



Cabinet de la Directrice générale de l'ARSIF - Inspection régionale autonomie santé
Délégation départementale de Paris

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

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Issambres »
111 boulevard Ney 75018 Paris
N° FINESS 750042731**

RAPPORT D'INSPECTION

N°2023_IDF_00099

Inspection sur place le 17 mars 2023

Mission conduite par

- Monsieur Eric BONGRAND, coordonnateur de la mission d'inspection, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'Autonomie, ARS Ile-de-France
- Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris
- Madame Cassandra ROCETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris ;
-

Accompagnée par

- Madame Martine Le Noc SOUDANI, conseiller médical, Direction de l'Autonomie, ARS Ile-de-France ;
- Monsieur Mayacine MBAYE, chargé de mission allocation de ressources, Direction de l'Autonomie, 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 :*

 - *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);*
 - *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - *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 discréetion 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	5
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. Conformité aux conditions de l'autorisation	10
2. Management et stratégie	10
3. Animation et fonctionnement des instances	13
4. Gestion de la qualité.....	14
5. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	17
II. Les ressources humaines	20
L'encadrement des équipes.....	23
La situation générale des effectifs.....	20
Le recours aux CDD et à l'intérim	21
L'organisation des modalités de travail.....	21
Les dossiers du personnel.....	22
Les professionnels et prestataires externes	22
La formation	23
Le recrutement	23
Le climat social.....	23
non défini.	Erreur ! Signet
III. Les locaux :	24
IV. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS :	25
1. L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	26
2. Le respect des droits des personnes	29
3. La vie sociale et relationnelle	32
4. La vie quotidienne	32
V Soins	34
1.L'équipe de soin.....	34
2.La prise en charge sanitaire des résidents.....	35
3.L'organisation des soins.....	36
4.Les relations avec l'extérieur.....	38
Récapitulatif des écarts et des remarques	Erreur ! Signet
non défini.	
Écarts	Erreur ! Signet non
défini.	
Remarques	Erreur ! Signet non
défini.	

Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
Glossaire.....	42
Annexes	43
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	43
Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.	45
Annexe 3 : Liste des entretiens.....	Erreur ! Signet non défini.

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

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

1. Les dossiers du personnel
2. L'organisation des modalités de travail
3. La formation

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

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Après avoir procédé à l'inspection sur place et à l'analyse des documents transmis par le gestionnaire, la mission d'inspection émet écarts et remarques :

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 Issambres », situé au 111 boulevard Ney, 75018 Paris, n°FINESS géographique 750042731, dans la programmation des inspections à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée sur place le 17 mars 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

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

GOUVERNANCE

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

RESSOURCES HUMAINES

1. L'encadrement des équipes
2. La situation générale des effectifs
3. Le recours aux CDD et à l'intérim
4. L'organisation des modalités de travail
5. Les dossiers du personnel
6. Les professionnels et prestataires externes
7. La formation
8. Le recrutement
9. Le climat social

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**.

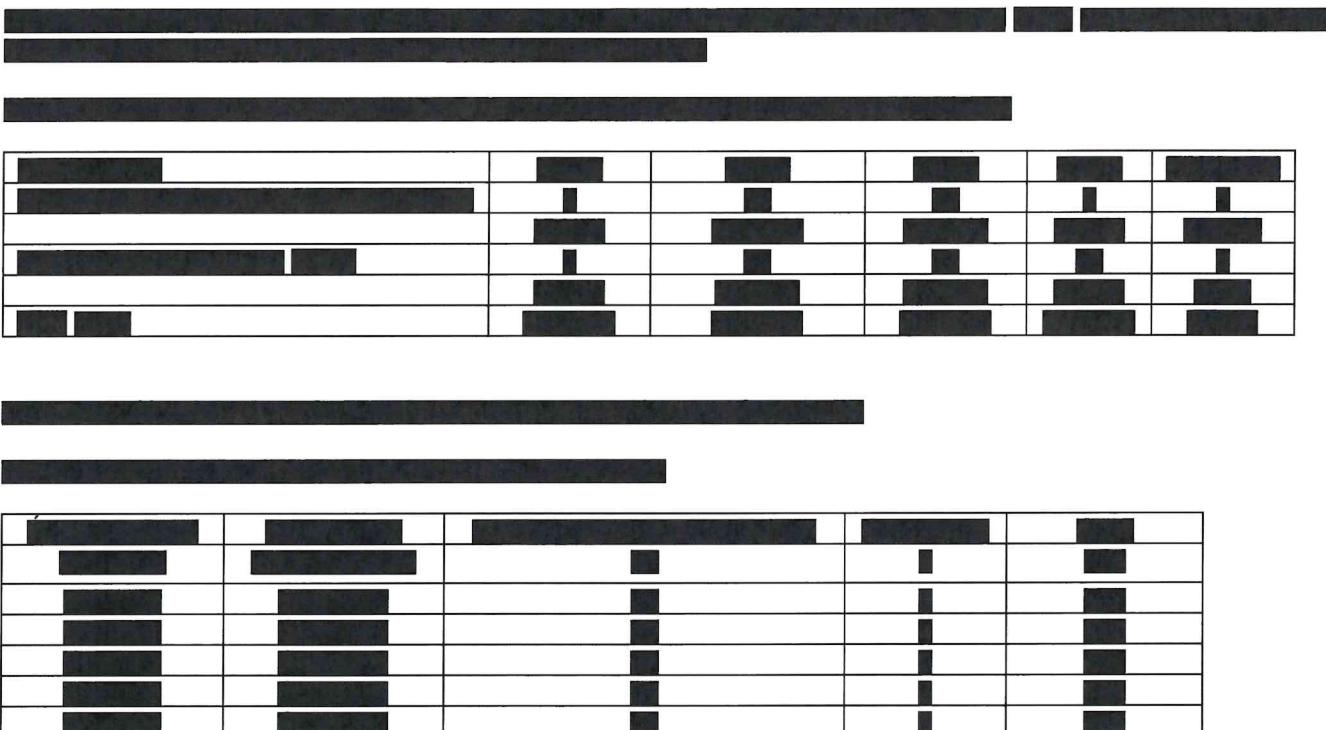
La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figurent en **annexe 2**.

