prévention d'escarres, habillage) par des professionnels diplômés dont la répartition dans les unités doit prendre en compte les besoins des résidents.	36
Remarque 10 :	La mission constate que l'emploi d'aides-soignants ou d'agents sociaux sous le statut de « vacataire » par l'organisme gestionnaire n'est pas licite. Ces informations sont susceptibles d'être transmises par la mission au CSE de l'organisme gestionnaire.	42
Remarque 11 :	La volonté de l'établissement de maintenir et d'améliorer les compétences et les qualifications des professionnels est établie. Toutefois, sans bilan des formations réalisées et des diplômes obtenus, l'établissement ne suit pas la gestion des compétences des professionnels de l'établissement.	43
Remarque 12 :	Les locaux et placards qui doivent normalement être sécurisés sont accessibles aux résidents.	47
Remarque 13 :	Il n'existe pas de procédure qui précise les modalités minimales d'évaluation des besoins en soins de tout nouveau résident, à réaliser par les professionnels médicaux et soignants de l'EHPAD lors de l'admission, dans l'établissement.	52
Remarque 14 :	Il n'existe pas de groupe d'analyse de pratiques professionnelles (GAPP) leur permettant de prendre du recul par rapport aux pratiques professionnelles et à la prise en charge des résidents.	53
Remarque 15 :	Le dossier d'une résidente admise dans l'EHPAD 20 jours avant l'inspection ne comportait aucune observation médicale.	54
Remarque 16 :	Le taux de transmissions ciblées est peu élevé dans les unités de vie protégées, notamment en comparaison de l'UHR. La traçabilité des surveillances de constantes ne se fait pas toujours dans les rubriques prévues dans TITAN™ et est peu exploitable lorsqu'elle est réalisée sous forme de transmissions.	55
Remarque 17 :	Le meuble placé au-dessus de la vasque présente des angles saillants des deux côtés et à hauteur d'homme.	59
Remarque 18 :	L'estimation du taux de dénutrition des résidents rapporte un taux élevé, à 37%, dont 21% de dénutrition sévère.	61
Remarque 19 :	L'audit nutritionnel réalisé au sein de l'EHPAD n'a pas exploré les aspects organisationnels des repas, dans un objectif de mise en place d'actions correctives complémentaires au travail effectué avec le prestataire de restauration.	61
Remarque 20 :	Au jour de l'inspection, 13 % des résidents n'ont pas été pesés depuis au moins un mois.	62
Remarque 21 :	D'après les plans de soins, 9 résidents dont le GIR 1 ou 2 est peu compatible avec une autonomie pour la toilette, n'ont aucun soin de toilette programmé sur la semaine précédant l'inspection ce qui montre une non mise à jour des dossiers.	63
Remarque 22 :	A la date de l'inspection, aucun document dédié à l'accueil des nouveaux soignants et des remplaçants n'était diffusé, malgré le recours régulier à ces derniers.	65
Remarque 23 :	D'après l'étude effectuée sur l'UHR, la traçabilité de la distribution des médicaments est faible, d'autant plus que la non-prise médicamenteuse de ceux indiqués « si besoin » n'est pas tracée.	68
Remarque 24 :	La mise au point d'un projet de soins individualisé par résident est actuellement insuffisamment aboutie.	71
Remarque 25 :	L'EHPAD n'a pas formalisé la convention qui le lie au dispositif d'appui à la coordination HumanEst, ce qui est contraire aux recommandations du Ministère de la santé.	73

