

Délégation départementale de Paris

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

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Les Intemporelles Ornano »
10-14 rue Baudelique 75018 Paris
N° FINESS 750054322**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2023_IDF_00523

Inspection sur place le 17 avril 2023

Mission conduite par

- Madame Firyel ABDELJAOUAD, coordonnatrice de la mission d'inspection, 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 ;
- Madame Coralie TREMBLAY, responsable adjointe du Pôle Ville Hôpital, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France.

Accompagnée par

- Madame Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Myriam BERAKLA, cheffe de projet territorial, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Izabela JAROSZ, cheffe de projet Ressources Humaines en Santé, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none">- Article L.313-13 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 à L.1421-3 du Code de la santé publique- Article L.1435-7 du Code de la santé publique- 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^e du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission d'inspection	6
Modalités de mise en œuvre.....	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
I. Gouvernance	10
1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation.....	10
1.2 Management et Stratégie.....	11
1.3 Animation et fonctionnement du Conseil de vie sociale (CVS) (1.3.3.0).....	13
1.4 Gestion de la qualité	14
1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
II. Ressources humaines.....	18
2.1 La situation générale des effectifs (2.1.1.1).....	18
2.2 Le recours aux CDD et à l'intérim (2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7).....	19
2.3 L'organisation des modalités de travail (2.1.1.3, 2.1.1.6, 2.1.4.7).....	22
2.4 Les dossiers du personnel (2.1.1.7)	23
2.5 La formation (2.1.2.1)	23
2.6 Le recrutement (2.1.2.5)	25
2.7 Le climat social (1.2.2.3, 2.4.3.9)	25
III. Locaux	26
3.1 Les affichages obligatoires (1.2.3.5)	26
3.2 La visite du bâtiment	26
3.3 La sécurité des résidents	27
IV. Prise en charge des résidents	28
4.1 L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	28
4.2 Respect des droits des personnes accompagnées	31
4.3 Vie sociale et relationnelle (3.3.2.1, 3.3.2.2)	33
4.4 Vie quotidienne. Hébergement (3.4.0).....	34
V Soins	35
5.1 L'équipe de soin.....	35
5.2 La prise en charge sanitaire des résidents	36
5.3 L'organisation des soins	39
5.4 Les relations avec l'extérieur.....	42
Récapitulatif des écarts et des remarques	45
Conclusion	49
Glossaire.....	51
Annexes	52
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	52
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.	54

Synthèse

Eléments déclencheurs de la mission

La présente inspection, 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).

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 inopiné, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

Points positifs de l'établissement relevés par la mission :

GOUVERNANCE

Animation et fonctionnement des instances

Un CVS est mis en place et se réunit 3 fois par an

Gestion de la qualité

Le groupe a mis en place une charte de la bientraitance et une fiche « Bientraitance et Ethique »

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

L'établissement garantit la présence de 11 AS chaque jour, et de 2 IDE.

Les dossiers du personnel sont bien tenus

LOCAUX

Des locaux bien entretenus et lumineux

PRISE EN CHARGE

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

Il existe une charte du projet personnalisé du résident (charte du groupe).

Respect des droits des personnes

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

Un café des familles est organisé une fois par trimestre.

SOINS

Les prescriptions de contention sont bien suivies.

Le suivi des chutes et des pesées est régulier.

Le MedCo et l'IDEC travaillent en bonne coordination.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 35 écarts et 31 remarques.

Ecarts majeurs :

- Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants. Trois ASH sont affectées à l'équipe de soin.
- Le délai de prise en charge des appels malades la nuit ne garantit pas la sécurité des résidents.
- L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition ne garantit pas la sécurité de la prise en charge des résidents.
- Alors que 62% des résidents ont besoin d'aide aux repas, l'absence de la moitié des aides-soignants aux repas du midi ne répond pas aux exigences d'un accompagnement individualisé. Les repas en chambre de 40% des résidents ne permettent pas la vigilance nécessaire à la prise alimentaire et à la prise de boissons.

Principaux écarts :

- Le PASA n'a pas élaboré de projet spécifique pour le PASA.
- L'établissement n'a pas de projet d'établissement depuis son ouverture.
- La direction n'a pas adapté les documents du siège à l'établissement.
- La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.
- Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG et des actions correctrices mises en œuvre.
- Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles

- La procédure de déclaration des EI et EIG est incomplète, notamment dans ses définitions. Le personnel ne connaît pas les procédures liées aux EIG.
- Il manque 6 ETP d'IDE et 1 poste d'ASG dans l'effectif.
- L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée.
- Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels.
- Peu de personnel est formé à la bientraitance, aux relations affectives et à la sexualité, aux troubles sensoriels et aux troubles du comportement.
- L'absence de référent chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante.
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas portée en annexe du livret d'accueil.
- La pratique du pouvoir général n'est pas encadrée juridiquement.
- L'évaluation multidimensionnelle comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et de dépistages des troubles de la déglutition, des troubles de l'humeur et du comportement n'est pas systématique à l'entrée du résident.
- L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés.
- La sarcopénie des résidents n'est pas évaluée.
- La synthèse nutritionnelle des résidents éditée par le logiciel de soins ne permet pas de repérer tous les résidents dénutris.
- La procédure « Identification urgence médicale ou chirurgicale » ne mentionne pas d'appeler l'IDE ou le MedCo s'il est présent, plutôt que le médecin traitant. De même les conduites à tenir en cas de fausses route avec obstruction des voies respiratoires et d'arrêt respiratoire n'évoquent ni la manœuvre d'Heimlich ni de débuter un massage cardiaque.
- La mission d'inspection relève l'absence de procédure reprenant l'ensemble des étapes du circuit du médicament.
- Les procédures faisant état de la distribution des médicaments, y compris morphiniques, ne diffèrent pas les aides-soignants des AES (ou AMP), selon les médicaments considérés.

Principales remarques :

- L'établissement a connu 4 directeurs en 18 mois, ce qui met à mal le pilotage de l'établissement.
- Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est organisée.
- Les plaintes ne font l'objet ni d'un suivi ni d'un bilan systématique.
- L'établissement ne saisit pas le procureur en cas de suspicion de maltraitance.
- L'établissement ne met pas en place de mesures préventives suite à des EI récurrents ou des EIG alimentant le plan d'amélioration de la qualité.
- Au regard du taux élevé de l'absentéisme, aucune procédure de remplacement des absents n'est formalisée et aucune politique de lutte contre l'absentéisme n'est engagée.
- L'établissement ne s'est pas doté d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés et des vacataires
- La question de la sécurisation de la résidence n'a pas fait l'objet d'une réflexion assez approfondie au regard des intrusions dont l'EHPAD a été la cible.
- La procédure d'admission ne précise pas quels sont les acteurs pour chaque étape de la procédure, elle ne mentionne ni le recueil des directives anticipées, ni la possibilité de nommer une personne de confiance.
- La mission relève l'absence de temps de transmission orale entre équipe de jour et équipe de nuit.
- Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine, ni sur la charte des droits et liberté, ni sur l'existence d'un règlement de fonctionnement, ni sur le rôle de chacun au sein de la résidence.
- Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré.
- Aucun projet d'animation n'a été élaboré.
- La mission d'inspection relève un défaut d'organisation dans le service, qui a conduit les résidents à attendre jusqu'à plus de 13h avant de déjeuner.
- Le personnel assurant l'accompagnement et l'aide aux repas apparaît en nombre insuffisant.
- La mission relève l'absence de protocole portant sur les risques liés à la déglutition.
- Le mode opératoire « Dénutrition : stratégie nutritionnelle » ne précise ni la conduite à tenir pour les résidents en surpoids ni le rythme des réévaluations. La partie sur les textures alimentaires permettant de donner des biscuits aux résidents ayant des troubles de la déglutition met en danger les résidents.
- Alors que 34% des chutes ont une conséquence immédiate visible (hématomes, plaie simple ou complexe), seules 8% des familles ont été prévenues de la chute.

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

Introduction

Contexte de la mission 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 « Les Intemporelles Ornano », situé au 10-14 rue Baudelique, 75018 Paris, n° 750054322 (FINESS géographique), 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.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 17 avril 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

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

GOUVERNANCE

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

RESSOURCES HUMAINES

LOCAUX

PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS

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

SOINS

1. L'équipe de soins
2. La prise en charge sanitaire des résidents
3. L'organisation des soins
4. Les relations avec l'extérieur

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

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

Présentation de l'établissement

Sis au 10-14 rue Baudelique, 75018 Paris, l'EHPAD « Les Intemporelles Ornano » est géré par le groupe DOMUSVI, dont le siège est situé au 46/48 rue Carnot 92150 Suresnes.

Ouvert en novembre 2016, l'EHPAD « Les Intemporelles Ornano » dispose de 120 places en hébergement permanent et 10 places en hébergement temporaire. Il est habilité à recevoir 39 bénéficiaires de l'aide sociale.

Il est doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places, et d'une unité de vie protégée (UVP) positionnée au 3e étage.

Selon les PV de validation en date du 14 février 2017, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.



Ainsi, selon les informations transmises par l'établissement, 72,2% des résidents ont un GIR 1, 2 ou 3. 53,2% ont un GIR 1 ou 2



La convention tripartite a été signée le 3 novembre 2016. Les négociations du CPOM du groupe DOMUSVI sont programmées au second semestre 2023.

L'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris n°2023-33 établit que les négociations en vue de la signature d'un CPOM devront s'ouvrir en 2023.

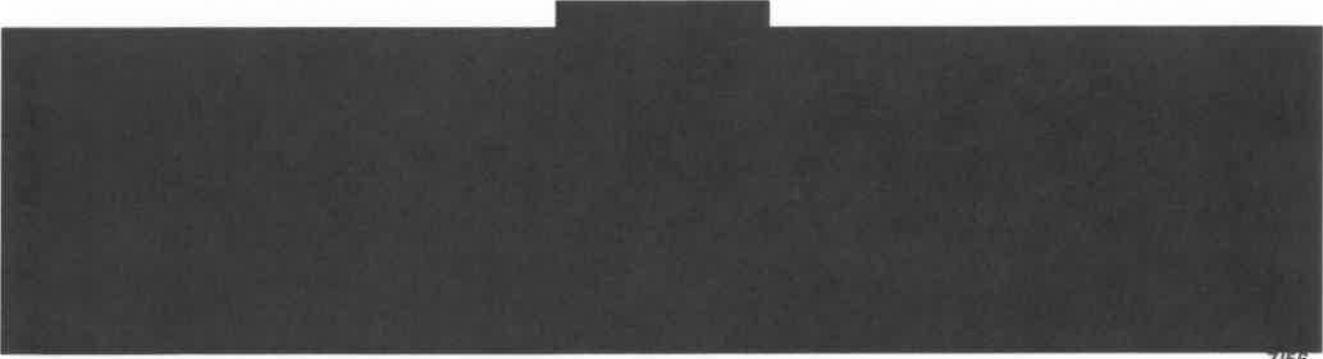


Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Intemporelles Ornano		
Nom de l'organisme gestionnaire	DOMUSVI		
Numéro FINESS géographique	750054322		
Numéro FINESS juridique	750040099		
Statut juridique	Privé à but lucratif (SAS)		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	HP	Autorisée	Installée ⁷
	HT	120	120
	PASA	10	10
	UHR	14	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	39		

Année 2017		
PMP Validé		
GMP Validé		

⁷ Au jour de l'inspection 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 de niveau réglementaire

I. Gouvernance

1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation

L'établissement est un EHPAD privé à but lucratif (catégorie 6), qui constitue une SAS affiliée au groupe DOMUSVI. Il dispose d'une autorisation de 130 places d'hébergement se répartissant comme suit :

- 120 places d'hébergement permanent
- 10 places d'hébergement temporaire
- 1 Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places

Le jour de la visite, 126 résidents étaient présents au sein de l'établissement (94 femmes et 32 hommes, âge moyen 85,7 ans, âge médian 88 ans).

Selon la liste des résidents transmise à la mission, 25 résidents étaient accueillis au sein de l'unité de vie protégée.

La répartition hébergement permanent/hébergement temporaire n'a pas été transmise à la mission. Néanmoins, la direction signale que seuls 3 résidents sont en accueil temporaire. Les entretiens révèlent que les personnels de l'établissement ne sont pas en mesure d'identifier les résidents en accueil temporaire dans la mesure où ceux-ci ne disposent pas d'un projet spécifique et sont accueillis sur différentes unités.

L'établissement ne respecte pas sur ce point l'autorisation délivrée par les autorités de tarification dans la mesure où les places d'hébergement temporaire sont occupées par des résidents en hébergement permanent, ce qui se traduit par un taux d'occupation des places d'hébergement permanent de 102,5 % et un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire de 30 %.

Le Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) :

Il n'y a pas de projet de service spécifique au PASA. Seuls le livret d'accueil et un planning des activités ont été transmis. Une seule activité est proposée au PASA les après-midi. Ces activités d'après-midi ne relèvent pas d'ateliers thérapeutiques mais de simples animations (coiffure, manucure, loto...). De même la partie détente et préparation des activités d'après-midi dure 1h30, ce qui diminue d'autant l'activité de l'après-midi.

Le PASA ne fonctionne plus depuis 2 ans faute de recrutement de personnels formés : plusieurs ASG ont quitté leur poste peu de temps après avoir été embauchées. Suite au recrutement mi-avril d'une nouvelle ASG, la direction informe que le PASA devait ré-ouvrir à partir du mois de mai en dernière capacité (soit 7 places).

Ecart 1 : Le PASA est fermé depuis deux ans, ce qui contrevient à l'arrêté conjoint N°2013-60 de l'ARS et de la Ville de Paris en date du 2 avril 2013.

Ecart 2 : L'établissement n'a pas élaboré de projet spécifique pour le PASA, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.

Remarque 1 : Au vu du planning d'activités, la mission d'inspection constate que l'établissement ne garantit pas que les ateliers thérapeutiques sont organisés en présence de l'ergothérapeute, de la psychomotricienne ou de la psychologue les après-midi au PASA, conformément au cahier des charges (circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009-195 du 6 juillet 2009).

1.2 Management et Stratégie

A. La direction de l'établissement (1.2.2)

L'équipe de direction (1.2.2.1, 1.2.2.6, 1.2.2.7, 1.2.2.10, 1.2.2.11)

Un directeur et un directeur adjoint sont présents à temps plein au sein de l'établissement. Le directeur, qui assurait un remplacement sur un autre établissement du groupe le jour de l'inspection, est arrivé à 10h dans l'établissement.

Un organigramme semi nominatif daté du 6 janvier 2023 a été transmis par l'établissement. Compte tenu du turn-over des personnels au sein de l'établissement, l'organigramme transmis n'est plus à jour, les ETP ne sont pas précisés. Il est présenté comme un « organigramme hiérarchique et fonctionnel ».

L'établissement est organisé en trois pôles : « Projet de soin », « Projet de vie », « Administration ». L'ensemble est rattaché au directeur adjoint, lui-même sous la responsabilité du directeur, sans que ce qui relie le directeur adjoint aux différents pôles soit identifié comme hiérarchique ou fonctionnel. L'infirmière coordonnatrice semble être placée sous la responsabilité hiérarchique du Médecin coordonnateur (MedCo), comme la psychologue et l'éducateur APA et même les kinésithérapeutes qui ne sont pourtant pas salariés de l'établissement. Ainsi l'organigramme ne présente pas de manière claire les liens hiérarchiques.

L'organigramme n'est pas cohérent avec la fiche de poste des aides-soignants qui précise que l'AS est rattaché hiérarchiquement à l'infirmier, alors que dans les faits, le responsable hiérarchique des AS est l'IDEC. Les IDE sont rattachés à la fois au directeur de l'établissement et à l'IDEC dans la fiche de poste infirmier.

Un organigramme propre au PASA, non daté, présente des liens hiérarchiques différents : le directeur est le responsable hiérarchique du MedCo, de la psychomotricienne (absente de l'organigramme général), de la psychologue, et du cadre infirmier. L'IDEC a sous sa responsabilité des assistantes de soins en gérontologie (ASG) et des aides-soignants. Les ASG ne figurent pas dans l'organigramme général et les AMP qui figurent dans l'organigramme général sont absents de l'organigramme du PASA. La fiche de poste de l'ASG ne mentionne pas le PASA.

L'organigramme présente les équipes par grands blocs : les infirmiers, les aides-soignantes (AS), les aides médico-psychologiques (AMP), les aides hôteliers (ASH).

Le directeur en poste le jour de l'inspection était présent à temps plein dans l'établissement depuis un an. Il n'exerce pas dans d'autres EHPAD. Il était en cours d'une démarche de validation des acquis de l'expérience pour obtenir la certification « Directeur d'établissements gérontologiques ». Un nouveau directeur a été nommé le 25 mai 2023. Il est titulaire du diplôme de directeur d'établissements gérontologies (VAE) après avoir été infirmier coordinateur au sein d'un autre établissement.

Le directeur est rattaché hiérarchiquement à la directrice régionale du groupe.

La fiche de poste et le document unique de délégation de pouvoirs et de responsabilité du directeur ont été remis à la mission. Le directeur a la responsabilité de définir le projet d'établissement, de le réévaluer tous les 5 ans et de s'assurer de sa mise en œuvre avec les équipes. Concernant les recrutements, l'embauche du personnel cadre est soumis à la direction opérationnelle et à la direction des ressources humaines du groupe. Le directeur a également pour champ de compétences la gestion budgétaire, financière et comptable de l'établissement ainsi que la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.