Présentation de l'établissement

Situé au 111 boulevard Ney, 75018 Paris, l'EHPAD « Les Issambres » est géré par le groupe DomusVi depuis 2009 dont le siège est situé au 46/48 rue Carnot 92150 Suresnes.

Ouvert le 30 juillet 2003, l'EHPAD « Les Issambres » dispose de 98 places en hébergement permanent. L'établissement n'est pas autorisé à pratiquer de l'hébergement temporaire. Cependant il en propose : il lui arrive d'accueillir temporairement des résidents, sur la base d'un tarif différent que celui de l'hébergement permanent. Les documents transmis ne permettent pas d'établir le nombre de résidents bénéficiant de cet hébergement temporaire le jour de l'inspection.

Il est habilité à recevoir 30 bénéficiaires de l'aide sociale.



Le jour de la visite, 93 résidents étaient présents (car un résident était sorti la veille de l'inspection) soit un taux de présence de 94,9%. Le taux d'occupation en 2021 était identique⁴.

La dotation s'élève à 2 677 810,42 € en 2022, dont 670 709 € au titre de la dépendance et 2 007 101,42 € au titre du soin.

La convention tripartite a été signée le 11 avril 2013.

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.

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

² Source : ERRD 2021.

³ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2021, EHPAD

⁴ Source : ERRD 2021.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Les Issambres		
Nom de l'organisme gestionnaire	DOMUSVI		
Numéro FINESS géographique	750042731		
Numéro FINESS juridique	750021529		
Statut juridique	Privé à but lucratif (SAS)		
Option tarifaire	Tarif global		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF	HP	Autorisée	Installée ⁵
	HT		
	PASA		0
	UHR	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	30		

	Année 2019		
[REDACTED]	[REDACTED]		
[REDACTED]	[REDACTED]		

⁵ 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

Les listes transmises à la mission d'inspection (pièce 38) font état de 94 résidents présents le jour de l'inspection. La liste remise en mains propres le jour de l'inspection mentionne 95 résidents. En outre, figurent sur la pièce 38 transmise à la mission deux résidents qui sur la liste transmise le jour de l'inspection sont indiqués comme étant sortis en janvier 2023. Les deux listes ne sont donc pas cohérentes.

Par ailleurs l'hébergement temporaire est présenté dans le projet d'établissement, alors que l'établissement n'a pas demandé d'autorisation pour ce faire.

Enfin, [REDACTED] est « passée en forfait temporaire » selon le compte-rendu du COPIL du 20 décembre 2022. Cette pratique n'est pas conforme à la définition posée dans le projet d'établissement : « accueil répondant à une nécessité de prise en soins pour une durée limitée dans le temps (maximum 6 mois sur l'année). Il est la solution à un problème ponctuel : vacances des aidants naturels ou répit nécessaire, travaux dans le logement, moment de fragilité plus important après un souci aigu de santé. Il peut aussi s'envisager comme une adaptation avant un hébergement permanent »⁶. La fiche des tarifs affichée dans l'établissement ne mentionne aucun « forfait temporaire » mais une possibilité de majoration de 10% du tarif des chambres en cas de court séjour (d'un maximum de 3 mois, renouvelable une fois).

Ecart n°1 : La facturation à un résident de l'hébergement temporaire ne correspond ni à la définition portée dans le projet d'établissement, ni au cadre posé par l'autorisation conjointe de l'ARS et de la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article D.312-9 du CASF.