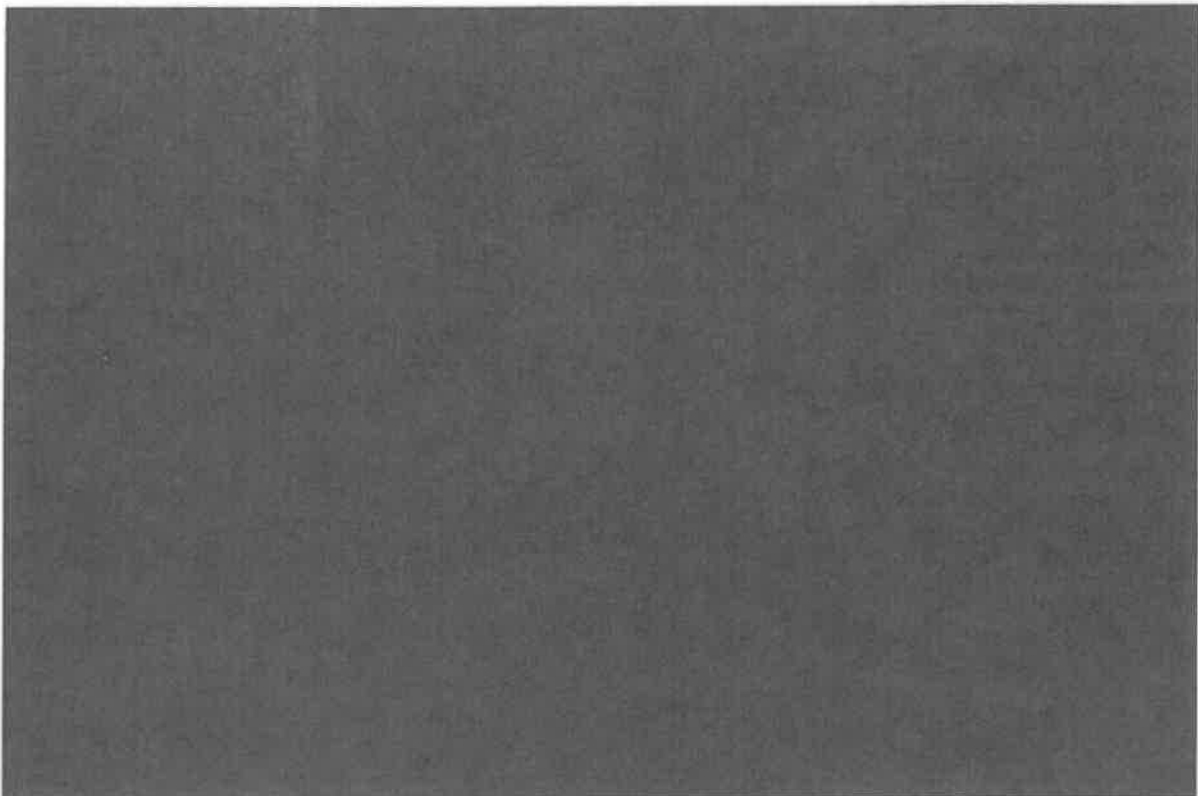
Conclusion

L'EHPAD « Alquier Debrousse » est un établissement de 322 places d'hébergement permanent situé dans la XX^{ème} de Paris et géré par le CASVP. Une équipe d'inspection conjointe ARS et Ville de Paris a réalisé les 26 et 27 avril 2023 une visite sur site dans le cadre des ORIC et suite à de nombreuses réclamations de familles.

Cet établissement dispose incontestablement d'un certain nombre d'atouts et de ressources dont une dynamique interne forte avec la volonté d'améliorer les organisations, des soignants très nombreux et investis auprès des résidents, la présence de médecins coordonnateurs et prescripteurs, des dossiers médicaux renseignés avec une informatisation très importante et une prise en compte de la bientraitance même si elle n'est pas formalisée.

Toutefois la mission a pu constater de nombreux écarts à la réglementation concernant principalement la rédaction et/ou la mise à jour de documents administratifs et des écarts aux référentiels de bonnes pratiques qui impactent l'organisation et le fonctionnement de l'UHR, l'hygiène et la salubrité des locaux accompagnées d'une infestation de souris créant un risque sanitaire, d'une prise en charge soignante qui présente de grandes marges d'amélioration notamment en lien avec une meilleure organisation et planification des ressources humaines pléthoriques de l'établissement³⁴ ce qui supprimerait aussi les glissements de tâches relevé, un respect aléatoire des droits des résidents avec une organisation basée sur la présence des salariés et non des besoins des résidents et un manque de culture de la déclaration et de l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables.

Saint Denis, le 19 septembre 2023



³⁴ Nombre d'ASD très au-dessus de la médiane des EHPAD d'Ile de France.