Le directeur adjoint bénéficie d'une délégation de signature du directeur afin de signer des contrats de travail, les contrats de séjour et « les documents nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement ».

Remarque 2 : L'établissement a connu 4 directeurs en 18 mois, ce qui met à mal le pilotage de l'établissement.

Les relations avec l'organisme gestionnaire (1.2.2.5) et le collectif de direction (1.2.2.2)

Une fois par mois, des réunions ont lieu avec le siège et les autres directeurs du groupe (75 et 92).

Des réunions de direction du niveau de l'établissement (CODIR) sont organisées avec l'équipe encadrante tous les mardis matin. Des comptes rendus sont rédigés systématiquement à l'issue du CODIR. Sont passés en revue une série de points : animation, hébergement, cuisine, maintenance, soins, et plaintes reçues.

Le directeur réunit de manière irrégulière l'ensemble des équipes de l'EHPAD : celles-ci ont été réunies en 2022 en mars, avril, mai, juin, août et octobre.

Les thèmes abordés sont la commission de sécurité, des questions RH, la fiche de dysfonctionnement, les plaintes des résidents (surtout concernant leur prise en charge), les situations préoccupantes (syndromes de glissement ; besoin d'étayage psychologique par exemple) et divers rappels et informations sur la vie de l'établissement (travaux, hygiène, etc). Aucune information n'a été donnée sur le projet d'établissement et son état d'avancement.

La permanence de direction (1.2.2.8)

A minima, un encadrant (directeur, directeur adjoint, IDEC, psychologue, ou responsable hébergement) est présent sur site du lundi au dimanche de 9h00 à 19h00.

Il n'y a pas d'astreinte médicale ni d'astreinte de nuit IDE.

La semaine, les astreintes sont assurées par le directeur, excepté quand il est en congé. Le cas échéant, c'est la directrice de l'EHPAD les Issambres (75 018) qui prend le relais.

Le MedCo (1.2.2.14, 1.2.2.15, 1.2.2.17)

Un médecin coordonnateur est présent à temps plein au sein de l'établissement. Le MedCo est titulaire d'un diplôme universitaire de formation à la fonction de médecin coordinateur d'EHPAD (Université Paris-Descartes). Le contrat de travail définit les modalités d'exercice ainsi que son ETP. Il a été signé en date du 1^{er} janvier 2022. La fiche de poste de médecin coordinateur est jointe au contrat et précise ses missions.

Le Medco est présent le samedi, car il travaille les lundi, mardi, jeudi, vendredi et samedi.

L'IDEC (1.2.2.12)

Une infirmière coordonnatrice est présente à temps plein au sein de l'établissement. Elle est titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmière et d'une licence professionnelle « santé », spécialité « gestion des organisations sanitaires et sociale dans le domaine Droit, Economie et Gestion ».

Elle a signé un contrat de travail en qualité d'infirmière cadre à compter du 19 février 2018. Elle dispose d'une fiche de poste.

B. Le règlement de fonctionnement (1.2.1.1, 1.2.1.2)

Le règlement de fonctionnement est daté de novembre 2022. Il est valable pour une durée de 5 ans et a été soumis à l'avis des membres du CVS et représentants du personnel. Ce document est affiché à l'accueil de l'EHPAD et remis aux résidents à l'admission. Le règlement de fonctionnement comporte les mentions attendues.

Le paragraphe sur le Conseil de vie sociale n'a pas été mis à jour au regard des articles D.311-5 et D.311-15 du CASF modifié par le décret n°2022-688 du 25 avril 2022.

Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ne sont pas nommées lorsqu'elles impliquent une restriction du droit des résidents.

Concernant le paragraphe portant sur la prévention des situations de maltraitance qui traite également des faits de violence sur autrui (p.16), les sanctions prises en cas de violence sur autrui ne sont ni mentionnées ni listées.

Remarque 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.

C. Le projet d'établissement (1.2.1.4, 1.2.1.5)

Il n'existe pas de projet d'établissement formalisé. Selon la direction, il est en cours d'élaboration et devrait être finalisé d'ici novembre 2023. Une présentation générale de ce qu'est un projet d'établissement a été réalisée (un power-point est affiché dans les locaux de soins). Des groupes de travail répartis en fonction de différentes thématiques et associant les personnels, résidents, représentants du CVS et famille devaient prochainement débuter.

Les entretiens ont cependant montré que la démarche du projet d'établissement n'est pas connue de tous.

Ecart 3 : L'établissement n'a pas de projet d'établissement depuis son ouverture, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.

Remarque 4 : Le personnel est insuffisamment informé de la démarche engagée sur le projet d'établissement.

D. Le plan bleu (1.2.1.6)

Il n'existe pas de plan bleu spécifique à l'EHPAD Ornano. Un plan d'action général d'actions du groupe DOMUSVI actualisé en 2022 et ne portant que sur la canicule a été remis à la mission. Il décrit la répartition pour chaque niveau du plan canicule les actions à mettre en œuvre pour chaque catégorie professionnelle (directeur, médecin coordonnateur, IDEC, secrétaire, agent hôtelier, personnel de nuit, IDE, AS, AMP, personnel de cuisine).

Ecart 4 : Le plan bleu ne porte que sur la canicule et n'est pas spécifique à l'établissement, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

De manière générale, la mission relève que les documents portant sur la gouvernance de l'établissement sont élaborés par le groupe mais ne sont pas adaptés aux spécificités de l'établissement.

Ecart 5 : La direction n'a pas adapté les documents du siège à l'établissement, ce qui ne permet pas de garantir que les outils mis à la disposition de l'établissement sont élaborés avec le personnel, les familles et les résidents, et permettent une prise en charge individualisée du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

1.3 Animation et fonctionnement du Conseil de vie sociale (CVS) (1.3.3.0)

Conformément à l'article D. 311-16 du CASF, des réunions CVS sont organisées au moins 3 fois par an. Le règlement intérieur de DOMUSVI en définit les modalités de fonctionnement. Le règlement intérieur n'est pas conforme à l'article L.311-5 du CASF car il mentionne la consultation du CVS sur le projet d'établissement alors que la loi prévoit l'association du CVS à l'élaboration du projet d'établissement.

Le conseil se composait en 2022 comme suit :

- ✓ 2 représentants des résidents,
- ✓ 1 représentant des familles ou des proches aidants de personnes accompagnées,
- ✓ 1 représentant des professionnels employés par l'établissement,
- ✓ 2 représentants de la direction.

En 2022, le CVS s'est réuni à 3 reprises (3 mars, 10 juin, et 30 septembre). La composition du CVS et en particulier le nombre de représentants du personnel et de la direction aux CVS est variable. En mars étaient présents la responsable hôtellerie et l'adjoint de direction et l'équipe de direction ainsi que le représentant du personnel. Alors que lors du dernier CVS en date du 30 septembre seuls le directeur et le directeur adjoint en tant que représentant du personnel étaient présents.

Il est prévu que les séances du CVS soient préparées avec les résidents et leurs proches mais au vu des entretiens, l'ordre du jour est établi par le directeur et un mail est envoyé en amont aux familles. Les procès-verbaux sont co-signés par la présidente et le directeur. Les comptes rendus des CVS sont accessibles à l'accueil de l'établissement.

Suite au CVS tenu en mars 2023, des élections pour les représentants de famille ont été organisées. Les entretiens menés par l'équipe d'inspection indiquent que l'ambiance des CVS a connu une amélioration suite à ce changement. Il est également prévu d'élargir la composition du CVS avec notamment la présence du médecin.

Les trois comptes rendus de l'année 2022 communiqués à la mission d'inspection ne font pas mention des événements indésirables. Or, il ressort des fiches d'évènements indésirables (FEI) et des plaintes transmises, la survenue de 5 évènements indésirables graves en 2022 (dont 2 disparitions et un acte de maltraitance). Si d'éventuels problèmes de sécurisation sont évoqués dans le CVS du 30 septembre dans le cadre des travaux au niveau de la terrasse du 6ème étage, à aucun moment la tentative d'intrusion constatée le 15 juillet 2022 au niveau du salon n'est mentionnée.

Les dysfonctionnements généraux de l'établissement ne sont pas traités en tant que tels dans les CVS mais indirectement via la diffusion le 3 Mars 2022 des résultats de l'enquête de satisfaction auprès des résidents de 2021. Certains aspects concernant la vie de la résidence (prise en charge du linge personnel, restauration) sont pris en considération sans pour autant que les axes d'amélioration soient précisés. Le CVS de septembre a été l'occasion de faire un retour sur la commission de restauration et le délai de réponse des appels malades mais la mission d'inspection n'a pas reçu d'informations supplémentaires suite à ce constat.

Ecart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF et notamment à sa disposition précisant que le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Ecart 7 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été mis à jour au regard de la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023 et notamment, de l'article D.311-15 du CASF.

Ecart 8 : Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG et des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

1.4 Gestion de la qualité

A. La démarche (1.4.1.7)

Le document retraçant les modalités de conduite de l'évaluation interne précise que le Groupe DOMUSVI dispose d'une direction qualité qui a mis en place un Comité de Pilotage de l'évaluation. Le groupe a élaboré un référentiel interne : l'OSR (Organisation des Suivis pour les Résidences) depuis février 2017 avec un suivi journalier par la direction des objectifs classés suivant les processus suivants : Management, Opérationnel et Support. Le pilotage de la mise en place du plan d'actions incombe à la direction de l'EHPAD.

Il ressort des entretiens que le directeur adjoint est le référent qualité au sein de l'établissement. Un COPIL constitué des membres de l'encadrement et de la direction se réunit pour travailler sur les différents thèmes du projet.

Le document du Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) 2023-2024 piloté avec le siège a été communiqué à la mission d'inspection. Il s'agit d'un schéma global avec les principaux objectifs. Il est prévu que les orientations stratégiques soient déclinées en objectifs et en actions et que l'ensemble soit intégré au plan d'action qualité. Pour autant le document transmis reste très succinct (composé uniquement d'un schéma avec les principaux blocs) sans précisions sur les actions à mener et leurs modalités de déploiement.

Un état d'avancement du plan d'amélioration est transmis en annexe du codir du 6 juillet 2021 qui est plus détaillé mais qui n'est pas récent. Il établit que le plan d'action est défini par les résultats des évaluations internes et externes. Il n'est pas enrichi de l'analyse des enquêtes de satisfaction ni de l'analyse des plaintes et des EI et EIG.

Ecart 9 : Aucun plan d'amélioration de la qualité spécifique à l'établissement permettant le suivi de l'évaluation des prestations n'a été mis en place, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF.

B. Les évaluations interne et externe (1.4.2.1)

Un rapport d'évaluation externe a été réalisé et transmis aux autorités compétentes en juillet 2020.

L'évaluation interne a été menée sur la base du référentiel établi par le service support Qualité de DOMUSVI. Le rapport a été remis en mars 2018. il décline un plan d'action avec désignation d'un responsable pour chaque action et une échéance. Cependant ce plan d'action n'est pas suivi (cf. écart n°9).

C. La promotion de la bientraitance (1.4.3.1, 1.4.3.2, 1.4.3.3)

L'établissement n'a pas formalisé une politique de promotion de la bientraitance, en l'absence de projet d'établissement. Cependant, il a mis en place un certain nombre d'outils et de supports permettant d'œuvrer en faveur de la lutte contre la maltraitance :

- Le règlement de fonctionnement qui précise les droits des résidents en matière de prévention des situations de maltraitance (signalement immédiat auprès des autorités administratives et judiciaire).
- Le numéro d'appel pour les victimes de maltraitance qui est communiqué et affiché à plusieurs endroits : sas d'accueil, salle du personnel et infirmerie et porté au règlement de fonctionnement et au livret d'accueil.
- Une procédure de signalement de suspicion de maltraitance datée de juin 2015.
- Une charte de bientraitance dans un classeur sur la banque d'accueil.
- Une fiche « bientraitance et éthique » qui présente un comité éthique, un référent bientraitance, des actions de formations, une fiche « je signale », le 3977.
- Des formations spécifiques bientraitance données par un prestataire DOMUSVI auprès du personnel.

La mission d'inspection relève que la charte de bientraitance et la fiche « bientraitance et éthique » n'ont pas été transmises à la mission. Ces documents ont été trouvés par la mission au sein de l'établissement.

Des formations autour de la bientraitance ont été réalisées par l'intermédiaire du plan de formation OMUSVI. En moyenne, 3 personnes ont suivi cette formation par an. Dans le plan de formation pour 2023 une formation « Référent bientraitance » est mentionnée, d'une durée de 7h sur une journée. Une demande de validation de cette formation est toujours en attente.

Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place.

L'évaluation interne en 2018, indique que l'établissement organise selon une fréquence régulière et programmée des actions de sensibilisation. Le binôme IDEC/Medco contribue à la prévention de la maltraitance en sensibilisant les équipes au quotidien, notamment lors des réunions de transmission. Ces sensibilisations apportent des précisions sur la gestion de cas de maltraitance : mise en place d'une procédure de signalement d'une suspicion de maltraitance et soutien apporté aux autres personnes accueillies, à leur entourage familial le cas échéant, aux personnels de la structure et notamment à ceux qui dénoncent des abus.

La procédure de signalement de suspicion de maltraitance n'a pas été mise à jour au regard de l'article L.119-1 du CASF. Elle fait référence à une « cellule maltraitance de la résidence ». Cependant aucune personne interrogée par la mission d'inspection n'a évoqué l'existence d'une telle cellule. La procédure met en avant la notion de « fait avéré ». Or il n'appartient qu'à la justice de qualifier les faits de maltraitance. La mission d'inspection rappelle que le signalement au procureur est une obligation en cas de doute à l'issue de l'analyse menée par la cellule maltraitance.

Il ressort des entretiens menés par la mission d'inspection qu'il n'y a pas de référent bientraitance dans la résidence ni de procédure formalisée pour le repérage d'une situation de maltraitance.

Aucun document transmis à la mission d'inspection ne témoigne d'une politique de prévention des actes de violence (physique, psychologique ou sexuelle), ni de leur prise en charge au sein de l'établissement.

Enfin, l'enquête de satisfaction auprès des résidents et de leurs familles au 1er semestre 2022 met au jour le fait que parmi les attentes des résidents figure : « Plus de bienveillance, d'empathie, d'écoute de la part du personnel envers les résidents ».

Remarque 5 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée au niveau de l'établissement. La procédure de signalement de suspicion de maltraitance n'a pas fait l'objet d'une nouvelle réflexion sur ce thème au regard de l'article L.119-1 du CASF.

Remarque 6 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est organisée.

Ecart 10 : Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

1.5 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

A. Les enquêtes de satisfaction (1.5.5.1)

La dernière enquête de satisfaction remonte à avril 2021 (taux de remplissage 50 % des résidents et familles). Les résultats font état d'un taux de satisfaction globale de 92 % (plutôt satisfait à 71 %, très satisfait à 21 %).

Les résultats très synthétiques sont transmis au CVS. Ils n'intègrent pas de plan d'amélioration de la qualité.

Remarque 7 : Les enquêtes de satisfaction ne proposent pas d'analyse des points faibles et des pistes d'amélioration à inclure dans un plan d'amélioration de la qualité.

B. Les réclamations (1.5.5.1)

Une lettre Qualité est à disposition des usagers concernant la déclaration d'éventuels dysfonctionnements et adressée directement au siège de DOMUSVI.

L'établissement a transmis 4 plaintes de résidents : 2 sont datés de 2020, une de décembre 2021, et la dernière de septembre 2022. Seules deux réponses ont été fournies sur les 4 plaintes.

Une plainte a fait l'objet d'une fiche événement indésirable grave du fait de la gravité des actes posés.

Remarque 8 : Les plaintes ne font l'objet ni d'un suivi ni d'un bilan systématique.

C. Les évènements indésirables (1.5.1.3, 1.5.1.4)

Plusieurs systèmes d'enregistrement ont été remis à la mission d'inspection :

- une fiche de déclaration de dysfonctionnement pouvant être renseignée par le résident, les familles, les salariés ou un visiteur. Une fois complétée, cette fiche doit être remise au personnel d'accueil ou en son absence dans le réceptacle prévu à cet effet à l'accueil. Une partie à compléter par la direction définit le plan d'action à entreprendre suite à ce signalement (mesures, responsable, date de réalisation de l'action, évaluation, date de retour au déclarant).
La procédure prévoit que chaque fiche de dysfonctionnement remontée est étudiée en réunion de COPIL. Les fiches de dysfonctionnement sont conservées dans un classeur centralisant toutes les réclamations ou satisfactions et enregistrées dans le portail « gestion des plaintes et réclamations ». La direction mentionne qu'elle n'a pas de tableau de suivi de ces fiches.
- une fiche de signalement des évènements, dysfonctionnements graves et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) précisant les modalités de déclaration à l'ARS. Cette fiche est incomplète car le courriel de l'ARS n'a pas été spécifié.