1.2 Management et stratégie

A. La direction de l'établissement (1.2.2)

Les relations avec l'organisme gestionnaire (1.2.2.5)

La direction régionale du groupe organise une réunion des directeurs une fois par mois. La directrice régionale adjointe vient une fois par mois sur le site. Aucun compte rendu de réunion n'a été transmis à la mission d'inspection.

La directrice (1.2.2.1, 1.2.2.6, 1.2.2.7, 1.2.2.10, 1.2.2.11)

La directrice a signé [REDACTED] pour exercer les fonctions de directrice de la résidence [REDACTED]. Elle était auparavant directrice adjointe de cette même résidence depuis [REDACTED]. Elle [REDACTED]. Elle a la responsabilité de la définition, de l'évaluation et de la mise en œuvre du projet d'établissement. Elle est responsable de la gestion technique, réglementaire et budgétaire de l'établissement, de la qualité des relations avec les usagers et de la gestion du personnel, y compris du recrutement.

Elle est assistée dans ses fonctions d'une directrice adjointe, [REDACTED].

[REDACTED]. Le document de subdélégation mentionne que la directrice adjointe a notamment la possibilité de signer les contrats de travail et les contrats de séjour. Il s'agit d'une délégation de signature et non de responsabilité. La directrice adjointe est plus particulièrement garantie de la qualité hôtelière et de la gestion administrative (RH, logistique, maintenance) de l'établissement.

Le Medco (1.2.2.14, 1.2.2.15, 1.2.2.17)

Le médecin coordonnateur a signé [REDACTED] pour exercer ses fonctions au sein de l'établissement à compter [REDACTED]. Le contrat de travail mentionne deux durées de travail contradictoires : [REDACTED] ; le [REDACTED]

⁶ Projet d'établissement, p.14.

RAMA 2022 indique que le temps de travail du MedCo est de 0,5 ETP. Or, l'établissement comptant 98 lits, le temps de présence du MedCo attendu depuis le 1^{er} janvier 2023 est de 0,6 ETP.

Le Medco est titulaire d'une [REDACTED]

Remarque 1 : Le contrat de travail du MedCo n'est pas conforme au temps de présence réelle du MedCo.

Ecart n°2 : Le temps de travail du MedCo est de 0,5 ETP, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.

L'IDEC (1.2.2.12)

L'infirmière coordonnatrice a signé [REDACTED] pour exercer les fonctions d'infirmière cadre à compter [REDACTED]. [REDACTED]

Le collectif de direction (1.2.2.2)

La directrice anime un COPIL tous les mardis de midi à 13h : y participent la directrice adjointe, l'IDEC, le MedCo, la responsable hôtelière, la psychologue, l'animateur, la professeure en activités physiques adaptées (APA), le chef cuisinier et l'agent de maintenance. Ce COPIL permet de transmettre à tous les corps de métier les informations nécessaires.

La directrice anime également un CODIR auquel les cadres d'astreinte sont présents, à savoir la directrice adjointe, l'IDEC, la responsable hôtelière, et la psychologue un ou deux lundi par mois.

Dans la réalité et au regard des comptes rendus transmis, il apparaît que le COPIL se tient deux à 4 fois par mois en 2022. Les compte-rendu du CODIR n'ont pas été transmis à la mission d'inspection. Aucun compte rendu portant sur l'année 2023 n'a été transmis.

Les astreintes de direction (1.2.2.8)

Les astreintes de direction sont assurées par la directrice, directrice adjointe, la responsable hébergement, l'IDEC, la psychologue, soit un week-end sur 4 pour chacune. Elles se traduisent par la présence physique du cadre d'astreinte dans l'établissement les samedis et dimanches.

B. Le climat social (1.2.2.3)

Il n'a pas été porté à la connaissance de l'équipe d'inspection des conflits ou litiges entre direction et salariés. Des tensions ont pu apparaître suite à des problèmes d'étanchéité du sol de la cuisine, mais le problème a été résolu. L'établissement n'a pas fourni les comptes rendus des derniers CSE.

L'ensemble des personnes interrogées a fait part à l'équipe d'inspection d'équipes soudées, avec un esprit d'entraide. Le problème de manque de matériel et notamment de vaisselle peut engendrer quelques tensions.

Un manque de communication entre les différents professionnels a pu être relevé par certaines personnes interrogées.

Remarque 2 : Les COPIL ne se tiennent pas de manière régulière, ce qui peut nuire à un bon échange entre les différents corps de métier.

C. Le règlement de fonctionnement (1.2.1.1, 1.2.1.2)

Le règlement de fonctionnement date de mars 2021. Il n'est pas affiché dans l'établissement. Il comporte toutes les mentions attendues.