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Aide sociale à l'hébergement
ASD : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
Covid : Corona Virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evénement indésirable/événement 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
PAP : projet d'accompagnement 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
PVP : Projet de vie personnalisé
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



Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation Départementale de Paris
Sous-direction de l'autonomie,
Direction des Solidarités,
Ville de Paris

Affaire suivie par : Nathalie LECOEUR
Courriel : nathalie.lecoeur@ars.sante.fr
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 01.44.02.02.51

Madame Nathalie LECOEUR, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, ARS IDF

Madame Marjolaine GARONNAIRE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS IDF

Madame Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin, désignée inspectrice, ARS IDF

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

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

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

Saint-Denis, le 20 avril 2023

Mesdames,

L'EHPAD « ALQUIER DEBROUSSE » sis 1 allée Alquier Debrousse, 75020 à Paris est géré par le CASVP. Cet établissement de grande capacité, 322 places, a fait l'objet au cours des deux dernières années de nombreuses réclamations et d'une dizaine de signalement d'événements indésirables auprès des services de l'ARS et de la Ville de Paris.

Les réclamations font état :

- D'une communication difficile entre l'établissement et les familles,
- D'une prise en charge médicale dégradée incluant des erreurs médicamenteuses,
- De possibles situations de maltraitance d'origine institutionnelle,
- De prestations d'hébergement insuffisantes et/ou insatisfaisantes.

Les événements indésirables et dysfonctionnements déclarés par l'EHPAD concernent :

- Des erreurs médicamenteuses,
- Des infections collectives respiratoires et digestives itératives,
- Des problèmes majeurs de communication avec les familles et notamment trois conflits ouverts ayant entraîné trois plaintes déposées auprès des autorités judiciaires.

Compte tenu de ces éléments, une inspection inopinée est diligentée conjointement par l'Agence régionale de santé Île-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris au sein de l'EHPAD « ALQUIER DEBROUSSE » à PARIS (75020).

A ce titre, nous avons missionné une équipe composée de :

- Madame Nathalie LECOEUR, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, ARS IDF ;
- Madame Marjolaine GARONNAIRE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS IDF ;
- Madame Delphine LIOT-TIERCELIN, médecin, désignée en qualité d'inspectrice au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, ARS IDF ;
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris¹ ;

¹ Les agents de contrôle de la Ville de Paris sont désignés sur le fondement de l'article L133-2 du CASF par la Ville de Paris
13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
ars@ars.sante.fr

34/36 Quai de la Reine
75012 PARIS
Tél : 01.43.47.77.77
paris.fr

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

L'équipe est accompagnée de Madame Angélique VARLET, référente régionale EHPAD à la Direction de l'autonomie et stagiaire ICARS en formation à l'école des hautes études en santé publiques (EHESP)

Cette inspection, diligentée sur le fondement des articles L. 313-13-V et suivants du code de l'action sociale et des familles, a pour objet une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charges des résidents portant notamment sur :

1. La prise en charge médicale et soignante dont le circuit du médicament,
2. La gouvernance, le pilotage et la gestion des ressources humaines,
3. Le respect des droits des usagers et la lutte contre la maltraitance,
4. Les prestations d'hébergement

L'inspection débutera à compter du 26 avril 2023 et 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.

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 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

Agence Régionale de Santé Île-de-France
La Directrice Générale Adjointe

Amélie VERDIER
Sophie MARTINON

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 et relevé des documents transmis.

Q1- L'ETABLISSEMENT EHPAD ALQUIER DEBROUSSE	
T1 - Gouvernance et Pilotage	
Organigramme hiérarchique et fonctionnel objectivant les liens entre le CASVP et le directeur de l'EHPAD	OUI
Comptes rendus des CODIR avec le CASVP réalisés en 2021 et 2022 et 2023	OUI
Le PV de conformité d'accessibilité PMR	
Décision d'autorisation de PUI délivrée par l'ARS	OUI
Tableau de répartitions des résidents par unité à compléter par l'établissement	OUI
Rapports d'activité 2021 et 2022 (ou projet du rapport 2022)	OUI
Rapport d'orientation budgétaire-ROB (données 2022)	OUI
Etat de réalisation des objectifs de la convention tripartite de 2016 - 2021	
Autodiagnostic de l'établissement, prérequis aux négociations du CPOM en cours de négociation	
Comptes rendus des réunions de direction (CODIR) de l'établissement 2021 - 2022	OUI
Calendriers des réunions de direction (CODIR) et CR des réunions réalisées 2023	OUI
Les plans en PDF de l'établissement avec la désignation des pièces en clair	OUI
T2 - Le projet d'établissement	
Projet d'établissement	
Le PV de validation du PE par le CTE ou CSE	
Le CR de la réunion de présentation du PE en CVS	
Les CR 2022 des réunions du COPIL PE	
Le calendrier 2023 des réunions COPIL PE	
T3 - Management & Stratégie	
Organigramme fonctionnel et hiérarchique de l'EHPAD	OUI
Comptes rendus des réunions COMEX / COPIL, d'encadrement, de service et des groupes de travail 2022 et calendrier 2023	OUI
Procédure de remplacement du directeur en cas d'absence ponctuelle	
Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction, médico-soignantes, éducatives et techniques des 12 derniers mois et légende des codes utilisés	PARTIEL
Liste des personnels bénéficiant d'une subdélégation et copie de chaque documents	
Tableau des options "temps de travail" des directeurs et cadres de l'établissement + détails de chaque option	OUI
Les procédure de mise en œuvre des astreintes administratives, médico-soignantes et techniques	
T4 - Le directeur	
Arrêté de nomination (ou contrat de travail)	OUI
Un CV actualisé	OUI
Document unique de délégation	
Fiche de poste ou feuille de route	
Diplômes	OUI
3 derniers bulletins de salaires	OUI
la dernière évaluation professionnelle + entretien annuel sur la charge et l'organisation de travail	OUI
T5 - Pour chaque directeur adjoint	
Arrêté de nomination (ou contrat de travail)	PARTIEL
Un CV actualisé	PARTIEL
Fiche de poste ou feuille de route	PARTIEL
Diplômes	PARTIEL
3 derniers bulletins de salaires	OUI