La fiche intitulée « Processus » et portant sur le signalement des évènements, dysfonctionnements graves et des évènements graves associés aux soins comporte plusieurs lacunes :

- Les définitions sont fautives : ce qui est défini comme un évènement indésirable est un EIG (cf. article L.311-8-1 du CASF).
- Les principaux EIG ne sont pas cités, notamment ceux liés à la prise en charge médicamenteuse.
- L'adresse de l'ARS Ile de France n'est pas renseignée.
- La déclaration obligatoire à la Ville de Paris n'est pas rappelée.

Les entretiens révèlent qu'une partie du personnel n'est pas sensibilisée aux modalités de déclaration des évènements indésirables et méconnaît les procédures. Certains entretiens menés avec le personnel montrent que compte tenu du fait que le nom et le prénom de la personne déclarante doit être mentionné, un certain nombre d'agents ne s'autoriseraient pas à déclarer des dysfonctionnements car leur anonymat n'est pas garanti.

La procédure de signalement de maltraitance remise à la mission précise que lorsque les faits sont avérés, un signalement auprès des autorités administratives doit être réalisé (ARS, CD et Procureur de la République). La notion de fait avéré a été analysé plus haut, p.16.

L'établissement a transmis 5 fiches de déclaration des évènements indésirables aux autorités administratives : 1 fiche datant de décembre 2021, 4 fiches datant de 2022. Un EIG de 2023 transmis à la Ville de Paris et à l'ARS n'a pas été retransmis à la mission d'inspection. Les 5 fiches d'EIG transmises à la mission n'ont pas fait l'objet de transmission à l'ARS et à la Ville de Paris. Elles portent sur :

- deux disparitions inquiétantes,
- une intrusion au sein de la résidence,
- deux suspicions d'actes de maltraitance.

Les deux situations de suspicion de maltraitance n'ont pas fait l'objet d'un signalement au procureur.

La mission d'inspection constate l'absence de tableau de suivi des EI et EIG. Aucun retour d'expérience ne lui a été transmis. Si la procédure « signalement d'une suspicion de maltraitance » évoque une analyse, aucune procédure d'analyse de l'arbre des causes n'est proposée.

Remarque 9 : L'établissement ne saisit pas le procureur en cas de suspicion de maltraitance.

Ecart 11 : La procédure de déclaration des EI et EIG est incomplète, notamment dans ses définitions.

Ecart 12 : Le personnel ne connaît pas les procédures liées aux EIG, ce qui ne garantit pas une prise en charge de qualité au résident, et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

Ecart 13 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements ne garantit pas l'anonymat de la personne déclarante, ce qui contrevient à l'article L.313-24 du CASF.

Ecart 14 : Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés aux deux autorités de tarification, l'ARS et la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.

Ecart 15 : L'établissement ne possède pas de procédure de retour d'expérience, ce qui contrevient à l'article R.1413-69 du CSP.

Remarque 10 : L'établissement ne met pas en place de mesures préventives suite à des EI récurrents ou des EIG alimentant le plan d'amélioration de la qualité.

II. Ressources humaines

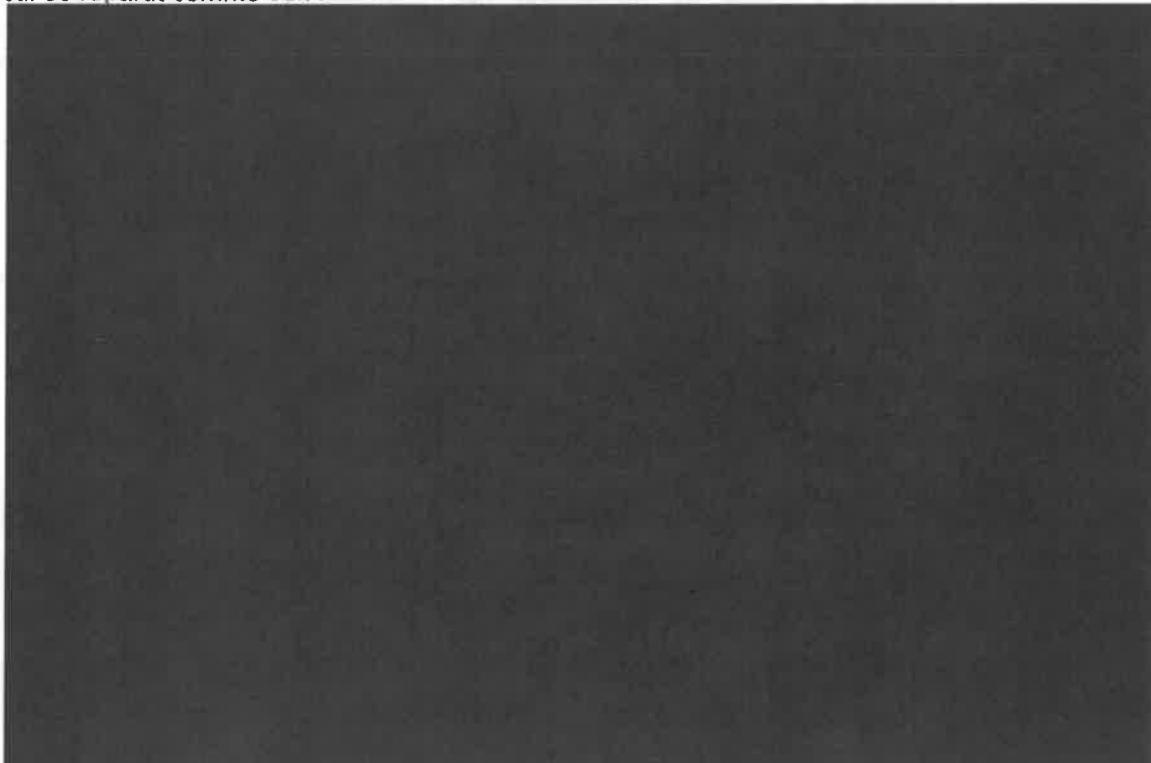
2.1 La situation générale des effectifs (2.1.1.1)

Des incohérences sont à noter entre le registre unique du personnel et les tableaux récapitulant les ETP en CDI : sur le registre unique du personnel, des CDD dont l'échéance est passée sont notés comme étant des CDI dans le tableau des ETP en CDI et sont de fait portés au planning du mois d'avril. Par ailleurs 8 salariés portés dans le tableau des CDI ne sont plus présents aux plannings d'avril et mai. De plus, un salarié ne figure sur aucun des fichiers transmis, mais est bien au planning et a été rencontré par l'équipe d'inspection.

Selon le tableau « ETP CDI Pourvu et non pourvu », l'EHPAD compte 75 ETP dont 64 pourvus. 6 postes IDE, 1 poste d'ASG et 1 poste d'ASH sont vacants. 3 personnes ont leur contrat de travail suspendu : une AS en congé parental, une AMP absente, et une personne chargée de l'accueil et de l'administration en congé parental, selon l'information portée aux plannings des mois d'avril et de mai 2023. Les 6 postes d'IDE vacants sont pourvus par des CDD.

Selon le registre unique du personnel, sur les personnes effectivement présentes au cours du mois d'avril 2023, 54 personnes sont en CDI et 15 personnes en CDD : 69 postes sont donc pourvus. 21,7% du personnel a signé un CDD.

L'effectif se répartit comme suit :



18/56

3 ASH mentionnées comme telles dans les listes transmises à l'équipe d'inspection sont membres des équipes de soins et sont inscrites aux plannings des soignants. La catégorie « ASH soignant » mentionnée au registre unique du personnel compte des ASH affectés aux soins et des AES, et un auxiliaire de vie. La mission ne peut considérer que ces « ASH soignants » font partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF.

La charge en soin pour les 3 infirmiers présents en moyenne est très supérieure à l'attendu au regard du nombre de résidents et du PMP. L'effectif des AS et AES est légèrement inférieur à ce qui était posé dans l'EPRD 2022 et de ce fait, entraîne une charge en soin au regard du nombre de résidents et du GMP, légèrement supérieure à l'objectif posé dans le CPOM.

Le personnel soignant a de ce fait été renouvelé dans les deux dernières années dans des proportions importantes : 26,6% du personnel a signé un CDI en 2022 ou 2023. Cela témoigne d'un turn-over important. Certains entretiens ont souligné l'importance des démissions.

Ecart 16 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312.155-0 du CASF.

Ecart 17 : Il manque 6 ETP d'IDE et 1 poste d'ASG dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3-3° du CASF.

2.2 Le recours aux CDD et à l'intérim (2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7)

Pour la totalité des postes d'infirmiers, l'établissement fait appel à des vacataires. 2 personnes sont identifiées dans le planning d'avril comme étant des intérimaires qui sont intervenus pour un jour chacun. Une troisième personne n'est inscrite ni au registre unique du personnel ni au fichier des CDD 2023, et est intervenue 3 jours. Les autres personnes ont signé un CDD : 3 personnes sont intervenues respectivement 15, 16 et 20 jours. 4 autres sont intervenues de 3 à 6 jours chacune. Soit au total 9 personnes pour assurer pendant 18 jours la présence de deux infirmiers, 11 jours avec 3 infirmiers, 1 jour avec un seul infirmier, 1 jour avec 4.

⁸ Pour les infirmiers, le chiffre 3 se fonde sur l'étude du planning : 3 infirmiers interviennent régulièrement (les autres vacations sont plus ponctuelles).

ASH	21,3%	24,3%	20,1%	29,1%	23,4%
-----	-------	-------	-------	-------	-------

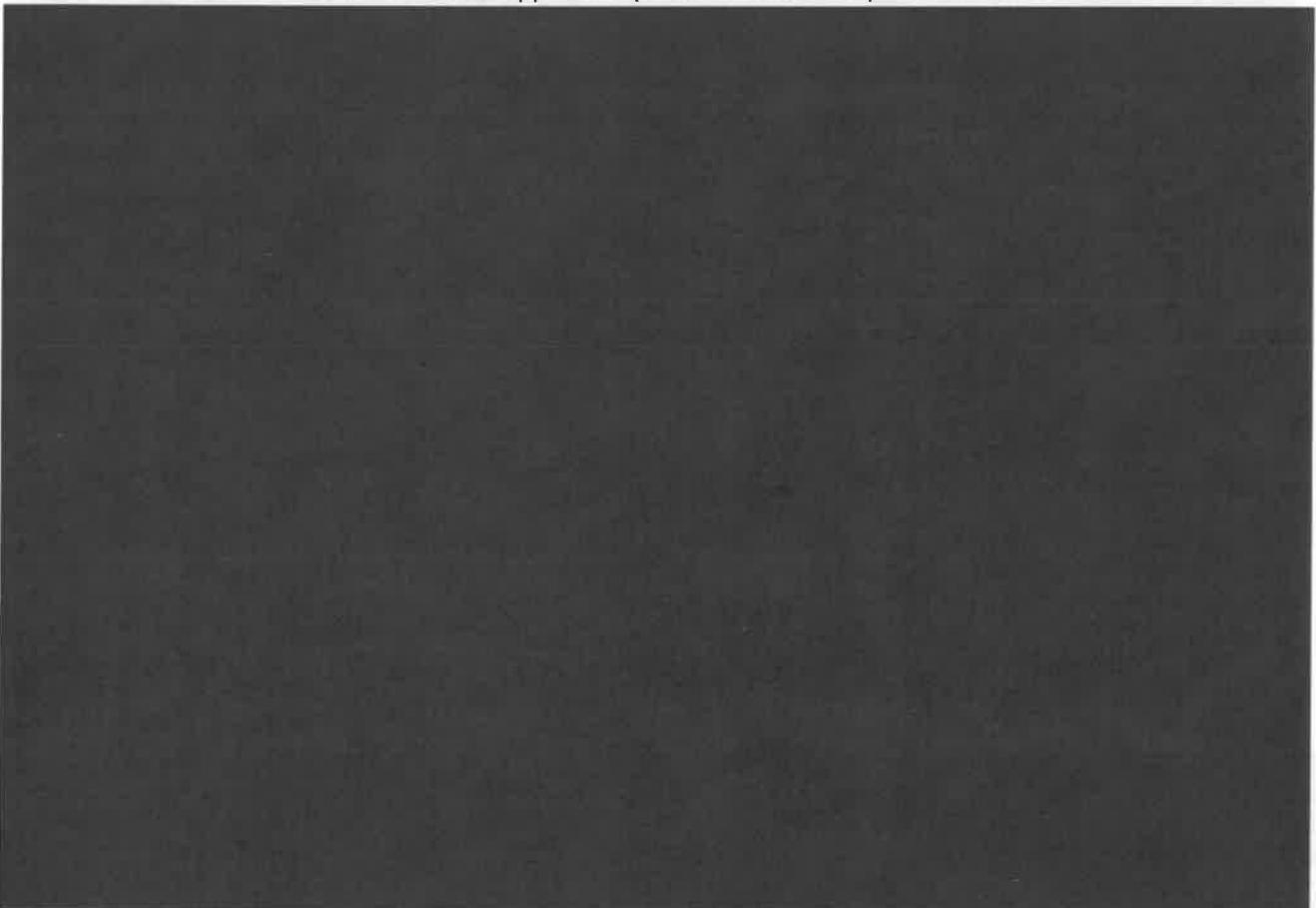
Le taux d'absentéisme des AS/AES et des ASH s'élève selon les mois considérés à :

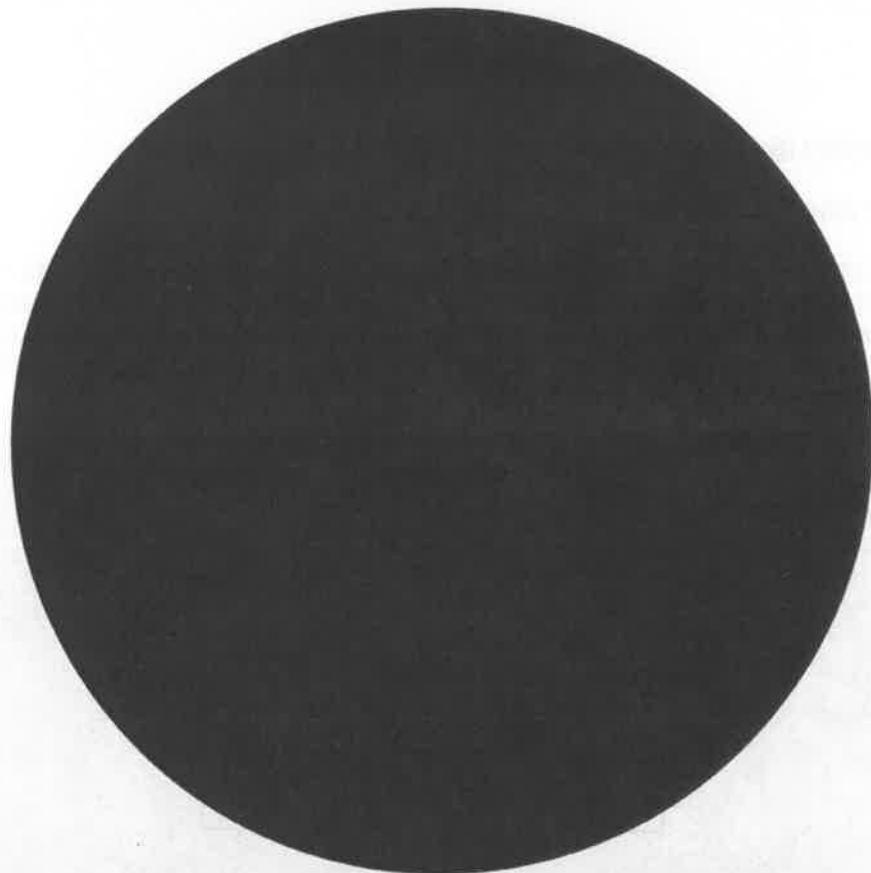
	Juillet 2022	Août 2022	Janvier 2023	Février 2023	Mars 2023
Le jour AS/AES	12,8%	11,5%	12,4%	22,8%	23,5%
La Nuit AS/AES	26%	21,8%	3,7%	0%	13%
ASH	15,4%	12,5%	17%	16,7%	17,2%

L'écart entre le taux d'absentéisme et le taux de recours aux vacataires montre le remplacement des postes vacants et le recours aux vacataires en cas de congés (congés payés, congés maternité et congés parentaux).

Le mois d'avril est prévisionnel à partir du 17 avril. Le taux d'absentéisme et le taux de recours aux intérimaires ne peut être calculé car seules les absences anticipées sont notées au planning et seul un remplacement sur les 3 congés programmés est porté au planning de la semaine du 24 avril. Il est notable que le planning du mois de mai et le planning de la semaine du 24 avril ne sont pas finalisés au 17 avril concernant les absences à combler.

Aucune procédure de gestion des absences n'a été transmise à la mission d'inspection. La direction a exposé la pratique suivante : l'agent d'accueil appelle les étages pour recenser les absents. L'IDEC appelle la résidence le matin. L'établissement fait appel à un pool de vacataires qui connaissent la résidence.





Une personne a été embauchée comme cuisinière en janvier 2023 puis aide-cuisinière en février. Une autre personne a été embauchée comme aide-cuisinier, puis ASH en mars 2023. Une même personne a été embauchée comme AES D en avril 2023, alors qu'elle était ASH en février 2023.

L'établissement a transmis à la mission d'inspection une fiche intitulée « Accueillir un salarié vacataire/remplaçant » mise à jour le 4 avril 2016. Elle n'est pas à destination du vacataire et n'expose pas au nouveau venu les actes importants à accomplir pendant sa journée de travail.