Le règlement de fonctionnement mentionne l'existence d'un dispositif à l'accueil permettant de noter les observations que pourraient faire un résident concernant tous besoins ou toute question en dehors des heures d'ouverture du secrétariat : la mission d'inspection n'a pas constaté l'existence d'un tel dispositif.

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.14), les sanctions prises en cas de violence sur autrui ne sont ni mentionnées ni listées. L'obligation de signaler toute situation n'est pas rappelée.

La référence au 3977 est inexacte : ce numéro permet de signaler les situations et n'est pas une ligne d'écoute proposant un soutien.

Remarque 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui et les modalités d'intervention des bénévoles.

Ecart n°3 : L'édition 2021 du règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet d'une consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article L.311-7 du CASF.

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

Le projet d'établissement transmis à la mission d'inspection porte sur les années 2022-2027. Le lancement du projet d'établissement a été présenté au CVS du 11 mars 2022. Il n'est pas fait état de la méthode de travail, notamment de la nature de la participation des résidents, des familles et du personnel à l'élaboration du projet d'établissement. Il n'a pas fait l'objet d'une consultation du CVS. Une fois achevé, il n'a pas fait l'objet d'une présentation au CVS.

Le projet d'établissement comporte les rubriques attendues. Il précise le profil des personnes accueillies et détaille la procédure d'admission. Il inclut un projet dédié à l'unité protégée, un projet d'animation et d'activités, un projet de soins.

La présentation des projets reste très générale. Le projet d'établissement n'a pas assez mis au travail les difficultés liées aux contradictions entre la nécessaire socialisation de chacun, les souhaits individuels et les objectifs de soin afin de mieux définir le cadre de vie et les possibilités offertes aux résidents. Par exemple, la possibilité de prendre des repas en chambre n'est pas conciliée avec l'organisation globale telle qu'elle est inscrite dans le règlement de fonctionnement et vient en contradiction avec les indications p.42 stipulant que les résidents autonomes « doivent » descendre en salle de restaurant.

Certaines parties se concluent par des axes d'amélioration. Ceux-ci ne se déclinent pas en actions concrètes, permettant de définir les moyens à mettre en œuvre, sauf à une exception (la démarche RSE est systématiquement déclinée en objectifs et moyens concrets mais elle reste générale et non appliquée spécifiquement à l'établissement).

Le paragraphe sur le projet personnalisé met en avant l'équipe qui co-construit le projet avec le résident et/ou sa famille. Il ne met pas en place un référent, qui permettrait au résident comme à la famille d'avoir un interlocuteur vers qui se tourner pour réfléchir et coordonner ce projet. Ce choix n'est pas explicité ni expliqué. Aucune fréquence de révision du projet personnalisé n'est fixée, aucune démarche n'est explicitée. Ce paragraphe reste très général et personne n'est défini comme étant le garant de la réalisation des projets personnalisés, ce qui ne permet pas d'assurer un suivi de leur mise en place et de leur renouvellement. Ce point figurait déjà comme axe d'amélioration dans l'évaluation interne de juin 2021 (p.55).

Le paragraphe sur la politique de bientraitance est analysé plus bas, p.16 du présent rapport.

Ecart n°4 : Le projet d'établissement n'a pas fait l'objet d'une consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.

Ecart n°5 : Le projet d'établissement n'explicite pas les modalités d'organisation et de mise en œuvre du projet personnalisé, et ne fixe aucun objectif de mise à jour, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.

E. Le plan bleu (1.2.1.6)

Le plan bleu est daté de mai 2022.

Il contient pour l'essentiel les rubriques attendues.

Ce plan présente quelques lacunes :

- Il n'est pas fait mention de la déclaration obligatoire à la Ville de Paris (p.13)
- Le tableau des partenaires externes est vierge (p.25)
- La liste des bénévoles intervenant dans l'établissement avec les jours de présence est vierge (p.26)
- La fréquence d'impression du DLU n'est pas mentionnée (p.26)
- Les risques naturels et technologiques ne sont pas appliqués à l'établissement en particulier : ces paragraphes restent généraux.
- Ni les procédures en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, ...) ni celles liées aux risques naturels n'ont été transmises
- Le plan de continuité d'activité est général : il n'est pas présenté pour l'établissement en particulier, le « mode dégradé » n'est pas calibré pour l'établissement
- La liste des entreprises de remplacement pour assurer la continuité des approvisionnements n'est pas jointe au plan bleu (p.42)
- La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement n'est pas décrite
- Les modalités de rappel du personnel ne sont pas précisées
- La procédure de gestion des décès massifs n'est pas décrite
- Le DARI est peu rempli et le plan d'action, s'il liste quelques actions, ne mentionne aucun échéancier ni aucun pilote chargé du suivi.

Ecart n°6 : Le plan bleu est général 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).