la dernière évaluation professionnelle + entretien annuel sur la charge et l'organisation de travail	
T6 - Pour chaque médecin salarié	
Arrêté de nomination (ou contrat de travail)	OUI
Feuille ou lettre de missions	OUI
Diplômes	OUI
Inscription à l'ordre des médecins et au RPPS	OUI
3 derniers bulletins de salaires	OUI
la dernière évaluation professionnelle + entretien annuel sur la charge et l'organisation de travail	
T7 - Pour chaque cadre	
Arrêté de nomination (ou contrat de travail)	OUI
Fiche de poste ou feuille de missions	OUI
Diplômes	OUI
Inscription à l'ordre des infirmiers et au RPPS	
3 derniers bulletins de salaires	OUI
la dernière évaluation professionnelle + entretien annuel sur la charge et l'organisation de travail	
Q2- RESSOURCES HUMAINES	
T1 - Effectifs	
Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec les rubriques suivantes : noms et prénoms ; date de naissance ; fonction ; qualification ; unité d'affectation; dates d'entrée et de sortie de l'établissement) y compris les postes vacants. FORMAT EXCEL non verrouillé	OUI
Tableau de l'Etat des ETP budgétés et des ETP réels en poste au jour de la visite FORMAT EXCEL non verrouillé	OUI
Tableau des personnels UHR à compléter par l'établissement	OUI
Tableau des personnels Hebdo à compléter par l'établissement	OUI
Pyramides des âges des salariés par catégorie professionnelle médicale-IDE-AS-AES-AMP - accompagnement	PARTIEL
Taux d'absentéisme 2020, 2021 & 2022 des personnels et détails par catégorie professionnelle médicale-IDE-ASG-AS-AES-AMP - accompagnement	OUI
Taux de rotation 2020, 2021 & 2022 des personnels et détails par catégorie professionnelle médecin-IDE-ASG-AS-AES-AMP - autres accompagnants	PARTIEL
Tableau des remplacements à compléter par l'établissement	
Liste des stagiaires & Planning M-1, M et M+1 FORMAT EXCEL non verrouillé	
Le règlement intérieur de l'établissement et mode(s) de diffusion aux salariés	
T2 - Coordination des équipes	
Planning mensuel de tous les personnels jour/nuit : Mars, Avril et Mai 2023 + légende des codes utilisés FORMAT EXCEL non verrouillé	OUI
Pour les équipes de soins : plannings jour/nuit janvier et février 2023 (y-compris les temps de transmission) FORMAT EXCEL non verrouillé	OUI
Procédure d'organisation type des personnels soins par unité ou secteur (effectifs attendus chaque jour pour chaque catégorie de professionnel soins) et leurs horaires (roulement/hebdo)	OUI
Procédure d'affectation par unité ou secteur et fréquence de rotation interne	OUI
Procédure de remplacement des absences inopinées du personnel	
Procédure d'attribution des heures supplémentaires	
Procédure d'attribution et de validation des congés annuels (calendrier, priorités)	
Fiche de poste de chaque catégorie de professionnel : IDE, AS, ASG, AES, AMP, Auxiliaires de vie (ou autres appellations) et ASH pour les horaires de jour et de nuit , animateur, psychologue, kiné, ergothérapeute ...	OUI
Les fiches de tâches horaires des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	OUI