Ecart 18 : Trois ASH sont affectées à l'équipe de soin, ce qui constitue un glissement de tâches et contrevient aux articles L. 311-3, L.451-1 et D.312.155-0 du CASF, ainsi qu'à l'article L. 4391-1 du CSP.

Ecart 19 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.

Remarque 11 : Au regard du taux d'absentéisme élevé, aucune procédure de remplacement des absents n'est formalisée et aucune politique de lutte contre l'absentéisme n'est engagée.

Remarque 12: La procédure « accueillir un salarié vacataire/remplaçant » n'a pas été adaptée à l'établissement depuis son ouverture et ne concerne que la prise de poste au niveau des ressources humaines. Elle ne présente pas aux vacataires les différentes tâches à accomplir.

2.3 L'organisation des modalités de travail (2.1.1.3, 2.1.1.6, 2.1.4.7)

A. Les plannings (2.1.4.5)

L'examen des plannings montre que le nombre AS et AES en charge du soin varie de 13 à 14 pour prendre en charge 130 résidents. Cependant au mois de janvier du fait de plusieurs absences cumulées et pas toutes remplacées, seuls 11 à 12 personnes étaient présentes au cours de 4 jours sur le mois. Les effectifs sont globalement moindre également au mois de juillet : 11 ou 12 personnes présentes 8 jours dans le mois ; au mois d'août, 12 personnes 4 jours dans le mois.



Le ratio d'encadrement de jour au 17 avril 2023 est de 0,19 ETP de soignants (AS et AES). Le ratio théorique (sur la base de 130 résidents) est de 0,18. Le ratio d'encadrement global (incluant la nuit) est de 0,28 ETP par résident.

La nuit, une personne est sur l'unité protégée, une personne est sur les étages 1 et 2, une autre sur les étages 2 et 4, et une dernière sur les étages 5 et 6. Hormis l'unité protégée, chaque AS ou AES a en charge une trentaine de résidents.

Au mois de juillet trois personnes ont été présentes 3 nuits. Pendant une de ces nuits, ce sont trois vacataires, seuls, qui ont assuré le service. En juillet, une personne a enchaîné deux jours de travail et une nuit. Cette organisation ne garantit pas sur chaque étage une présence permanente et expose le personnel à un risque d'épuisement professionnel.

Les ASH, elles, sont 6 par jour. Cette organisation est respectée sur tous les plannings transmis.

B. Les fiches de tâches et les fiches de poste (2.1.4.2)

L'établissement a transmis à la mission d'inspection les fiches de poste du personnel soignant (AS, AS Nuit, ASG et Infirmier), ainsi que les fiches de tâches AS/AMP de chaque étage et de la nuit, la fiche de tâche IDE des 1er au 3e étage, la fiche de tâche IDE des 4e au 6e étage, et les fiches de tâche des ASH.

Les fiches de tâches des ASH sont datés du 1er septembre 2022. Les fiches de poste et les fiches de tâches du personnel soignant ne sont pas datées.

Les métiers AS et AES (ex AMP) ne sont pas différenciés : la mission relève l'absence de fiche de poste AES et des fiches de tâches communes aux deux métiers.

De plus, la fiche de poste des AS de nuit mentionne l'aide à la prise des médicaments sans mention de la responsabilité de l'infirmière, ce qui peut conduire à un glissement de tâches entre AS et IDE, car il n'est pas fait mention de la délégation par l'infirmière aux AS de la prise des médicaments.

Les fiches de tâches ASH contiennent un plan de table du restaurant : chaque ASH est chargée de servir un nombre de tables défini. Le plan de table mentionne les couverts nécessitant une texture haché ou mixé : ceci ne garantit pas l'absence d'erreurs de distribution des textures, car aucun nom ni numéro de chambre de résident ne sont mentionnés (cf. le présent rapport p.35).

Une ASH référente est chargée d'organiser le mode dégradé en cas de besoin. Aucune fiche du fonctionnement de ce mode dégradé n'a été transmise. Elle a en charge l'organisation des remplacements, le contrôle du bio-nettoyage et de la traçabilité des températures et de l'ensemble des tâches des ASH. Elle prépare et contrôle les chariots de bio-nettoyage.

Le planning fait mention d'un AS référent. Aucune fiche de tâche ou fiche de poste n'a été transmise.

2.4 Les dossiers du personnel (2.1.1.7)

Les dossiers du personnel sont complets et bien tenus.

2.5 La formation (2.1.2.1)

Le plan de développement des compétences transmis à la mission d'inspection porte sur les années 2021, 2022 et 2023.



Les salariés qui suivent des formations sont de tous les métiers. Les formations suivies se répartissent comme suit :

Le plan de développement des compétences apparaît varié ; un accent est mis sur les formations autour de la cuisine en général.

Quelques manques sont relevés :

- Le peu de formations sur la bientraitance, et l'absence des ASH à ces formations.
- Les formations suivies par les ASH sont rares (hors la formation incendie).
- Alors que le plan d'amélioration de la qualité prévoit de mettre en place des groupes d'analyse de pratiques : en juillet 2021, l'action est posée comme « en cours »⁹, avec une échéance posée au 31 décembre 2021 ; aucun groupe d'analyse de pratiques professionnelles n'a été programmé en 2021, 2022 ni 2023.
- L'absence de formations sur les relations affectives et la sexualité.
- L'absence de formations sur les troubles du comportement et les troubles sensoriels.
- L'absence de formations sur la relations aux familles alors que selon le DUERP ce point est à haut risque psycho-social.
- L'insuffisance du nombre de formations aux gestes d'urgence : celui-ci ne permet pas d'assurer la mise à jour des AGFSU tous les 4 ans pour l'ensemble du personnel.

Ecart 20 : Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

Remarque 13 : Peu de personnel est formé à la bientraitance, aux relations affectives et à la sexualité, aux troubles sensoriels et aux troubles du comportement.

2.6 Le recrutement (2.1.2.5)

La direction souligne des difficultés de recrutement pour certaines professions notamment les infirmiers, qui refuseraient tous de signer des CDI. L'établissement a cherché pendant un an un ergothérapeute puis a opté pour le recrutement d'un professeur en activités physiques adaptées, ce qui a permis d'offrir plus d'activités aux résidents.

Aucune procédure d'accueil des nouveaux salariés n'est formalisée. Un livret d'accueil de 8 pages présente succinctement l'établissement. Il mentionne les réponses à apporter aux situations d'urgence (incendie, activation d'appel malade, dysfonctionnement d'un fluide, accident du travail). L'utilisation du DECT est décrite. Quelques règles de bonnes conduites sont rappelées, notamment les notions de secret professionnel et de respect de l'intimité. Cette brochure renvoie pour plus de détail au règlement intérieur de la résidence, qui n'a pas été fourni à l'équipe d'inspection.

Remarque 14 : L'établissement ne s'est pas doté d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés et des vacataires.

2.7 Le climat social (1.2.2.3, 2.4.3.9)

L'ensemble du personnel souligne un bon dialogue avec l'encadrement et une solidarité entre professionnels.

Cependant, tout le personnel qui en a besoin n'a pas accès facilement à un ordinateur. De plus, la direction n'informe pas systématiquement le personnel sur les mesures prises.

Le DUERP n'a pas été mis à jour depuis juillet 2021. Les formations préconisées ne sont pas portées au plan de développement des compétences.

⁹ Codir du 6 juillet 2021.

III. Locaux

3.1 Les affichages obligatoires (1.2.3.5)

L'ensemble des affichages obligatoires étaient bien présents et visibles dans l'établissement.

3.2 La visite du bâtiment

Le bâtiment est structuré ainsi :

- ✓ Au sous-sol (non accessible au public) : cuisine, vestiaires, lingerie, buanderie, archives, entretien, local TGBT, salle de repos du personnel, chaufferie gaz, local poubelles.
- ✓ Au rez-de-chaussée : hall d'accueil, bureau de direction, salon, salle à manger avec locaux attenants (salon de coiffure...), sanitaires, le SSI, pharmacie, infirmerie, PASA et locaux de consultation interne.
- ✓ Au 1er étage : 22 chambres simples, sanitaires, espace de vie, soins, locaux de stockage, lingerie et bureaux.
- ✓ Au 2ème étage : 25 chambres simples, sanitaires, espace de vie, soins, locaux de stockage, lingerie.
- ✓ Au 3ème étage : 25 chambres simples, sanitaires, espace de vie, soins, locaux de stockage, lingerie.
- ✓ Au 4ème étage : 23 simples, sanitaires, espace de vie, soins, locaux de stockage, lingerie et des terrasses extérieures.
- ✓ Au 5ème étage : 23 chambres simples sanitaires, espace de vie, soins, locaux de stockage, lingerie et des terrasses extérieures.
- ✓ Au 6ème étage : 13 chambres simples et une chambre double, sanitaires, espace de vie, soins, locaux de stockage, et des terrasses extérieures.

Les différents niveaux sont desservis par deux ascenseurs et une cage d'escalier (accessible aux personnels).

L'établissement dispose d'un jardin en cour situé au rez-de-chaussée de l'établissement.

La chambre comprend un placard, un système d'occultation, du chauffage, une prise, etc. ainsi qu'un mobilier adapté qui comprend un lit médicalisé, un chevet, un fauteuil, un appel malade et un bureau.

Les différents lieux de vie sont climatisés, tout comme le salon au rez-de-chaussée, la salle à manger, etc. Les chambres ne le sont pas. Lors de périodes de forte chaleur, les portes des chambres sont laissées ouvertes afin d'y laisser entrer l'air rafraîchi.

Le déplacement des personnes à mobilité réduite est possible à l'intérieur des chambres et dans les espaces communs. 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.

L'état général du bâtiment est propre et entretenu aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Quelques traces d'usure sont visibles dans certains endroits, notamment du fait du passage des chariots, des fauteuils roulants ou autre matériel.

Le bio nettoyage est assuré par les ASH salariées de la résidence.

Un technicien de maintenance est présent à temps plein du lundi au vendredi. Les demandes de réparation sont centralisées dans un cahier à disposition des professionnels des étages à l'accueil de la résidence. Une équipe technique réalise chaque jour les petits travaux dans les pavillons.

Cependant, la mission relève que certaines demandes de petites réparations peuvent prendre beaucoup de temps pour être traitées.

3.3 La sécurité des résidents

A. La prévention des sorties à l'insu du personnel de la résidence (2.5.3.4)

L'accès au bâtiment se fait par un sas d'entrée fermé, par des portes vitrées avec ouverture non automatique. Un interphone est présent et permet à l'accueil d'ouvrir ces portes après s'être signalés à l'interphone. Pour sortir, les portes du sas s'ouvrent l'une après l'autre sans intervention de l'accueil.

Une résidente a suivi un des membres de l'équipe d'inspection dans l'ascenseur au 3^e étage. Elle a été par hasard interceptée par une infirmière au 2^e étage, ce qui a évité qu'elle ne s'égare dans l'établissement ou qu'elle ne sorte.

B. Les appels malades (2.5.4.3)

Un système d'appel malade fonctionne en filaire et en médailon (pour la gestion des sorties à l'insu du personnel).

L'établissement a fourni les relevés d'appels du mois d'aout 2022 et les relevés du mois d'avril (du 1^{er} au 18). Les statistiques établissent qu'en aout 2022, 83% des appels ont obtenu une réponse en moins de 12 mn. En avril 2023, 84 % des appels ont reçu une réponse en moins de 12 minutes. Cependant la nuit, seuls 73% des appels ont reçu une réponse en moins de 12 mn et 8% des appels ont reçu une réponse après plus de 36 mn.

De fait, le courrier d'une fille de résident en date du 25 septembre 2022 mentionne que deux aides-soignantes seulement sont présentes pour 6 étages la nuit. De plus, des entretiens et le courrier d'un proche de résident ont souligné que des chutes ont pu survenir la nuit et que les personnes n'ont pas bénéficié de l'intervention de soignants avant un délai de 2h.

Ecart 21 : Le délai de prise en charge des appels malades la nuit ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

C. La gestion des DASRI (2.5.2.7)

La gestion des DASRI est organisée au sein de l'établissement. Les bons d'enlèvement et d'incinération des DASRI par un prestataire externe, sont conservés.

Les collecteurs d'aiguilles sont présents sur les paillasses, les chariots de soins et les chariots de distribution des médicaments avec dates d'ouverture.

Le lieu de stockage des containers DASRI est identifié, sécurisé au sous-sol de la résidence, et différencié des autres lieux de stockage.

Un contrat est signé avec un prestataire pour l'enlèvement des DASRI. Les conteneurs des DASRI sont datés (ouverture, fermeture) et identifiés au nom de la résidence.

Le protocole de tri des déchets est affiché dans le poste de soins.

D. La surveillance des vaccinations des résidents (2.5.2.11)

Lors des entretiens, le personnel médical mentionne que tous les résidents sont à jour pour les vaccins obligatoires. Ils sont également vaccinés contre la grippe et le COVID.

Les vaccinations pneumocoque sont rares et les vaccinations tétanos ne sont jamais effectuées.

E. La sécurité du bâtiment

La mission relève que l'établissement a connu plusieurs intrusions. La fiche de déclaration d'EI en date du 15 juillet 2022 signale que suite à de précédentes intrusions, la porte de secours côté salon a été sécurisée par une barre métallique. Cette barre a été retirée par une résidente. Un homme s'était donc introduit et a dérobé 2 tablettes.

A la suite de cette intrusion, les chargés d'accueil ont été invités à tracer les vérifications des fermetures des portes de secours et des baies vitrées de la terrasse. Les équipes de nuit ont été sensibilisées.

Or le 29 juillet 2023, une nouvelle intrusion en pleine nuit a été signalée aux autorités de tarification.



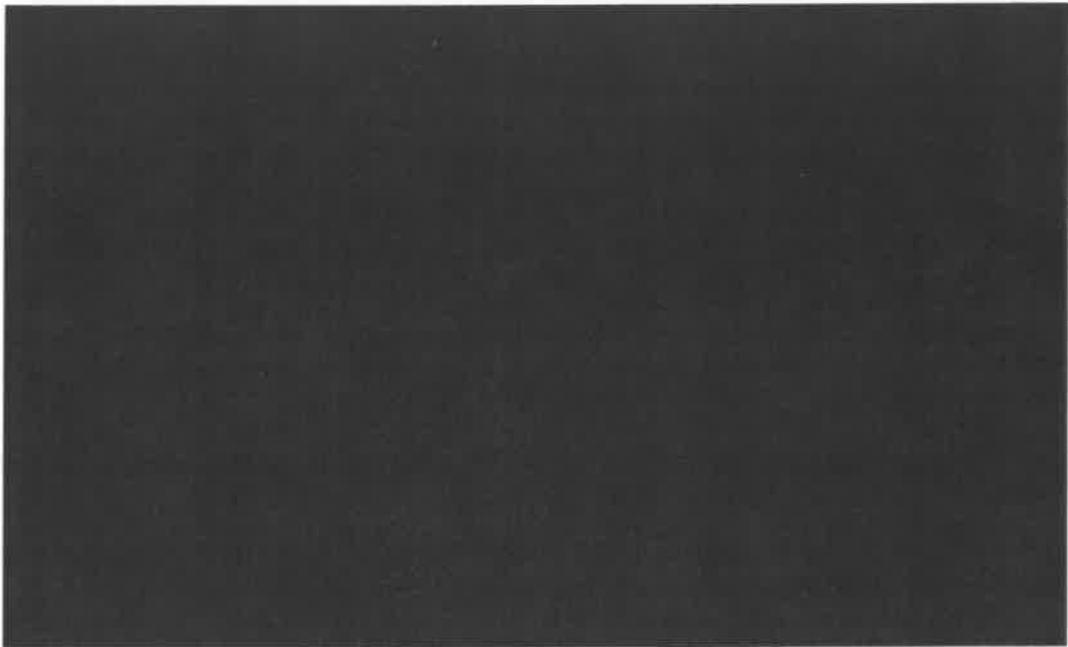
Remarque 15: La question de la sécurisation de la résidence n'a pas fait l'objet d'une réflexion assez approfondie au regard des intrusions dont l'EHPAD a été la cible.

IV. Prise en charge des résidents

4.1 L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

A. Le profil des personnes accueillies

Sur les 126 résidents accueillis au 17 avril 2023, 74,6% étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 86 ans et 2 mois. Les deux plus âgées ont 99 ans, le plus jeune 57 ans. 75 résidents avaient moins de 86 ans.



B. La procédure d'admission (3.1.1.1, 3.1.1.2)

L'établissement a transmis une procédure datée du 18 novembre 2022 qui porte la mention d'un autre établissement du groupe. Elle mentionne sur plusieurs pages des items « à personnaliser ». Il s'agit donc d'une procédure du groupe qui n'a pas été adaptée à l'établissement.

Selon cette procédure, la demande d'admission se fait sur dossier. L'évaluation est faite conjointement avec le médecin coordonnateur et l'IDEC qui formulent un avis, la validation de l'admission se fait sur décision de la direction qui suit l'avis émis par le binôme MedCo-IDEC.