1.3 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles (1.3.3.0)

Le Comité de la Vie Sociale s'est tenu 4 fois en 2021 et 3 fois en 2022. Les élections étaient en cours au jour de l'inspection : un appel à candidature avait été lancé le 21 février 2023 auprès des résidents, un appel à candidatures auprès des familles et des représentants légaux avait été lancé le 20 février 2023. Les élections devaient se tenir le 29 mars 2023 pour les représentants des résidents et du 15 au 29 mars pour les représentants des familles.

L'appel à candidature n'a pas été élargi aux groupements des personnes accompagnées des EHPAD, ni aux bénévoles accompagnant les personnes intervenant au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient à l'article D.311-5 du CASF.

Si le règlement intérieur du CVS a été approuvé en 2021, il ne l'a pas été en 2022 lors du renouvellement du CVS. Aucun EIG ni aucun bilan des EI n'a été présenté au CVS en 2021 ni 2022.

Les résultats des enquêtes de satisfaction ont systématiquement été présentées au CVS. Les axes d'amélioration sont posés mais les mesures correctrices ne le sont pas.

Les comptes rendus établissent que le CVS est une instance d'informations apportées aux familles et aux résidents, mais il n'apparaît pas comme une instance de dialogue et d'consultation où sont discutés différents points de l'ordre du jour défini par le président du CVS, en lien avec la direction.

Ecart n°7 : Le CVS est une instance de diffusion des informations sans que soit réellement recueilli l'avis de ses membres sur les différents points abordés, ce qui contrevient à l'article L.311-6 du CASF.

Ecart n°8 : Le bilan des EI et EIG n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.

Ecart n°9 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été mis à jour au regard de la nouvelle règlementation entrée en vigueur le 1er janvier 2023 et notamment, des articles D.311-5 et D.311-15 du CASF.

1.4 Gestion de la qualité

A. La démarche (1.4.1.7)

La démarche qualité déclinée dans le projet d'établissement (p.102-105) met en avant 3 outils : le CVS, l'évaluation, et les enquêtes de satisfaction.

Elle ne présente pas la méthodologie de l'auto-évaluation de l'établissement (nommé OSR), ni les objectifs propres à l'établissement, ni le plan d'action sur les 5 ans. Elle ne fait le lien ni avec les événements indésirables ni avec le projet d'établissement.

- L'outil « OSR » est un référentiel qualité⁷ : il présente 12 thèmes qui sont répartis sur les 12 mois de l'année : Déploiement de l'OSR,
- Bientraitance et éthique/grille ESMS : Hôtellerie,
- Expression et participation de la personne accompagnée,
- Démarche qualité et gestion des risques/Grille ESMS : Plan bleu,
- Accompagnement à l'autonomie/Continuité et fluidité des parcours/Grilles ESMS : Activités et vie sociale,
- Accompagnement à la santé/Grilles ESMS : bâtiment et sécurité,
- Droits de la personne accompagnée/Grille ESMS : droits et informations ;
- Mise à jour du PAR (plan d'action global de la résidence) ;
- Politique RH/Grille ESMS : RH,
- Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement,
- Grille ESMS : restauration,
- Grilles ESMS : commercial.

Aucun plan d'amélioration de la qualité qui reprendrait l'ensemble des thèmes n'a pas été transmis à la mission d'inspection. Une fiche de travail « Amélioration continue » a été transmise. Cet outil ne décline pas l'ensemble des actions d'amélioration à mettre en œuvre sur la résidence. Il ne porte que sur la mise en place de la démarche qualité elle-même et se décline en 12 actions :

- Traiter des réclamations
- Prioriser les actions suite à l'évaluation interne
- Nommer les responsables pour les actions issues de l'évaluation interne

⁷ Evaluation interne, p.7.

- Suivre la réalisation des actions issues de l'évaluation interne en équipe pluridisciplinaire. Définir la fréquence des points de suivi.
- Inviter les résidents et leurs familles à la démarche d'évaluation interne.
- Communiquer à l'ensemble du personnel les actions et les préconisations à mettre en place suite aux évaluations interne et externe
- Présenter le plan d'amélioration continue à l'issue des évaluations interne et externe au CVS ainsi que son avancement.
- Organiser des réunions de réflexion, des actions de formation et de sensibilisation sur les RBPP.
- Faire connaître les RBPP à l'ensemble du personnel.
- Réaliser les actions issues de l'évaluation interne. Les replanifier si nécessaire.
- Impliquer les professionnels à la démarche d'évaluation interne.
- Suivre en équipe les indicateurs qualité.

Aucune action concrète n'est définie pour chaque thème.

Ecart n°10 : 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.

B. Les rapports d'activité (2.3.1)

L'établissement n'a pas fourni de rapport d'activité.