Procédure(s) et livret(s) d'accueil des nouveaux professionnels salariés et des intervenants extérieurs	OUI
Tableau des professionnels paramédicaux libéraux intervenants dans l'établissement FORMAT EXCEL non verrouillé	OUI
Convention des professionnels paramédicaux libéraux intervenant dans l'établissement	OUI
Tableau des personnels associatifs intervenants dans l'établissement	
Convention des associations intervenant dans l'établissement	OUI
Plannings de toutes les réunions internes entre professionnels 2022 avec CR et calendrier 2023	
T3 - Développement des salariés	
La Politique de GPEC	
Plan de formation réalisé 2020, 2021 & 2022 (formations continues, diplômantes dont VAE) et listes d'émargement	OUI
Plan de formation N (formations continues, diplômantes dont VAE) 2023	OUI
Politique de QVT et nom du référent TMS-RPS de l'établissement	
Comptes rendus des CSE 2022 et calendrier 2023	PARTIEL
Comptes rendus des réunions entre le directeur et le représentant local du CSE (ou des OS)	
Q3- QUALITE & BIENTRAITANCE	
T1 - Evaluation	
Rapport et synthèse de la dernière évaluation interne	OUI
Rapport et synthèse de la dernière évaluation externe	OUI
T2 - Plan amélioration continue de la qualité	
Fiche de mission du référent Qualité, incluant son nom et les modalités de nomination/ désignation	OUI
Le plan amélioration continue de la qualité (PACQ)	
Le PV d'adoption par CA	
Le CR de la réunion de présentation du PACQ en CVS	
Le tableau de bord de suivi et d'évaluation du PACQ	
La liste des membres du COPIL de rédaction et/ou de suivi du PACQ	
La charte de fonctionnement du COPIL PACQ	
La listes des fiches actions du PACQ	
Les fiches actions du PACQ	
Les CR 2022 des réunions du COPIL PACQ	
Le calendrier 2023 des réunions COPIL PACQ	
T3 - Processus de déclaration et de gestion des événements indésirables dont ceux liés aux soins	
Procédure présentant le type d'événement indésirable à déclarer et modalités de déclaration	
Procédure présentant le type d'EIG à déclarer et modalités de déclaration aux autorités	
Protocole de gestion et d'analyse des EI-EIG et EIAS	
Charte de protection des salariés déclarant un EI et mode(s) de diffusion aux salariés	
Extraction EXCEL du registre d'enregistrement des EI déclarés en interne et plans d'action corrective mis en œuvre pour 2021 et 2022 (ou copie)	OUI
Extraction EXCEL du registre d'enregistrement des EIG - EIAS déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre pour 2021 et 2022 (ou copie)	
Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021,2022,2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	
T4 - Lutte contre la maltraitance	
Politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance & Charte de la bientraitance	PARTIEL
Supports et documents relatif à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance	PARTIEL
Fréquence de l'enquête "autoévaluation des salariés sur la maltraitance" et résultats	
Calendrier des groupe amélioration des pratiques professionnels (GAPP) ou autres types de partages de l'expérience prof.	PARTIEL