La visite de pré admission est réalisée mais la procédure transmise ne précise pas qui l'organise. Les entretiens ont établi que le médecin coordinateur y assiste. Elle peut aussi s'accompagner d'une visite sur le lieu de vie du futur résident afin de recueillir ses habitudes de vie. La visite de préadmission est l'occasion de recueillir le consentement de la personne. Mais il n'est pas précisé qui est en charge de ce recueil. Lorsque le recueil est difficile, il est précisé que la recherche des causes est menée avec le MedCo.

La responsable hôtelière est informée de l'admission, prépare la chambre avec une ASH et fait visiter la chambre au résident et sa famille.

Il n'est pas fait mention du recueil des directives anticipées ni de la présentation du rôle de la personne de confiance dans la procédure transmise.

Un document intitulé « La répartition des rôles dans l'équipe », daté de 2019, attribue à chacun un rôle dans la procédure d'admission puis dans le suivi du projet personnalisé. Cependant ce document est un guide à destination de l'équipe pour organiser les rôles, ce n'est pas un document qui permet de connaître le rôle de chacun au sein de l'EHPAD Les Intemporelles Ornano.

Remarque 16 : La procédure d'admission ne précise pas quels sont les acteurs pour chaque étape de la procédure, elle ne mentionne ni le recueil des directives anticipées, ni la possibilité de nommer une personne de confiance. Elle n'est pas spécifique à l'établissement.

C. Le projet personnalisé (3.1.3.3)

Deux documents respectivement intitulés « Charte du projet personnalisé » et « Le projet personnalisé expliqué aux résidents et aux familles » exposent la démarche du projet personnalisé et ses différentes

étapes. Le document intitulé « La répartition des rôles dans l'équipe » liste l'ensemble des tâches à accomplir mais définit des acteurs de ces tâches sans les spécifier : ainsi pour expliquer le sens du projet personnalisé au résident, 3 exemples de participants sont retenus : AS, AMP, infirmier..., l'équipe SynPro, la direction. Aussi ce document ne permet pas à chacun de savoir concrètement ce qui relève de ses missions.

Le projet personnalisé se décompose en 7 items : cognitif/psychique, Nutrition, Famille/Amis, Bien-être/intégration sociale, capacités motrices, confort/hygiène, et équilibre mental/somatique-observance traitements.

Aucun document ne définit le coordonnateur des projets personnalisés ni la manière de désigner le référent et son rôle. Cependant, les entretiens établissent que la psychologue est en charge de la coordination des projets personnalisés.

La mission relève que les fiches de tâches des AS/AMP et IDE ne comportent aucune mention du projet personnalisé.

Les projets personnalisés consultés par la mission d'inspection sur le logiciel de soins comportent des actions le plus souvent précises et spécifiques au résident. Ils sont tous en cours de validité.

Aucun des projets personnalisés consultés ne comporte de nom de référent. Ils ne sont signés ni par le résident et/ou son représentant légal, ni par le représentant de l'établissement, ni par le référent. Ils sont tous rédigés par la psychologue et certaines parties du projet sont signées par elle. Les entretiens ont souligné la difficulté de planifier des réunions autour du projet personnalisé. La psychologue est, de ce fait, l'intervenante principale : elle rencontre séparément le résident, parfois la famille, les soignants, une IDE.

La psychologue a établi un calendrier et complète le projet personnalisé au fur et à mesure des informations qu'elle reçoit. Lorsque le projet personnalisé est complet, elle informe l'équipe par mail. Elle envoie ensuite un exemplaire aux familles en leur demandant s'ils ont des compléments à apporter et leur propose un rendez-vous de signature. La signature du résident semble plus difficile à obtenir, sans que la mission en ait compris les raisons. Dans ce but, la psychologue se donne pour objectif de voir chaque résident une fois par mois au moins.

Le calendrier de suivi établit que si tous les projets sont à jour pour l'item 1 (cognitif/psychique), 43 projets restent à compléter pour au moins un item. Ceci témoigne d'une insuffisante coordination entre la psychologue et le reste de l'équipe.

Ecart 22 : Les projets personnalisés ne sont pas signés, ce qui contrevient aux articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF.

Ecart 23 : L'absence de référent chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.

D. La commission de coordination gériatrique (3.1.4.1)

La mission relève l'absence de compte-rendu de la commission gériatrique. Elle ne peut établir que celle-ci se réunit au moins une fois par an.

Ecart 24 : Il n'est pas établi que la commission gériatrique se réunisse une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3° du CASF.

E. Les temps de transmission (3.1.4.4 ; 3.1.4.7)

L'IDEC a mis en place des réunions d'équipe en présence de la psychologue par étage tous les lundis. Y participent les soignantes, le médecin, la psychomotricienne pour aborder les éventuelles difficultés que les équipes rencontrent avec les résidents.

Les équipes se réunissent deux fois par mois : le directeur est convié à ces réunions. La mission considère que la présence du directeur n'est pas envisageable lorsque ces réunions portent sur les soins prodigués aux résidents.

S'agissant des réunions de transmissions entre équipes, les fiches de tâches AS/AMP prévoient un quart d'heure à la prise de poste pour récupérer le DECT à l'accueil, assurer les transmissions avec l'équipe de nuit et la lecture des informations portées dans le logiciel de soins. Or la fiche de tâches des AS/AMP de nuit ne mentionne pas le temps de transmission orale avec les AS puisqu'elles n'arrivent qu'à 8h00. La mission relève l'absence de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit depuis que les horaires sont en 8h-20h.

Une AS sur les 4 de nuit prend son service à 19h45 : elle assure une transmission orale avec les IDE. Les 3 autres AS prennent leur poste à 20h : aucun temps de transmission orale n'est prévu : ce point est d'autant plus important qu'elles sont chargées d'administrer les traitements la nuit. Le matin les AS de nuit ont un temps de transmission orale avec l'IDE arrivant à 7h45.

Dans la fiche de tâches des IDE, le temps de transmissions écrites n'est pas sanctuarisé car il est associé à d'autres tâches sur le même créneau horaire.

Remarque 17 : La mission relève l'absence de temps de transmission orale entre équipe de jour et équipe de nuit.

4.2 Respect des droits des personnes accompagnées

A. L'accès des résidents aux informations réglementaires (3.2.2.1)

Le livret d'accueil ne cite pas les documents à disposition du résident : le règlement de fonctionnement et les enquêtes de satisfaction. Il ne mentionne pas la possibilité de solliciter une personne qualifiée en cas de conflit avec la résidence ni la Charte des droits et libertés.

La consultation des dossiers des résidents établit que le règlement de fonctionnement n'est pas systématiquement délivré au résident et/ou à ses proches (la case non est systématiquement cochée dans le logiciel de soins) ; les dossiers papier établissent cependant que le règlement de fonctionnement est parfois remis avec émargement du résident. La remise de la charte des droits et libertés n'est pas tracée.

Dans le SAS d'entrée de l'établissement, sont affichés :

- Le 39 77
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le recours au médiateur de la consommation
- L'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris n°2018-079 relatif à la désignation des personnes qualifiées

Ecart 25 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas portée en annexe du livret d'accueil, ce qui contrevient à l'article L.311-4 du CASF.

B. La tenue des dossiers administratifs des résidents (2.3.4.3)

Les dossiers papier contiennent une liste des documents. Elle est agrafée en début de dossier.

L'analyse de l'échantillon de 5 dossiers consultés montre que les dossiers contiennent le contrat de séjour. Les annexes au contrat de séjour comprennent :

- Le relevé des documents fournis à l'entrée du résident : cette liste ne contient aucun élément coché.
- Des informations sur le prix des prestations hors socle mais elles ne sont pas remplies.
- Un état des lieux d'entrée
- Un modèle d'avenant au projet personnalisé
- L'information relative à la liberté d'aller et venir
- Les dispositions en cas de décès
- La prise en charge d'approvisionnement des médicaments
- Un pouvoir général (hors de toute protection juridique)
- La désignation d'une personne de confiance
- Une information relative aux directives anticipées
- Une annexe relative au droit à l'image
- Une annexe relative à la protection des données personnelles

Le dossier comprend également les pièces obligatoires permettant d'identifier le résident (pièce d'identité, carte vitale notamment), ainsi que le dossier unique d'admission.

Il devrait contenir un compte-rendu de recherche du consentement de la personne : cette pièce n'a pas été retrouvée dans les dossiers consultés.

Ecart 26 : La pratique du pouvoir général n'est pas encadrée juridiquement, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

C. Le contrat de séjour et le livret d'accueil (3.2.2.0)

Le contrat d'accueil a été mis en conformité avec le décret 2022-734 en date du 28 avril 2022 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

La consultation des dossiers des résidents sur le logiciel de soins établit que des contrats de séjour sont signés en cas d'hébergement temporaire.

Le livret d'accueil de 14 pages présente les numéros utiles (directeur, MedCo et IDEC, responsable hôtelière et appel malade), la résidence, les heures de repas, les services proposés, les moyens de transport du quartier, les commerces de proximité, une journée type à l'EHPAD et les principes de tarification. Il n'évoque pas la personne de confiance, les directives anticipées, les personnes qualifiées, la charte des droits et libertés.

Remarque 18 : Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine, ni sur la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ni sur l'existence d'un règlement de fonctionnement, ni sur le rôle de chacun au sein de la résidence.

D. La participation des familles (3.2.1.1)

Outre le CVS (cf.p.13), un café des familles est organisé par la psychologue de l'établissement autour d'un goûter, les thèmes abordés sont choisis par les familles. Les derniers thèmes abordés sont :

- la maladie d'Alzheimer;
- les difficultés de communication familles/soignants avec l'intervention des référents d'équipes soignantes.

_____ est tenu par la psychologue : elle poste régulièrement des photos des ateliers qu'elle anime.

E. La liberté d'aller et venir (3.2.3.1)

La procédure du groupe intitulée « Contention : analyse, alternatives et recommandations » datée de janvier 2018, qui n'est pas adaptée à la résidence mais qui est visée par le MedCo et l'IDEC de l'établissement, garantit la recherche de toutes alternatives avant la mise en place d'une contention. Seuls le MedCo ou le médecin traitant du résident peuvent prescrire une contention. La première prescription est évaluée au bout de 24h, puis elle est ré-évaluée toutes les semaines pendant le 1er mois, puis chaque mois.

La mise en place d'une contention s'accompagne de la mise en œuvre de la marche accompagnée, d'une stimulation aux actes de la vie quotidienne, et de la participation aux activités et animations de la résidence. L'avis du résident est requis. La signature d'une annexe au contrat de séjour est rappelée.

Le jour de l'inspection, 25% des résidents sont sous prescription médicale de contention. L'information de la contention est transmise au médecin traitant et aux familles. Des réunions d'évaluation sont organisées et des passages sont assurés par le médecin coordinateur pour contrôler la bonne mise en œuvre des prescriptions ou la mise en place de contention qui ne seraient pas prescrites.

F. Le rôle des bénévoles (3.2.1.1)

Aucun document n'a été transmis concernant l'intervention de bénévoles dans la résidence.

Des bénévoles en art plastique interviennent auprès des résidents. Lors d'entretiens, a été évoquée une convention avec une association de soutien par l'art, mais la convention n'a pas été transmise.

Un partenariat est établi avec les bénévoles de la paroisse Notre-Dame-de-Clignancourt (intervention de bénévoles pour visiter les résidents et Messe à l'Ehpad).

Des partenariats sont mis en place avec la crèche située en face et le conservatoire de musique du 18^{ème} arrondissement. Un piano a été mis à disposition de la résidence par le conservatoire.

Remarque 19 : Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré.

G. L'identification des résidents (3.2.3.2)

La photographie du résident est affichée sur la porte des chambres. La même photographie est affichée sur les piluliers.

4.3 Vie sociale et relationnelle (3.3.2.1, 3.3.2.2)

La mission relève l'absence de projet d'animation. L'animatrice mobilise les résidents pour participer aux animations. Lorsqu'elle organise des sorties, elle ne bénéficie pas de l'appui d'aides-soignantes : elle est contrainte de sortir les résidents les plus autonomes.

L'animatrice n'est pas remplacée lorsqu'elle est absente. Un professeur d'activités physiques adaptées intervient depuis peu. L'animatrice échange principalement avec la psychologue une fois par jour. 20 à 22 résidents participent aux animations.

L'analyse des plannings d'animation des trois derniers mois montre que deux activités par jour sont organisées. Les jours de la semaine sont ritualisés : jeux de société le lundi et le jeudi, atelier mémoire animé par la psychologue le mardi et le jeudi, musicothérapie le mercredi, jeu de loto le vendredi, concert piano le samedi, projection de film le dimanche. De ce fait, les animations apparaissent peu variées.

Remarque 20 : Aucun projet d'animation n'a été élaboré, permettant de mettre en lien les souhaits des résidents et le programme d'animation et de définir le rôle de chacun dans l'animation (l'animatrice, la psychologue, le professeur APA, les aides-soignantes, les AES).

4.4 Vie quotidienne. Hébergement (3.4.0)

A. Les chambres et les espaces de convivialité (3.4.1.1)

Les chambres, de 20 à 30 m², sont toutes équipées d'une télévision et d'un placard intégré à portes coulissantes. L'ensemble du mobilier est récent et en bon état. Elles peuvent être aménagées avec des effets personnels. Les dimensions des chambres varient en fonction des catégories. Certaines disposent d'un couloir d'entrée avant la pièce principale.

Les chambres ne possèdent pas de rails plafonniers pour les transferts mais des verticalisateurs, des lèvres malades, des guidons de transfert, etc. sont à disposition du personnel.

Des salons privés sont aménagés à chaque étage et permettent aux résidents d'accueillir leur famille. Un résident a fait part à la mission d'inspection du coût des repas pour les invités qui lui semble élevé.

Une résidente a fait part du fait qu'elle souhaiterait fermer sa porte la nuit pour éviter des intrusions la nuit, mais qu'elle n'en a pas la possibilité.

B. La lingerie (2.4.4.2)

La lingerie se compose de deux pièces :

- ✓ Une pièce décomposée en deux zones avec depuis l'entrée, une zone de stockage des sacs de linge sale puis suivant la marche en avant, deux machines à laver de 18kg équipées de centrales de dilution. Un espace est dédié au stockage du linge sale récupéré par le prestataire.
- ✓ Une salle propre où le linge est séché, repassé et rangé.

Au niveau de l'établissement, le linge hôtelier et les tenues du personnel sont entretenus par un prestataire externe. Le reste est entretenu en interne.

Une lingère est présente sur un équivalent temps plein du lundi au vendredi.

Les protocoles lingerie sont élaborés par le Groupe.

Les circuits du linge propre et du linge sale des résidents comme du linge plat sont identifiés et respectés.

La traçabilité quotidienne du nettoyage des zones lingerie est effectuée par les ASH en poste. La collecte et le stockage du linge sale sont organisés. Les sacs pleins sont entreposés dans le local linge sale dans un chariot adapté. Le personnel de lingerie dispose d'une tenue adaptée au traitement du linge sale (sur blouse gants usages uniques).

Le séchage, le repassage et le pliage du linge propre des résidents sont organisés. La distribution du linge est organisée et respectée. La distribution a lieu régulièrement et plusieurs fois dans la semaine.

Le change du linge plat (draps plats, draps housse, taies) s'effectue une fois par semaine et plus si nécessaire.

L'établissement dispose d'un endroit dédié au linge sale pour collecter les tenues sales et d'un endroit dédié pour déposer les tenues propres.

C. La restauration (3.4.3.0)

L'établissement propose 4 temps de repas : le petit-déjeuner à partir de 8h30, le déjeuner à 12h30, le goûter à 15h30, le dîner à 18h30. Une carte de remplacement est proposée et affichée dans la cuisine.

Lors de la visite, la mission d'inspection a constaté que le déjeuner n'était pas servi dans les étages à 13h et que des résidents avaient faim. Le déjeuner s'est déroulé dans une ambiance musicale : le niveau sonore était élevé (ne permettant pas un échange entre les personnes sans éléver la voix) et la musique était choisie par le personnel. Certains résidents se sont plaints d'être servis si tard.

Il a été précisé à la mission que le personnel chargé de l'accompagnement des repas est en nombre insuffisant. La mission a constaté la présence d'une seule aide-soignante sur chaque étage au moment du repas (cf. p.38 et écart n°32).

Aucun document ne mentionne l'existence d'une collation de nuit proposée aux résidents.

Régimes et textures

Une liste mentionnant la texture (normal, mixé, haché), le régime, le type d'eau, le lieu du repas du midi, le lieu du repas du soir et les goûts de chacun est affichée sur le tableau d'informations au personnel. Cependant cette liste ne comporte pas de noms. 42 résidents sur cette liste prennent leur repas du soir en chambre ; 9 le midi. 36 personnes ont un régime mixé et 14 un régime haché.

Une liste nominative des résidents mentionnant la texture des repas a été transmise à la mission d'inspection : elle n'est pas datée. Selon cette liste 78 résidents ont un régime normal. Plusieurs types de menus hachés sont mentionnés : haché fin, haché gros, haché, soit au total 15 résidents. Deux résidents parmi eux sont mentionnés comme bénéficiant du haché et du mixé ; un résident du haché et du normal. 30 résidents bénéficient d'un régime mixé. Parmi eux, une résidente bénéficie d'un mixé normal et une autre d'un mixé haché, et une troisième d'un mixé semi-liquide. Ces chiffres ne correspondent pas avec la liste mentionnée ci-dessus.