Les rapports d'activité médicale 2021 et 2022 ont été fourni. Ils manquent de précisions (sur la régularité des réunions, le nombre de personnel formé sur chacun des thèmes par exemple), et d'analyse sur les contentions, les chutes, le suivi de la douleur. La proportion d'escarres n'est pas analysée.

Le RAMA est descriptif ; il ne présente pas d'analyse des données de mortalité, d'hospitalisation et de morbidité, des événements indésirables liés aux soins, ni des diverses complications liées aux soins.

et [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Le GMP moyen évalué par le médecin coordonnateur était en 2022 à [REDACTED].

C. Les évaluations interne et externe (1.4.2.1)

L'évaluation externe date d'octobre 2014. Elle relevait notamment un turn over important de 13 directions en 10 ans, l'absence de mise en place d'une démarche qualité, un projet d'établissement caduque, un axe prioritaire d'amélioration concernant l'hygiène et la sécurité des soins, une présentation a posteriori du projet de vie au résident qui le signe.

Le rapport d'évaluation interne transmis à la mission d'inspection est daté de juin 2021. Il met en avant l'outil informatique d'auto-évaluation du groupe, intitulé OSR. Elle aborde 12 thématiques : projet d'établissement, organisation des soins, bientraitance, amélioration continue, admission et droits, restauration, hôtellerie, prise en charge (soins), animation et vie sociale, accompagnement à la fin de vie, ressources humaines, ouverture sur l'environnement. La méthode met en avant la participation du personnel et de tous les métiers représentés au sein de l'établissement, mais aussi des membres du CVS et les partenaires de la résidence (intervenants médicaux et paramédicaux, fournisseurs, bénévoles...). Cependant, les parties portant sur les résultats issus de l'implication des résidents et des familles et celles concernant les intervenants extérieurs n'ont pas été remplies, ce qui ne permet pas d'attester que la participation ait été concrète.

Les comptes rendus du CVS transmis attestent que le CVS n'a pas été consulté pour la construction de cette évaluation ni pour la présentation de cette évaluation.

Le rapport d'évaluation interne composée selon une grille mise en place par le groupe est insuffisamment renseignée par la structure : ainsi, p.15 il apparaît clairement que la trame n'a pas été mise à jour par l'établissement. Le document est un document formel mais guère utile à l'évaluation concrète du fonctionnement opérationnel de l'établissement. Par exemple le projet d'établissement est évalué alors même qu'au moment de l'évaluation interne il était caduc et n'avait pas été actualisé.

La manière de noter chaque thématique n'est pas explicitée. Les préconisations apparaissent comme génériques et ne s'appuient pas sur des constats partagés. Certaines actions ne correspondent pas à l'établissement (par exemple aucune action n'est retenue alors qu'il est noté plus haut qu'il faut signer des conventions avec les bénévoles (p.68). D'autres actions sont sans rapport avec les constats faits plus hauts. Des dates d'échéances d'actions sont antérieures à la remise du rapport d'évaluation.

La conclusion n'a pas été complétée.

De manière générale, le rapport est une trame mais n'est pas concrètement adapté à l'établissement ni pour les constats, ni pour les actions.

Ecart n°11 : Le rapport d'évaluation interne ne permet pas de mettre en lien des constats concrets et les actions d'amélioration mises en avant, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF.

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

Le projet d'établissement mentionne l'organisation d'interventions mensuelles de la psychologue portant sur « la culture de la bientraitance et de l'accompagnement auprès des résidents » (p.20). Cet objectif n'est pas effectif au jour de l'inspection. Le rôle de la référente « Bientraitance » n'est défini dans aucun document transmis à la mission d'inspection. Elle n'est pas relayée dans le souci de promouvoir la bientraitance en organisant un groupe de réflexion et une commission bientraitance qui restent lettre morte par défaut de mobilisation de l'ensemble du personnel et de la direction sur ce thème.

L'enquête de satisfaction du 1^{er} semestre 2022 établit que █ des familles sont satisfaites de l'attention et de la délicatesse apportée par le personnel lors des soins. Ce point n'est pas repris dans le cadre du projet d'établissement ni d'un plan d'amélioration de la qualité afin de déterminer les actions à mener pour promouvoir la bientraitance dans tous les actes professionnels.

Des axes d'amélioration sont définis dans le projet d'établissement mais manquent d'objectifs opérationnels. Les outils de cette politique ne sont pas détaillés. Par exemple s'il est question d'une commission bientraitance, la composition de celle-ci ainsi que ses objectifs ne sont pas définis.

Le paragraphe sur la contention, contenu dans le projet d'établissement, ne comporte aucune mention du consentement de la personne, ni de l'annexe au contrat de séjour portant sur la liberté d'aller et venir⁸.