Liste des Formations à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance 2021 et 2022	OUI
Attestations de suivi de stage des personnels concernés ou listes d'émargement 2021 et 2022	OUI
T5 - Prévention des risques	
Le DARI	
La Convention DASRI	OUI
Plan Bleu et plan de continuité et de reprise de l'activité de l'établissement	OUI
Plan de sécurité Energétique & procédures concernant le groupe électrogène (test - entretien)	OUI
DUERP en cours de validité & le plan d'action	OUI
Dernier PV de la DDPP (contrôle cuisine)	
Dernier PV commission sécurité INCENDIE et preuve de vérification du SSI de 2023	OUI
Protocole RGPD et niveau de maturité	
Q4- ACCOMPAGNEMENT & PRISE EN CHARGE	
T1 - Documents pour l'accompagnement	
Liste nominative des résidents par chambre admis au jour de l'inspection avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR FORMAT EXCEL non verrouillé	OUI
Nombre de résidents bénéficiant d'une orientation MDPH avec ou sans dérogation d'âge du Conseil départemental	
Liste des demandes d'admission 2022 et 2023 refusées	OUI
Liste d'attente d'admission	OUI
T2 - Projets individualisé	
Procédure mise en œuvre pour la réalisation d'un PVI	
Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	
T3 - Animations/activités	
Plannings individuels et collectifs des animations des 3 derniers mois	OUI
Bilan annuel des animations /activités 2021, 2022 et calendrier 2023	OUI
Conventions avec partenaires culturels et sportifs	OUI
Q5- DROITS DES PERSONNES	
T1 - Accueil des usagers	
Règlement de fonctionnement	OUI
Livret d'accueil des nouveaux résidents + charte des droits des personnes accueillies	OUI
Procédure d'information des résidents concernant la désignation d'une Personne de confiance	OUI
Procédure d'information des résidents et des familles concernant la protection juridique d'un majeur	OUI
Procédure d'information concernant le recours à une personne qualifiée et La liste des personnes qualifiées	OUI
Dernière enquête de satisfaction auprès des usagers et de leurs familles avec analyse du résultat 2021 et 2022	OUI
Contrats de séjour et de ses annexes dont "droit d'aller et venir"	PARTIEL
Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	
Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	
Menus prévisionnels et réalisés des 3 derniers mois	OUI
T2 - CVS	
Liste des membres du CVS et PV de la dernière élection	
Coordonnées des membres du CVS et des représentants des familles	
Règlement intérieur du CVS	
Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,	
Calendrier prévisionnel des réunions et CR CVS 2023	
Q6- SOINS	
T1 - Documents liés au soins	
Projet de soins en cours et mise à jour annuelle éventuelle	

Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	
Rapports des réunions de la commission gériatrique des deux dernières années	
Calendrier et modalités de présence des réunions impliquant des soignants et médecins pour 2023	PARTIEL
CR des réunions d'équipes impliquant des soignants et médecins 2022 et T1 2023	
Récapitulatif des chutes année N-1 et année en cours (par secteur)	OUI
Tableau de suivi année N-1 et année en cours des poids/IMC des résidents	OUI
Tous les rapports d'audits liés au soin réalisés dans les 3 dernières années	OUI
Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse (y compris audit du circuit, CR des réunions de travail...)	
Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	OUI
Liste nominative des médecins traitants des résidents	OUI
Vaccination antigrippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre/taux de résidents vaccinés, nombre/taux de personnels vaccinés	OUI
T2 - Conventions	
Conventions d'exercice signées entre les médecins traitants et l'établissement	
SAU	
UCC hospitalisation et équipe mobile	
HAD	
Soins palliatifs hospitalisation et équipe mobile	
EMC	
Centre d'imagerie	
Laboratoire d'analyses médicales	
Autres	
T3 - Procédures/protocoles en lien avec la prise en charge médicale et soignantes et le détail de chaque procédure en lien avec les thématiques suivantes	
Pré admission et admission incluant les critères de refus	OUI
Evaluations gériatriques	PARTIEL
De passage en UVP incluant les critères	
De passage en UHR incluant les critères	
Appel d'urgence pour intervention médicale H24	OUI
Hygiène buccodentaire	OUI
Dénutrition et Compléments oraux protéinés	
Douleurs - évaluations et prise en charge	OUI
Pansements et escarres (et critères de recours à la TPN même si réalisé par HAD ou Libéraux)	
Chutes	OUI
Contentions	OUI
Hospitalisations programmées et en urgences	OUI
Troubles du comportement	OUI
Toxi-infection alimentaire collectives	OUI
Infections respiratoires aiguës individuelles et collectives	
Vaccination antigrippale résidents et salariés	
Recours aux professionnels de la rééducation (kiné, ergo, psychomot, orthophoniste)	
Soins palliatifs	OUI
Fin de vie	
T4 - UHR	
Projet de l'UHR	
Contrat de séjour type et livret d'accueil de l'UHR	OUI

Planning des ateliers thérapeutiques	
Rapport d'activité médicale annuel de l'UHR et indicateurs de suivi	

Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission.

La mission a mené des entretiens avec :

- Directeur (après retour de congés)
- Directeur Adjoint
- Cadre Hôtelière
- Psychologue
- Deux ASO
- Une AS
- Animatrice
- Responsable animation
- CVS réf familles
- CVS réf résidents
- CVS président (résident)
- Deux Médecins coordinateurs