A cela s'ajoute une dizaine de régimes différents (peu salé, peu sucré, hyper-protéiné, hyper-protéiné +CNO, hypocalorique, hypercalorique, régime normal, diabétique, riche en fibres, végétarien).

La mission s'interroge sur la capacité de l'équipe de cuisine à prendre en charge autant de régimes et de textures différents.

Des listes sont affichés sur les burlodges ; le nom et prénom des résidents avec leur numéro de chambre sont mentionnés, avec le type de régime (normal, mixé, haché).

Remarque 21 : Les tableaux de suivi transmis à la mission d'inspection ne sont pas cohérents entre eux. Ces tableaux complexes interrogent sur la manière dont la cuisine peut comprendre les différents régimes et textures prescrits par l'équipe de soin.

Remarque 22 : La mission d'inspection relève un défaut d'organisation dans le service, qui a conduit les résidents à attendre jusqu'à plus de 13h avant de déjeuner.

Remarque 23 : Le personnel assurant l'accompagnement et l'aide aux repas apparaît en nombre insuffisant.

D. La toilette

Le jour de l'inspection, la mission a noté que le niveau sonore de la musique était élevé pendant la toilette. La mission d'inspection s'interroge sur la participation des résidents au choix de la musique.

V Soins

5.1 L'équipe de soin

Le détail des postes vacants est analysé p.18 du présent rapport.

Le médecin coordonnateur est présent lundi, mardi, jeudi, vendredi et samedi. Il exerce sa mission de coordination auprès des équipes soignantes. Il supervise l'évaluation des contentions, la prise en charge de la douleur et anime des formations.

L'infirmière coordinatrice exerce les fonctions de référente en matière d'organisation des soins auprès des résidents, des professionnels (formations, planning, etc.) et du matériel (commandes, gestion des stocks, etc.). Le poste d'infirmière référente est vacant.

Les équipes soignantes travaillent en 12H avec 2h de coupures dans la journée (15 min matin, 1h30 à midi et 15 min l'après-midi). L'IDEC veille à mettre en poste un professionnel diplômé par étage minimum.

Au total 13 soignants sont présents en journée.

B. L'équipe paramédicale (2.1.1.8)

Un éducateur en activité physique adaptée est salarié par l'établissement.

Intervenants libéraux :

La mission d'inspection relève l'absence d'orthophoniste et l'absence d'intervention d'un diététicien.

3 kinésithérapeutes libéraux interviennent au sein de l'établissement et un cabinet de podologie (cf. p.41 du présent rapport).

5.2 La prise en charge sanitaire des résidents

A. L'évaluation multidimensionnelle (3.1.1.2 et 3.4.3.5 et 3.4.3.9)

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle est une procédure diagnostique multi-professionnelle qui vise à déterminer les capacités d'une personne âgée afin d'élaborer un plan de soins personnalisé, partie prenante du projet d'accompagnement individuel. Coordonnée par le médecin coordonnateur, l'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident et en tant que de besoin.

En 2022, 691 bilans ont été réalisées comportant :

- ✓ 198 évaluations des symptômes psycho-comportementaux des démences, auprès de 100 résidents.
- ✓ 134 évaluations cognitives, auprès de 109 résidents.
- ✓ 109 évaluations des troubles thymiques, auprès de 94 résidents.
- ✓ 106 échelles de dépression qui ont concerné 105 résidents.
- ✓ 46 tests d'évaluation du risque de chutes, auprès de 28 résidents.
- ✓ 44 bilans kiné auprès de 36 résidents.
- ✓ 24 tests de mémoire, auprès de 24 résidents.
- ✓ 22 tests de l'horloge auprès de 20 résidents.
- ✓ 2 évaluations de la mobilité auprès de 2 résidents.

Les évaluations des fonctions supérieures, des troubles de l'humeur et des troubles du comportement sont bien commentées. Une centaine de résidents a bénéficié de ces évaluations en 2022 et certains en ont eu plusieurs au cours de l'année. *

Seuls 49 résidents ont eu une évaluation de la motricité et du risque de chutes. La plupart des « bilans kiné », donne lieu à des commentaires détaillés, mais seuls 36 résidents en ont eu un au cours de l'année 2022.

En revanche, aucune évaluation de la douleur, du risque d'escarres, de l'état bucco-dentaire, de la sarcopénie ni aucun dépistage des troubles de la déglutition ne sont répertoriés.

Pour les 21 personnes entrées entre juin et novembre 2022, seules les évaluations des troubles cognitifs, des troubles de l'humeur et du comportement sont systématiquement tracées et commentées. L'évaluation de la motricité et du risque de chutes n'est tracé que pour 7 entrants. Aucune évaluation de la douleur, du risque d'escarres, de l'état bucco-dentaire, de la sarcopénie ni aucun dépistage des troubles de la déglutition ne sont retrouvés pour ces 21 entrants.

Concernant les troubles de la déglutition, le médecin coordonnateur accompagne les soignants pour qu'ils réalisent le dépistage des troubles de la déglutition. Aucune traçabilité de ces dépistages n'a été fournie. Aucun protocole concernant les risques de déglutition n'a été transmis.

Ecart 27 : L'absence d'évaluation multidimensionnelle systématique à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement, contrevient aux articles D312-158-3 2° du et L311-3 3° du CASF.

Ecart 28 : L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition ne garantit pas la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.

Remarque 24 : La mission relève l'absence de protocole portant sur les risques liés à la déglutition.

B. La douleur (3.8.2.24)

Un protocole « Prise en charge de la douleur » daté d'octobre 2014, actualisé en mai 2015 et signé par le MedCo et l'IDEC en octobre 2021 a été transmis à la mission. Il pose le principe d'une évaluation de la douleur à l'entrée du résident, lorsque le résident présente une modification significative de son comportement ou s'il se plaint d'avoir mal, lors des changements de traitement antalgique.

En 2022, aucune évaluation de la douleur n'a été retrouvée sur le tableau des évaluations fourni.

Ecart 29 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP, ainsi qu'à la circulaire n° DGS/DH/DAS/1999-84 du 11 février 1999.

C. La prise en charge nutritionnelle (3.4.3.5/3.4.3..9/3.4.3.10)

Les entretiens ont évoqué la réalisation d'un bilan nutritionnel qui n'est pas systématiquement intégré dans le dossier de soins. Les IDE peuvent l'intégrer dans leurs transmissions, mais aucune traçabilité n'a été apportée à ces bilans.

Au vu des documents fournis sur le suivi nutritionnel et les repas, il est constaté que :

- ✓ Les résidents sont bien pesés tous les mois.
- ✓ Environ 40% des résidents mangent en chambre.
- ✓ Au moins 62% des résidents ont besoin d'aide pour les repas.
- ✓ Pour plus de la moitié des résidents l'indice de masse corporelle (IMC) n'a pas été calculé, alors que c'est un critère de diagnostic de dénutrition.
- ✓ Environ 10% des résidents n'ont pas de dosage de l'albumine alors qu'ils sont en surpoids et que c'est un critère de dénutrition.
- ✓ La sarcopénie des résidents n'est pas indiquée alors que c'est un critère de diagnostic de dénutrition.
- ✓ Le logiciel ne fournit pas l'évolution mensuelle du poids en pourcentage alors que le diagnostic de la dénutrition se fait par rapport à des pourcentages de perte de poids.
- ✓ Le logiciel ne fournit pas l'évolution du poids, exprimée en pourcentage, sur 1 an ou par rapport à une valeur de référence telle que la date d'entrée alors qu'il s'agit d'un critère de diagnostic de la dénutrition.

- ✓ Selon le mode opératoire de la stratégie nutritionnelle de dénutrition, le menu standard est hyper-protéiné de base, avec 1,30g/kg/jour de protéine. Cette valeur est supérieure aux valeurs normales recommandées pour les personnes âgées (1g/kg/j).
- ✓ Environ 40% des résidents sont dénutris dont la moitié est en dénutrition sévère.
- ✓ Seuls un tiers des résidents dénutris ont un régime hyper-protéiné.
- ✓ Il y a des résidents dénutris qui ne sont pas diagnostiqués comme tel (essentiellement du fait de l'absence de pourcentage d'évolution du poids par rapport à l'entrée ou à l'année précédente).
- ✓ Il n'y a que très peu de résidents dont le statut nutritionnel s'améliore entre 2022 et 2023.

L'existence d'un menu standard hyper-protéiné permet de limiter le nombre de résidents dénutris. Cependant, il est étonnant que des résidents sévèrement dénutris en 2022 n'aient pas vu d'amélioration de leur statut nutritionnel en 2023.

Cette absence d'amélioration est peut-être à mettre en parallèle avec le faible taux d'encadrement aux moments des repas relevé au moment de la visite (cf. le présent rapport p.35), corroboré par la pause de la moitié des aides-soignantes de 12h15 à 13h45, ce qui limite fortement l'aide apportée aux résidents pour les repas.

Le mode opératoire « Dénutrition : stratégie nutritionnelle » daté de 2020 et mis à jour en novembre 2022 a été transmis à la mission d'inspection. Il prend en compte les recommandations de la HAS de novembre 2021 sans s'y référer explicitement. Ce protocole précise que le régime standard est chargé en protéines à hauteur de 1,30g/kg/jour. Par ailleurs, il n'évoque ni les résidents en surpoids ni le rythme des réévaluations. Ce protocole comporte aussi une partie sur l'indication des textures alimentaires. Il définit les différentes textures prescrites et les objectifs visés. Il est regrettable que la proposition de donner des biscuits aux résidents ayant des troubles de la déglutition soit mentionnée.

Ecart 30 : La sarcopénie des résidents n'est pas évaluée, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF et à l'article R4311-5 2° du CSP.

Ecart 31 : La synthèse nutritionnelle des résidents éditée par le logiciel de soins ne permet pas de repérer tous les résidents dénutris, en particulier la sarcopénie, ni le pourcentage d'évolution du poids, critères majeurs de diagnostic de dénutrition. Il n'existe pas de tableau unique récapitulant les différents critères de diagnostic de dénutrition (poids, pourcentages d'évolution du poids, IMC, sarcopénie, albumine, régimes, textures) ce qui ne permet pas de repérer facilement les résidents dénutris et met en danger leur santé aux termes de l'article L311-3 3° du CASF.

Ecart 32 : Alors que 62% des résidents ont besoin d'aide aux repas, l'absence de la moitié des aides-soignants aux repas du midi ne répond pas aux exigences d'un accompagnement individualisé de qualité et met en danger la santé des résidents aux termes de l'article L311-3 3° du CASF.

Remarque 25 : Le mode opératoire « Dénutrition : stratégie nutritionnelle » ne fait pas référence aux recommandations de la HAS de novembre 2021. Il ne précise ni la conduite à tenir pour les résidents en surpoids ni le rythme des ré-évaluations. La partie sur les textures alimentaires permettant de donner des biscuits aux résidents ayant des troubles de la déglutition met en danger les résidents.

Remarque 26 : Les repas en chambre de 40% des résidents ne permettent pas d'assurer la vigilance nécessaire à la prise alimentaire et à la prise de boissons.

Remarque 27 : La mission d'inspection relève l'absence de commission régulière de suivi de l'état nutritionnel des résidents.

D. Les soins d'escarres (3.6.2.24)

Un protocole « Escarre » daté d'août 2010, mis à jour en septembre 2020 et signé par le MedCo et l'IDEC en novembre 2021 a été transmis. Il n'indique pas le personnel chargé du repérage ni la fréquence de l'évaluation.

E. La prévention des chutes (2.5.3.3)

Les installations et matériels limitent le risque de chute : mains courantes, panneaux signalant les sols glissants, chaises fixes à des endroits stratégiques sur le parcours de marche des résidents. Tous les logements sont équipés de lits à hauteur variable. Pour obtenir des déambulateurs, lève malade, guidon de transfert, une demande de matériel est nécessaire.

Un protocole de dépistage du risque de chute, en date janvier 2017 et signé par le MedCo et l'IDEC en décembre 2021, a été transmis à la mission. Il analyse les facteurs de risque et présente une conduite à tenir en cas de chute.

Chaque matin, le relevé des chutes est systématiquement envoyé au médecin coordonnateur.

Les commissions chutes ne sont pas mises en place au sein de l'établissement mais les chutes font l'objet d'échanges lors des réunions animées par le médecin coordonnateur.

Afin de prévenir les récidives et lorsque cela est nécessaire, l'établissement prévient d'éventuelles fractures secondaires par l'utilisation de moyens de contentions adaptés (lits abaissés, matelas au sol, etc.).

L'étude des documents sur les chutes ayant eu lieu en 2022 montre que :

- 340 chutes ont été répertoriées en 2022.
- 61% des résidents chuteurs sont en GIR 2.
- 60 chutes (16%) ont eu un hématome comme conséquence immédiate.
- 53 chutes (16%) ont eu une plaie simple comme conséquence immédiate.
- 6 chutes (2%) ont eu une plaie complexe avec suture comme conséquence immédiate.
- 7 chutes (2%) ont eu une fracture comme conséquence immédiate.
- Dans 8% des cas, les familles ont été prévenues de la chute alors qu'il y a des signes extérieurs visibles suite à la chute dans 32% des chutes.
- Le médecin n'a été prévenu que pour 43 chutes (13%).
- Dans 8 cas (2%), le résident a été hospitalisé suite au passage aux urgences.

Remarque 28 : Alors que 34% des chutes ont une conséquence immédiate visible (hématomes, plaie simple ou complexe), seules 8% des familles ont été prévenues de la chute de leur proche.

5.3 L'organisation des soins

A. Les locaux de soins (3.8.3.1 à 3.8.3.4)

Le poste de soin est localisé au rez-de-chaussée de la résidence. Il est propre et entretenu. La répartition des différents tiroirs est conforme aux attendus. La pharmacie est fermée par une clé détenue uniquement par les IDE. L'infirmérie est accessible par un code détenu par les IDE et les AS de nuit. Les AS de nuit détiennent également la clé du coffre des traitements de nuit. Le stockage des médicaments est conforme dans la pharmacie de l'infirmérie.

Le poste de soin n'est pas bien rangé. Des produits de soins variés sont retrouvés dans les placards du poste de soins.

Une ampoule d'adrénaline 5mg est périmée (mars 2023).

Les commandes de protection sont effectuées sur 30 jours par la référente et/ou l'IDEC. Lors de la visite la mission n'a pas retrouvé de stock de protection dans les étages. En revanche les chariots de soin étaient suffisamment dotés.

B. L'organisation du travail des équipes soignantes

Les référents (3.8.1.4)

Le poste d'infirmier référent est vacant. Une AS référente est présente dans l'établissement. Cependant aucun document ne définit leur rôle et leur place dans l'établissement.

Les transmissions (3.8.2.1)

Les soignants utilisent le logiciel de soins pour transmettre les informations à leurs collègues. Les IDE ont un cahier de transmission,

Aucune procédure n'est définie pour les nouveaux arrivants. La mission relève qu'il n'y a pas de code d'accès au logiciel de soins pour les vacataires.

Différents protocoles de soins ont été rédigés. Certains sont affichés dans le poste de soins, notamment la procédure en cas d'urgence la nuit ; d'autres sont rangés dans des classeurs à disposition des équipes.

Aucun protocole n'est spécifique à l'établissement. Il en est de même de la procédure de dispensation pharmaceutique daté du 17 mars 2016 et mise à jour le 13 juillet 2018.

Lors d'échanges avec l'équipe soignante, il est énoncé que les protocoles de soin ne sont pas complètement à jour, que les IDE les connaissent mais pas les aides-soignants. Auparavant, chaque soignante élaborait son plan de soin. Or, ils n'étaient pas systématiquement adaptés aux résidents. L'IDEC a donc décidé de repartir des plans de soin élaborés par le siège et de charger les référents de les personnaliser. Ils n'ont pas été consultés par la mission.

La coordination des soins (4.2.1.2)

La mission constate l'absence de RAMA et l'absence de commission gériatrique. Aussi la politique de prévention n'est pas pilotée au niveau de l'établissement, même si le Codir de 6 juillet 2021 mentionne un point chiffré concernant les soins, ce qui permet de faire le point sur les évaluations mensuelles du risque d'escarres, de la douleur à l'entrée, du poids, du suivi de la traçabilité de la prise en soins personnalisée, de la prise de traitement à la molécule en temps réel et à l'aide de la tablette¹⁰. Aucun document ni entretien n'établit l'existence d'une commission chutes ni d'un CLAN.

L'intervention des médecins traitants (3.1.4.5)

La liste des médecins traitants transmise à la mission d'inspection porte sur 121 résidents, au lieu des 126 accueillis le jour de l'inspection. Elle établit que 2 résidents n'ont pas de médecin traitant et que le MedCo est le médecin traitant de 47% des résidents.

Deux médecins interviennent au sein de la résidence : l'un chaque mardi et l'autre tous les 15 jours. L'un est le médecin traitant de 41% des résidents, l'autre de 9 résidents. Ces deux médecins assurent la traçabilité de leurs consultations dans le logiciel de soins.

Trois autres médecins sont chacun médecin traitant d'un seul résident et ne se déplacent pas au sein de l'EHPAD. Parmi les 6 médecins traitants intervenant dans l'établissement, 2 appartiennent à une maison de santé et l'un d'eux intervient en résidence.