Le paragraphe du projet d'établissement portant sur la gestion des actes de maltraitance ne porte aucune définition d'un acte de maltraitance, ce qui peut conduire à des malentendus. Il ne détermine pas une démarche de repérage des pratiques maltraitantes et des situations à risque. Il ne définit pas les situations donnant lieu à déclaration à l'ARS et à la Ville de Paris ainsi que le type de situation entraînant un signalement au procureur de la République.

La démarche ne détaille pas les outils mis en place pour analyser toute situation : l'arbre des causes par exemple, afin de déterminer mesures correctrices et préventives, afin de limiter le risque que de tels actes soient de nouveau commis.

⁸ Projet d'établissement, p.22.

L'analyse par l'ARS et la Ville de Paris débouchent sur plusieurs possibilités et non « principalement [sur] une inspection » : elle vise à accompagner l'établissement et à s'assurer que les mesures correctrices et surtout préventives adéquates ont été réfléchies collégialement et mises en œuvre.

Il n'est pas fait mention de politique de prévention des actes de violence (physique, psychologique ou sexuelle), ni de leur prise en charge au sein de l'établissement, alors même qu'il est plusieurs fois fait mention de la possibilité de troubles du comportement chez les résidents.

Pour finir, aucun rythme de formation du personnel sur ce thème n'est inscrit dans ce projet.

L'objectif d'acquérir le label Humanitude (p.64) n'est pas mis en lien avec la promotion de la bientraitance et/ou avec une politique de formation du personnel tournée vers la promotion de la bientraitance.

La procédure de signalement d'une procédure de maltraitance date de juin 2015 et ne fait pas état de la définition de la maltraitance de l'article L.119-1 du CASF. La procédure ne fait pas état de la nécessité de mettre en place un retour d'expérience collégial au niveau de l'établissement, des acteurs chargés de ce retour d'expérience et des personnes appelées à participer à cette analyse.

Plusieurs formations proposées marquent la concrétisation d'une politique de promotion de la bientraitance :

- 9 personnes ont été formés sur 2 jours en 2021, 5 vont l'être fin 2023
- 12 personnes ont été formés en 2022 à « mieux comprendre le résident et les attentes de la famille »
- 6 personnes ont été formés en 2023 à « mieux comprendre les troubles du comportement », 2 autres le seront en 2023.
- [REDACTED] va suivre la formation de référent bientraitance en novembre 2023.

Ces sessions de formation mixent les différents métiers : ASH, AES, ASD, psychologue, agent d'accueil, IDE, animateur etc., ce qui relève d'une bonne pratique. 35 personnes ont suivi au moins une formation ; 5 personnes sont suivis deux formations différentes. Deux personnes n'ont pas été retrouvées ni sur le registre unique du personnel ni sur le tableau des effectifs transmis à l'équipe d'inspection.

Remarque 4 : La politique de bientraitance est insuffisamment formalisée.

Ecart n°12 : 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)

Les enquêtes de satisfaction de 2021, des 1^{er} et second semestres 2022 ont été transmises à la mission d'inspection. Seuls les résultats de l'enquête de satisfaction de 2021 sont affichés dans le hall d'accueil. Les résultats de toutes les enquêtes de satisfaction ont été présentés au CVS.

Les enquêtes de satisfaction questionnent sur la qualité des différentes prestations proposées : espaces extérieurs, chambre, qualité des soins, restauration, linge personnel, qualité de vie, résidence. La présentation ne met pas en évidence les points faibles et les axes d'amélioration. Elle ne différencie pas la satisfaction des familles et celles des résidents, en 2021 et au deuxième semestre 2022.

En 2022, les soins, la restauration et la gestion du linge donnent moins satisfaction qu'en 2021 dans des proportions non négligeables.

Au premier semestre 2022, 31 résidents ont été contactés, soit 33% des résidents. L'enquête n'indique pas sur quelle base ces résidents ont été sélectionnés. L'enquêteur n'a pas développé des outils permettant d'interroger les résidents les plus en difficulté.

Remarque 5 : Les enquêtes de satisfaction ne différencient pas systématiquement les résidents des familles et 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)

La procédure de traitement des réclamations reçues par courriel ou courrier fait état d'un portail dans lequel sont enregistrées les plaintes reçues, qui permet un export sous forme de tableau.

Aucune réclamation n'a été transmise à la mission d'inspection. Aucun registre des réclamations n'est mis à la disposition des résidents ou des familles. Les familles et les résidents ont la possibilité de remplir une fiche de dysfonctionnement adressée à la direction de l'établissement. Elles sont classées après réponse. Des comptes rendus d'entretien avec les familles ont été transmis à la mission d'entretien.

Aucun outil de suivi des réclamations permettant d'examiner la récurrence des plaintes afin de définir des axes d'amélioration n'a été porté à la connaissance de la mission.