Les médecins traitants n'ont pas signé de contrat avec l'EHPAD.

Au vu des entretiens, aucun partenariat n'a été initié avec la CPTS 18 qui serait susceptible de venir en appui de l'établissement pour la recherche de médecins traitants des résidents ou les visites à domicile.

Concernant l'hygiène buccodentaire, un dentiste se déplace au sein de l'établissement. Pour assurer les soins buccodentaires, l'EHPAD Ornano travaille avec un centre dentaire.

Un centre d'orthoptie se déplace pour évaluer vue et audition des résidents.

¹⁰ Codir du 06/07/2021.

Le règlement de fonctionnement mentionne le fait que l'infirmier référent se charge de prendre les rendez-vous avec des médecins spécialistes à la demande du médecin traitant.

Les kinésithérapeutes :

Trois kinésithérapeutes libéraux interviennent dans la résidence et disposent d'une salle dédiée située au rez-de-chaussée de l'établissement qui a bénéficié de crédits spécifiques pour les équipements. Les tarifs sont affichés sur la porte.

L'évaluation externe indique que les patients sont vus du lundi au vendredi de 9h30 à 17h00 et en moyenne 4 à 5 fois par semaine. Une attention toute particulière est donnée aux résidents entrants et à ceux en retour d'hospitalisation.

En dehors des bilans écrits enregistrés sur le logiciel soins, il n'y a pas de coordination formalisée entre les équipes de kinésithérapie et le reste des soignants. Des prescriptions pour les prises en charge kinésithérapeutiques sont réalisées. Les kinésithérapeutes sont invités à tracer leurs évaluations tous les trois mois dans le logiciel de soins. Ils regrettent cependant de ne pas avoir accès au dossier médical des résidents stockés sur le logiciel (en dehors de leurs notes) et pensent que cela pourrait les aider sur certaines prises en charge. Cependant, l'équipe de kinésithérapeutes se sent très intégrée à l'équipe.

Les pédicures- podologues :

Ils interviennent auprès des résidents dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral daté du 1er décembre 2022 passé entre un cabinet de pédicurie et podologie et l'EHPAD.

Les documents transmis ne font pas état de partenariats avec d'autres paramédicaux (orthophonistes, psychomotriciens), avec SOS médecins ou les Urgences Médicales de Paris. Pour autant il est indiqué qu'en cas d'urgence au sein de l'établissement, si l'IDE est présente, elle prend les constantes, et selon la situation, appelle SOS Médecin, ou le SAMU.

Remarque 29 : La politique de prévention menée par l'établissement n'est pas formalisée par la tenue de commissions (chutes, escarres contention, CLAN...), ce qui ne permet pas d'optimiser la réflexion collective sur les actions préventives à mener.

La prise en charge de l'urgence

L'établissement a fourni une procédure « identification urgence médicale ou chirurgicale » datée du 3 décembre 2015 et une procédure « gestion des urgences de nuit » datée du 17 juin 2014.

La procédure « Identification urgence médicale et chirurgicale » s'adresse à l'ensemble du personnel médical et des soignants de l'établissement. Elle mentionne, dans toutes les conduites à tenir d'alerter le médecin traitant ou le 15, sans préciser le rôle du MedCo.

De même pour les urgences respiratoires « fausse route avec obstruction des voies aériennes » et « arrêt respiratoire », il est précisé de mettre le patient en position demi assise si difficultés respiratoires et d'appeler le médecin traitant ou le 15.

Le chariot d'urgence est installé dans l'infirmérie. Il n'était pas scellé le jour de l'inspection. La présence des médicaments d'urgence est conforme à la liste validée par le médecin coordonnateur. Une procédure intitulée « trousse ou chariot d'urgence a été transmise. L'aspiration a été testé par la mission. Elle est propre et fonctionnelle.

Il n'y a pas de sortie papier des DLU. Ils sont uniquement accessibles sur le logiciel de soins.

Ecart 33 : La procédure « Identification urgence médicale ou chirurgicale », ne mentionne pas d'appeler l'IDE ou le MedCo s'il est présent, plutôt que le médecin traitant. De plus, les conduites à tenir en cas de fausse route avec obstruction des voies respiratoires et d'arrêt respiratoire n'évoquent ni la manœuvre d'Heimlich ni la possibilité de débuter un massage cardiaque, ce qui peut mettre en danger la vie des résidents et contrevient aux dispositions des articles L1110-5 du CSP et de l'article L311-3 1^o et 3^o du CASF.

Le dossier individuel du résident (2.3.4.3/3.1.4.6)

Le dossier du résident est informatisé. S'y retrouvent les observations du médecin coordonnateur dès le premier jour, celles du médecin traitant, les transmissions des soignants. Les dossiers médicaux papiers sont dans une pièce attenante à la salle de soin et dans une armoire.

5.4 Les relations avec l'extérieur

A. Les conventions avec les hôpitaux

L'établissement a signé une convention de partenariat avec l'AP-HP Hôpital Bichat/Claude Bernard/Bretonneau visant à faciliter et optimiser la collaboration avec le service gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, le service d'accueil des Urgences et l'hôpital de jour de médecine gériatrique. Cette convention prévoit également une formation des personnels de l'EHPAD.

Le partenariat vise également à fluidifier le processus d'admission dans l'établissement avec l'organisation par le médecin coordonnateur de visites de préadmissions des patients hospitalisés.

Signée en 2016 pour une durée de 3 ans, la convention prévoyait un renouvellement par voie d'avenant. Ce dernier n'a pas été communiqué à la mission d'inspection.

Il est également fait mention d'un partenariat avec la clinique de la Jonquière du 17ème pour une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) mais aucun document n'a été transmis à ce sujet.

B. Les modalités d'intervention de l'HAD (4.2.1.4)

Au vu des informations transmises, il existe une convention avec l'HAD de l'AP-HP signée en 2016.

C. Les autres conventions (4.2.1.5)

Une convention avec l'EMGE Nord rattachée à l'hôpital Bretonneau a été signée en 2017 mais les entretiens font état que les réunions avec l'établissement sont en suspens pour l'instant.

Il est fait mention dans les entretiens et le rapport d'évaluation externe d'un projet d'équipe mobile de psychogériatrie sur le territoire Paris Nord-Ouest mais sans précision sur le calendrier de son déploiement.

Au vu des informations transmises il existe :

- ✓ une convention avec le laboratoire d'analyse médicale Biolam LCD Ordener
- ✓ une convention de partenariat avec transport avant mise en bière au funérarium des Batignolles signée en 2016
- ✓ une convention avec la société transports sanitaire du Coudray 2016. Suite à la fugue d'un résident lors d'un rdv à l'hôpital, l'établissement a demandé à la société d'ambulance (nom de la société à confirmer) de s'engager à accompagner résident jusqu'à la fin du rdv).

Dans la description du café des familles, il est mentionné la participation de l'association France Alzheimer pour faire connaître la maladie et apporter de meilleures connaissances des missions des soignants.

Il n'est pas fait mention d'autres partenariats alors que le rapport de l'évaluation externe indiquait le développement de partenariats en 2020 avec un cabinet de radiologie du secteur.

Un point au dernier CVS fait état des nouvelles conventions signées avec Sielbleu pour la mise en place d'activité physiques adaptées 2 jours par semaine, convention avec un zoo-thérapeute 2 fois par mois, convention avec un musicothérapeute 2 fois par mois et convention avec un professeur de yoga pour 2 séances par mois. D'autres intervenants extérieurs sont rémunérés pour l'organisation d'activités (chanteur, conférence, art floral ; piano, spectacle de danse).

D. Les soins palliatifs (3.8.2.25)

L'établissement n'a pas transmis de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.

L'établissement dispose d'une convention avec le Réseau de soins palliatifs Quiétude (EMSP) signée en 2017. Les entretiens font état que cette convention n'est pas opérationnelle. L'équipe de la résidence n'y a pas recours pour accompagner les résidents en fin de vie.

Le groupe DOMISVI organise des formations autour de l'accompagnement de fin de vie et des soins palliatifs qui sont intégrés dans le plan de formation. En 2021 sur la base du bilan des formations, 11 personnes ont suivi la formation portant sur l'accompagnement à la démarche palliative dont 8 AES et 1 psychomotricien.

Le médecin coordonnateur réalise des actions de sensibilisations auprès des salariés notamment à travers la mise en place de réunions pluridisciplinaires qui permettent, notamment, d'aborder la notion des soins de confort et l'accompagnement à la fin de vie.

Au jour de l'inspection, il est rapporté à la mission que seuls deux résidents étaient en soins de support et aucun en soins palliatifs. Ces situations ne nécessiteraient pas un appui extérieur. L'accompagnement des patients en soins palliatifs se limite à un entretien mensuel et à un discours « essayant de positiver ».

Il est prévu que des bénévoles interviennent autour des soins palliatifs mais les entretiens et les documents transmis ne précisent pas les modalités d'intervention.

Remarque 30 : L'accompagnement à la fin de vie n'est pas assez encadré par des pratiques professionnelles assurées.

E. Le lien avec d'autres partenaires 4.2.2.1 et 4.2.3.1)

Il n'existe pas de partenariats spécifiques avec des ESMS.

La convention avec l'AP-HP prévoit des formations conjointes de personnels mais les entretiens n'ont pas permis d'avoir des informations complémentaires.

L'EHPAD fait partie du territoire Nord-Ouest couvert par le DAC porté par l'association Quiétude et récemment constitué. Si le DAC est connu de l'établissement, Il n'existe pas de partenariat spécifique avec ce dispositif et l'établissement n'y a jamais eu recours pour des situations complexes

C. Le circuit du médicament (3.8.2.2 à 3.8.2.23)

L'établissement a signé une convention avec une officine du quartier. L'officine reçoit les prescriptions directement envoyé par le logiciel de soins.

Il n'existe pas de procédure du circuit du médicament reprenant dans sa globalité le détail des étapes du circuit du médicament propre à l'établissement. L'établissement a transmis un document de l'ANAP de 51 pages portant sur la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD. Il ne s'agit pas d'un document opérationnel permettant aux AS et aux IDE de l'établissement de se repérer et de connaître les conduites à tenir. Une procédure intitulée « Stockage des médicaments » datée de mars 2015 et mise à jour en juillet 2018 a été transmise : c'est une procédure établie par le groupe et pas spécifique à l'établissement. Un livret de bon usage de l'administration des traitements est mis à disposition et présenté par l'équipe soignante à la mission d'inspection.

Cependant, les IDE travaillent sur les prescriptions médicales qui sont dans le logiciel de soins. Une formation est assurée par l'IDEC aux AS autorisées à dispenser des traitements par délégation de l'IDE. Les feuilles d'émargement de ces formations ont été transmises à la mission.

Une procédure de 2018 sur la distribution et l'administration du médicament est retrouvée et retrace les différentes étapes (vérification identité, vérification administration et contrôle de la prise).

Des échanges non formalisés dans le cadre de la conciliation médicamenteuse sont réalisés. Selon les échanges avec l'équipe médicale, il existe une liste préférentielle de médicaments à utiliser. L'établissement dispose d'une liste des médicaments écrasables.

La convention signée entre l'officine et la résidence prévoit l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance.

La traçabilité de l'administration des médicaments est faite sur une tablette numérique. Chaque professionnel est formé à l'utilisation de l'outil par l'IDEC. Il existe également un « cahier de messages de nuit » entre équipes pour les soins (suivi de pansement par exemple).

Le poste de soins contenant la pharmacie se trouve au rez-de-chaussée de la structure. La préparation des doses à administrer s'effectue au sein de l'officine, par un automate. Les comprimés sont ensachés. Lors de la livraison des piluliers, un premier contrôle est réalisé par l'IDEC ou un infirmier. L'établissement dispose d'un stock tampon contrôlé mensuellement.

Chaque pilulier est identifié avec la photo du résident, la date de naissance, le nom, prénom, numéro de chambre, du résident. Les entretiens avec l'équipe soignante, établissent que l'enregistrement de la prise des médicaments est réalisé après dispensation du traitement.

Les documents fournis mettent en évidence qu'environ 30% des résidents n'ont pas de photographie, ce qui ne garantit pas l'identito-vigilance.

Le chariot de médicaments est sécurisé.

Pour les produits multi-usages et les solutions buvables, la date d'ouverture est mentionnée sur les produits stockés dans le réfrigérateur.

La gestion des stupéfiants est encadrée par plusieurs procédures :

- « Distribution et administration des médicaments morphiniques (comprimés/gélules) par l'AS/AMP la nuit » datée de juin 2014 et modifiée en juillet 2018
- « Distribution et administration des médicaments hors morphiniques par les AS ou AMP ou AES de jour ou de nuit » datée de mars 2005 et mise à jour en juillet 2018
- « Suivi de l'administration des médicaments morphiniques » datée d'août 2011 et mise à jour en décembre 2022.
- « Surveillance d'un résident sous traitement morphinique », datée de juillet 2018

Les cahiers de traçabilité des stupéfiants sont complétés régulièrement (après chaque administration). Ils sont utilisés pour le renouvellement des traitements.

Ecart 34 : La mission d'inspection relève l'absence de procédure reprenant l'ensemble des étapes du circuit du médicament, ce qui contrevient aux articles R4311-7 et R4312-43 du CSP et à l'article L.311-3 du CASF.

Ecart 35 : Les procédures faisant état de la distribution des médicaments, y compris morphiniques, ne différencient pas les aides-soignants des AES (ou AMP), selon les médicaments considérés, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.

Remarque 31 : Le personnel ne dispose pas de la photographie de tous les résidents ce qui nuit à l'identito vigilance prévue par l'article R. 4311-5 5° du CSP.

Récapitulatif des écarts et des remarques

N°	Références Rapport	Écarts
E1	1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation	Le PASA est fermé depuis deux ans, ce qui contrevient à l'arrêté conjoint N°2013-60 de l'ARS et de la Ville de Paris en date du 2 avril 2013.
E2	1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation	L'établissement n'a pas élaboré de projet spécifique pour le PASA, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF.
E3	1.2.1.2/1.2.1.5 Management et stratégie	L'établissement n'a pas de projet d'établissement depuis son ouverture, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E4	1.2.1.6 Management et stratégie	Le plan bleu ne porte que sur la canicule et n'est pas spécifique à l'établissement, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
E5	1.2 Management et stratégie	La direction n'a pas adapté les documents du siège à l'établissement, ce qui ne permet pas de garantir que les outils mis à la disposition de l'établissement sont élaborés avec le personnel, les familles et les résidents, et permettent une prise en charge individualisé du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E6	1.3.3.0 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles et des résidents	La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF et notamment à sa disposition précisant que le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.
E7	1.3.3.0 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles et des résidents	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été mis à jour au regard de la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023 et notamment, de l'article D.311-15 du CASF.
E8	1.3.3.0 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles et des résidents	Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG et des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.
E9	1.4.1.7 Gestion de la qualité	Aucun plan d'amélioration de la qualité permettant le suivi de l'évaluation des prestations n'a été mis en place spécifique à l'établissement, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF.
E10	1.4.3.1 à1.4.3.3 Gestion de la qualité	Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E11	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de déclaration des EI et EIG est incomplète, notamment dans ses définitions.
E12	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Le personnel ne connaît pas les procédures liées aux EIG, ce qui ne garantit pas une prise en charge de qualité au résident, et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E13	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	La procédure de déclaration des dysfonctionnements ne garantit pas l'anonymat de la personne déclarante, ce qui contrevient à l'article L.313-24 du CASF.
E14	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés aux deux autorités de tarification, l'ARS et la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.
E15	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	L'établissement ne possède pas de procédure de retour d'expérience, ce qui contrevient à l'article R.1413-69 du CSP.
E16	2.1.1.1 Ressources humaines	Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312.155-0 du CASF.
E17	2.1.1.1 Ressources humaines	Il manque 6 ETP d'IFDE et 1 poste d'ASG dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.312.155-0, II et L.311-3 3° du CASF.
E18	2.1.1.3/2.1.16/2.1.4.7 humaines	Ressources Trois ASH sont affectées à l'équipe de soin, ce qui constitue un glissement de tâche et contrevient aux articles L. 311-3, L.451-1 et D.312.155-0 du CASF, ainsi qu'à l'article L. 4391-1 du CSP.

E19	2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7 Ressources humaines	L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.
E20	2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7 Ressources humaines	Le nombre de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E21	2.5.4.2 Sécurités	Le délai de prise en charge des appels malades la nuit ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E22	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.	Les projets personnalisés ne sont pas signés, ce qui contrevient aux articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF.
E23	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.	L'absence de référent chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante., ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
E24	3.1.4.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.	Il n'est pas établi que la commission de coordination gériatrique se réunisse une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3° du CASF.
E25	3.2.2.1 Respect des droits des personnes	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas portée en annexe du livret d'accueil, ce qui contrevient à l'article L.311-4 du CASF.
E26	3.2.2.1 Respect des droits des personnes	La pratique du pouvoir général n'est pas encadrée juridiquement, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E27	3.1.1.2 et 3.4.3.5 et 3.4.3.9 Soins	L'absence d'évaluation multidimensionnelle systématique à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement, contrevient aux articles D312-158-3 2° du et L311-3 3° du CASF.
E28	3.6 Soins	L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition ne garantit pas la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.
E29	3.8.2.24 Soins	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP, ainsi qu'à la circulaire DGS/DH/DAS n° 1999-84 du 11 février 1999.
E30		La sarcopénie des résidents n'est pas évaluée, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF et à l'article R4311-5 2° du CSP.
E31		La synthèse nutritionnelle des résidents édité par le logiciel de soins ne permet pas de repérer tous les résidents dénutris, en particulier la sarcopénie, ni le pourcentage d'évolution du poids, critères majeurs de diagnostic de dénutrition. Il n'existe pas de tableau unique récapitulant les différents critères de diagnostic de dénutrition (poids, pourcentages d'évolution du poids, IMC, sarcopénie, albumine, régimes, textures) ce qui ne permet pas de repérer facilement les résidents dénutris et met en danger leur santé aux termes de l'article L311-3 3° du CASF.
E32	3.4.3.5/3.4.3.9/3.4.3.10 Soins	Alors que 62% des résidents ont besoin d'aide aux repas, l'absence de la moitié des aides-soignants aux repas du midi ne répond pas aux exigences d'un accompagnement individualisé de qualité et met en danger la santé des résidents aux termes de l'article L311-3 3° du CASF.
E33	3.4.3.5 Soins	La procédure « Identification urgence médicale ou chirurgicale », ne mentionne pas d'appeler l'IDE ou le MedCo s'il est présent, plutôt que le médecin traitant. De plus, les conduites à tenir en cas de fausse route avec obstruction des voies respiratoires et d'arrêt respiratoire n'évoquent ni la manœuvre d'Heimlich ni la possibilité de débuter un massage cardiaque, ce qui peut mettre en danger la vie des résidents et contrevient aux dispositions des articles L1110-5 du CSP et de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.
E34	3.8.2 Soins	La mission d'inspection relève l'absence de procédure reprenant l'ensemble des étapes du circuit du médicament, ce qui contrevient aux articles R4311-7 et R4312-43 du CSP et à l'article L.311-3 du CASF.

E35	3.8.2 Soins	Les procédures faisant état de la distribution des médicaments, y compris morphiniques, ne diffèrent pas les aides-soignants des AES (ou AMP), selon les médicaments considérés, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.
-----	-------------	---

N°	Références Rapport	Remarques
R1	1.1.Conformité aux conditions de l'autorisation	Au vu du planning d'activités, la mission d'inspection constate que l'établissement ne garantit pas que les ateliers thérapeutiques sont organisés en présence de l'ergothérapeute, de la psychomotricienne ou de la psychologue les après-midi au PASA, conformément au cahier des charges (circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009-195 du 6 juillet 2009).
R2	1.2.2 Management et stratégie	L'établissement a connu 4 directeurs en 18 mois, ce qui met à mal le pilotage de l'établissement.
R3	1.2.1.2 Management et stratégie	Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
R4	1.2.1.5 Management et stratégie	Le personnel est insuffisamment informé de la démarche engagée sur le projet d'établissement.
R5	1.4.3.1 à 1.4.3.3 Gestion de la qualité	La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée au niveau de l'établissement. La procédure de signalement de suspicion de maltraitance n'a pas fait l'objet d'une nouvelle réflexion sur ce thème au regard de l'article L.119-1 du CASF.
R6	1.4.3.1 à 1.4.3.3 Gestion de la qualité	Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est organisée.
R7	1.5.5.1 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les enquêtes de satisfaction ne proposent pas d'analyse des points faibles et des pistes d'amélioration à inclure dans un plan d'amélioration de la qualité.
R8	1.5.5.1 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Les plaintes ne font l'objet ni d'un suivi ni d'un bilan systématique.
R9	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	L'établissement ne saisit pas le procureur en cas de suspicion de maltraitance.
R10	1.5.1.3/1.5.1.4 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	L'établissement ne met pas en place de mesures préventives suite à des EI récurrents ou des EIG, alimentant le plan d'amélioration de la qualité.
R11	2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7 Ressources humaines	Au regard du taux d'absentéisme élevé, aucune procédure de remplacement des absents n'est formalisée et aucune politique de lutte contre l'absentéisme n'est engagée.
R12	2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7 Ressources humaines	La procédure « accueillir un salarié vacataire/remplaçant » n'a pas été adaptée à l'établissement depuis son ouverture et ne concerne que la prise de poste au niveau des ressources humaines. Elle ne présente pas aux vacataires les différentes tâches à accomplir.
R13	2.1.1.3, 2.1.16, 2.1.4.7 Ressources humaines	Peu de personnel est formé à la bientraitance, aux relations affectives et à la sexualité, aux troubles sensoriels et aux troubles du comportement.
R14	2.1.2.5 Ressources humaines	L'établissement ne s'est pas doté d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés et des vacataires.
R15	2.5.1 Sécurités	La question de la sécurisation de la résidence n'a pas fait l'objet d'une réflexion assez approfondie au regard des intrusions dont l'EHPAD a été la cible.
R16	3.1.1.1/3.1.1.2 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	La procédure d'admission ne précise pas quels sont les acteurs pour chaque étape de la procédure, elle ne mentionne ni le recueil des directives anticipées, ni l'a possibilité de nommer une personne de confiance. Elle n'est pas spécifique à l'établissement.
R17	3.1.4.4/3.1.4.7 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie.	La mission relève l'absence de temps de transmission orale entre équipe de jour et équipe de nuit.
R18	3.2.2.0 Respect des droits des personnes	Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine, ni sur la charte des

		droits et libertés de la personne accueillie, ni sur l'existence d'un règlement de fonctionnement, ni sur le rôle de chacun au sein de la résidence.
R19	3.2.1.1 Respect des droits des personnes	Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré.
R20	3.2.3.2 Respect des droits des personnes	Aucun projet d'animation n'a été élaboré, permettant de mettre en lien les souhaits des résidents et le programme d'animation et de définir le rôle de chacun dans l'animation (l'animatrice, la psychologue, le professeur APA, les aides-soignantes, les AES).
R21	3.4.0 Vie quotidienne. Hébergement	Les tableaux de suivi transmis à la mission d'inspection ne sont pas cohérents entre eux. Ces tableaux complexes interrogent sur la manière dont la cuisine peut comprendre les différents régimes et textures prescrits par l'équipe de soin.
R22	3.4.0 Vie quotidienne. Hébergement	La mission relève un défaut d'organisation dans le service, qui a conduit les résidents à attendre jusqu'à plus de 13h avant de déjeuner.
R23	3.4.0 Vie quotidienne. Hébergement	Le personnel assurant l'accompagnement et l'aide aux repas apparaît en nombre insuffisant.
R24	3.6.0 Soins	La mission relève l'absence de protocole portant sur les risques liés à la déglutition.
R25	3.4.3.5/3.4.3.9/3.4.3.10 Soins	Le mode opératoire « Dénutrition : stratégie nutritionnelle » ne fait pas référence aux recommandations de la HAS de novembre 2021. Il ne précise ni la conduite à tenir pour les résidents en surpoids ni le rythme des réévaluations. La partie sur les textures alimentaires permettant de donner des biscuits aux résidents ayant des troubles de la déglutition met en danger les résidents.
R26	3.4.3.5/3.4.3.9/3.4.3.10 Soins	Les repas en chambre de 40% des résidents ne permettent pas d'assurer la vigilance nécessaire à la prise alimentaire et à la prise de boissons.
R27	3.4.3.5/3.4.3.9/3.4.3.10 Soins	La mission d'inspection relève l'absence de commission régulière de suivi de l'état nutritionnel des résidents.
R28	2.5.3.3 Soins	Alors que 34% des chutes ont une conséquence immédiate visible (hématomes, plaie simple ou complexe), seules 8% des familles ont été prévenues de la chute de leur proche.
R29	3.6.0 Soins	La politique de prévention menée par l'établissement n'est pas formalisée par la tenue de commissions (chutes, escarres contention, CLAN...) ce qui ne permet pas d'optimiser la réflexion collective sur les actions préventives à mener.
R30	3.6 Soins	L'accompagnement à la fin de vie n'est pas assez encadré par des pratiques professionnelles assurées.
R31	3.8.2 Soins	Le personnel ne dispose pas de la photographie de tous les résidents ce qui nuit à l'identité-vigilance prévue par l'article R. 4311-5 5° du CSP.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Les Intemporelles Ornano », situé au 10-14 rue Baudelique, 75018 Paris, n° 750054322 (FINESS géographique), géré par le groupe DOMUSVI a été réalisée le 17 avril 2023 à partir de la visite de l'établissement, des entretiens menés, et des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - o La réunion régulière du CVS
 - o L'existence d'une charte de la bientraitance et d'une fiche « bientraitance et éthique »
- Ressources humaines :
 - o La présence régulière d'un minimum de 11 AS chaque jour et de 2 IDE
 - o Des dossiers du personnel complets
- Prise en charge
 - o Des locaux bien entretenus et lumineux
 - o L'existence d'une charte du projet personnalisé du résident
 - o Un livret d'accueil et un contrat de séjour élaborés dans le respect des droits des résidents
 - o Un café des familles organisé tous les trimestres
- Soins
 - o Des prescriptions de contention bien suivies
 - o Des évaluations multidimensionnelles, des chutes et des pesées suivies régulièrement
 - o Une bonne coordination entre IDEC et MedCo.

Elle a également relevé les dysfonctionnements suivants :

- Un turn-over important du personnel de direction, ce qui entraîne une faiblesse réelle dans le pilotage de l'établissement, des procédures et des documents à destination du personnel qui émanent du groupe et qui ne sont pas adaptées à l'établissement ;
- Un recours important aux CDD, l'insuffisance de documents à destination des nouveaux salariés et des vacataires, et l'absence de plan de lutte contre l'absentéisme ;
- Des risques de glissement du fait de l'existence d'auxiliaires de vie et d'ASH faisant fonction d'AS ;
- Un délai dépassant parfois 2h de prise en charge des appels malades, notamment la nuit ;
- L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition ;
- L'absence de la moitié des aides-soignants aux repas du midi et des repas en chambre pour 40% des résidents ;
- Des projets personnalisés sans implication de l'équipe pluridisciplinaire ;
- L'absence de projet spécifique pour le PASA ;
- Un suivi insuffisant des EI et des plaintes qui ne permet pas d'analyser les récurrences et de proposer des mesures préventives ;
- Peu de personnel formé à la bientraitance, aux relations affectives et à la sexualité, aux troubles sensoriels et aux troubles du comportement ;

- L'absence d'évaluation multidimensionnelle systématique à l'entrée du résident ;
- L'absence d'évaluation de la sarcopénie des résidents ;
- Une synthèse nutritionnelle des résidents éditée par le logiciel de soins qui ne permet pas de repérer tous les résidents dénutris ;
- L'absence de procédure reprenant l'ensemble des étapes du circuit du médicament.

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

Saint Denis, le 2 octobre 2023

Firyel ABDELJAOUAD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Dr Christine BERBEZIER Conseillère médicale Ville de Paris	Coralie TREMBLAY Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile -de -France
--	--	---

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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

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

Affaire suivie par : Firyel Abdeljaouad

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

Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris

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

Madame Coralie TREMBLAY, responsable adjointe du Pôle Ville Hôpital, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Myriam BERAKLA, cheffe de projet territorial, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Izabela JAROSZ, cheffe de projet Ressources Humaines en Santé, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le

Mesdames,

En février 2022, la ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS.

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.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Les Intemporelles (FINESS géographique 750054322) située au 10-14 rue Baudelique, 75018 PARIS, géré par le groupe DOSMUVI, et qui sera menée conjointement par l'ARS Ile-de-France et la Ville de Paris

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Firyel ABDELJAOUAD coordonnatrice de la mission, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Madame Cassandra ROCHELLE chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris

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

- Madame Coralie TREMBLAY, responsable adjointe du Pôle Ville Hôpital, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Myriam BERAKLA, cheffe de projet territorial, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Izabela JAROSZ, cheffe de projet Ressources Humaines en Santé, Cadre supérieure de santé, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France;

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du 17 avril 2023 à 8h30. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

Pour la Directrice générale et par délégation,
Le Directeur de la Délégation départementale
de Paris de l'Agence Régionale de Santé
d'Ile- de-France

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



Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.

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

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté
I- Gouvernance			
Conformité à l'autorisation			
1	Le projet spécifique de l'hébergement temporaire	Collecte pro	NON
2	Le projet spécifique du PASA et le dernier programme d'activités du PASA	Collecte pro	NON
Management et stratégie			
3	Statut juridique de l'organisme gestionnaire (Domusvi)	Collecte pro	OUI
4	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2022 et 2023	Collecte pro	NON
5	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2022 et 2023	Collecte pro	NON
6	Le règlement de fonctionnement	Collecte pro	OUI
7	Projet d'établissement	Collecte pro	NON
8	Plan bleu	Collecte pro	OUI
9	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MedCo, et de l'IDEC	Collecte pro	OUI
10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MedCo, de l'IDEC et médecin prescripteur	Collecte pro	OUI
11	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Collecte pro	OUI
12	Subdélégation de l'adjoint de direction	Collecte pro	OUI
13	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Collecte pro	OUI
14	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Collecte pro	OUI
15	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Collecte pro	OUI
17	Comptes rendus des CODIR au sein de l'EHPAD réalisés en 2022 et 2023	Collecte pro	OUI

18	Comptes rendus des différentes réunions d'équipe au sein de l'EHPAD en 2022 et 2023	Collecte pro	OUI
Animation et fonctionnement du CVS			
19	Le règlement de fonctionnement du CVS	Collecte pro	OUI
20	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022 et 2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Collecte pro	OUI mais uniquement 2022
21	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021, 2022, 2023	Collecte pro	NON (CR RV indiv. transmis)
Gestion de la qualité			
22	Plan d'amélioration continue de la qualité	Collecte pro	OUI
23	Dernières évaluations externe et interne et le suivi du plan d'actions	Collecte pro	OUI
24	Enquête de satisfaction 2021, 2022 et 2023	Collecte pro	OUI
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			
25	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022, 2023 en précisant : date, motifs, décisions prises et si déclarés ou non à ARS et Ville de Paris	Collecte pro	NON
26	Procédure de gestion des événements indésirables (y compris, le cas échéant, EI graves, EI associés aux soins, procédure de signalement au Procureur et aux autorités de contrôle ((article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016))	Collecte pro	OUI
27	Les trois derniers retours d'expérience et plans d'actions correctives et préventives mis en œuvre concernant des événements indésirables graves	Collecte pro	NON
II Fonctions supports			
Gestion des ressources humaines			
28	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Collecte pro	OUI
29	Liste nominative des personnels CDD en 2021,2022, 2023	Collecte pro	OUI
30	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (sous fichier Excel et non pdf)	Collecte pro	OUI
31	Procédure accueil du nouveau salarié	Collecte pro	OUI
32	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juillet et août 2022 + planning prévisionnel de mai Précision de la légende des sigles utilisés	Collecte pro	OUI
33	Les fiches de tâches heureées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Collecte pro	OUI
34	Plan de développement des compétences réalisé 2021, 2022 et prévisionnel 2023, attestations des formations suivies u liste des personnels ayant suivi ces formations	Collecte pro	OUI
35	Dossiers RH des salariés	Consultation	OUI
36	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	NON
37	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Collecte pro	OUI
Sécurités			
38	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	OUI
39	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mars 2023, avril 2023 et août 2022)	Collecte pro	OUI
40	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AES/AMP)	Collecte pro	OUI
III- Prise en charge			
41	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date	Collecte pro	OUI

	de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format EXCEL et non pdf)		
42	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	NON
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie			
43	Procédure d'admission	Collecte pro	OUI
44	Dossiers des résidents : projets personnalisés ou projets de vie	Consultation	OUI
45	Procédure d'élaboration des projet d'accompagnement personnalisé et calendrier de mise à jour/réévaluation des projets personnalisés	Collecte pro	OUI
46	Planning des animations des 3 derniers mois	Collecte pro	OUI
47	Menus des 3 derniers mois	Collecte pro	OUI
48	Liste nominative des médecins traitants des résidents ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Collecte pro	OUI
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Collecte pro	OUI
50	Rapport de la commission gériatrique annuelle 2021, 2022 (ou comptes-rendus)	Collecte pro	NON
51	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (notamment les conventions)	Collecte pro	NON
Respect des droits des personnes			
52	Livret d'accueil et contrat de séjour	Collecte pro	OUI
53	La procédure relative aux contentions	Collecte pro	OUI
Soins			
54	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse (dont le protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS)	Collecte pro	OUI
55	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Collecte pro	OUI
56	Les protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire, fin de vie	Collecte pro	OUI (sauf fin de vie)
57	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés	Collecte pro	OUI
58	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	OUI
59	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Collecte pro	OUI
60	Nombre de chutes répertoriées, années 2021, 2022 et 2023	Collecte pro	OUI
61	Extraction des données de suivi nutritionnel par résident : poids/IMC/Albumine: année 2021, 2022, 2023 sous format Excel	A transmettre par mail au Dr Berbezier	OUI
62	Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 sous format Excel (avec date d'entrée du résident et GIR)	A transmettre par mail au Dr Berbezier	Seulement 2022
63	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale	Collecte pro	NON
64	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Collecte pro	OUI
65	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Collecte pro	OUI



13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94-96 quai de la Rapée
75012 Paris Tel
Paris.fr