La procédure pose que les réclamations doivent être analysées en COPIL. Les comptes rendus de COPIL transmis à la mission d'inspection ne font pas état de telles analyses.

Remarque 6 : L'équipe d'inspection n'a pu établir l'existence d'un suivi et d'un bilan systématique des réclamations.

C. Les évènements indésirables ((1.5.1.3, 1.5.1.4)

Aucune liste récapitulative des EI n'a été transmise à la mission d'inspection. Seule la liste des EIG a été transmise.

Aussi il n'est pas possible de rendre compte de la capacité de l'établissement à prendre en compte les évènements indésirables dans un outil d'analyse permettant de définir des mesures correctrices et préventives et de porter ces éléments au plan d'amélioration continue de la qualité.

Les évènements indésirables sont désignés sous le vocable « dysfonctionnements » dans la procédure intitulée « procédure de traitement des réclamations ». La procédure pose que les fiches de dysfonctionnement doivent être analysées en COPIL. Les comptes rendus de COPIL transmis à la mission d'inspection ne font pas état de telles analyses.

Une charte de confiance concernant la déclaration d'un dysfonctionnement présente le cadre nécessaire de ce type de déclaration. Il n'est pas mentionné que le salarié est protégé du fait de ces déclarations (article L.313-24 du CASF). Les agents doivent porter leur nom et prénom sur la fiche de dysfonctionnement, ce qui pourrait ne pas les encourager pas à en remplir.

Remarque 7 : La protection du salarié du fait de déclaration d'un dysfonctionnement n'est pas mentionnée explicitement dans la charte. Le fait d'apposer son nom et son prénom sur la fiche de dysfonctionnement ne garantit pas cette protection.

D. Les évènements indésirables graves (1.5.1.6, 1.5.1.7)

Le formulaire de l'arrêté du 28 décembre 2016 a été transmis à la mission d'inspection. Aucune procédure dédiée au traitement des évènements indésirables graves (EIG) n'a été transmise. De ce fait, le personnel n'est pas sensibilisé à ce qu'est un évènement indésirable grave et ne sait pas s'il existe une procédure ; il a cependant été sensibilisé aux EIG par le MedCo : cette action n'est pas mentionnée au plan de formation. Le personnel n'est pas formé à l'identification et à la classification des EI et EIG.

Des procédures spécifiques existent concernant les disparitions inquiétantes et les suspicions de maltraitance qui datent de 2015.

Concernant les disparitions inquiétantes, la déclaration obligatoire d'un EIG à l'ARS et à la Ville de Paris n'est pas mentionnée dès le constat qu'il s'agit d'une disparition inquiétante. L'analyse des causes ne débouche pas sur des mesures correctrices et préventives. Il n'est pas fait mention de retour d'expérience suite à ces EIG.

La procédure de signalement de suspicion de maltraitance ne fait pas état de l'obligation de saisine du Procureur de la République et de la procédure à respecter le cas échéant. Aucune procédure spécifique en cas de violence sur autrui (y compris sexuelle) n'a été transmise à l'équipe d'inspection.

Aucune procédure concernant la prise en charge médicamenteuse n'a été transmise à la mission d'inspection.

L'établissement a fourni une extraction du registre d'enregistrement des EIG pour les années 2021, 2022 et 2023 intitulé « Récapitulatif des évènements indésirables » ; ce fichier compte 5 EIG. Contrairement à ce qui est indiqué sur le document, la Ville de Paris n'a été destinataire d'aucun EIG en 2021, 2022 et 2023 ; seuls deux EIG ont été transmis à l'ARS (un en 2022, un autre en 2023). Le document transmis ne porte que la description de l'EIG : aucune analyse des causes ni aucune mesure correctrice et/ou préventive n'y figurent. Il n'a été transmis aucun retour d'expérience ni aucun plan d'action lié à ces EIG.

Ecart n°13 : 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 n°14 : Il n'existe pas de procédure en cas d'EIG touchant la prise en charge médicamenteuse, les situations de violence, les situations entraînant la saisine du Procureur de la République, ce qui contrevient aux articles L.331-8-1 et R.331-8 du CASF.

Ecart n°15 : Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés aux deux autorités de tutelle, l'ARS et la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.

Ecart n°16 : L'établissement ne possède pas de procédure de retour d'expérience, ce qui contrevient à l'article R.1413-69 du CSP.

Remarque 8 : L'établissement ne met pas en place de mesures préventives alimentant le plan d'amélioration de la qualité.

II. Les ressources humaines :

2.1 La situation générale des effectifs (2.1.1.1)

L'organigramme transmis date de janvier 2023.

Les professionnels recensés sont les suivants :

Administration :

- 1 Directeur
- 1 Adjoint de direction
- 2 Hôtesses d'accueil et secrétariat

Entretien :

- 1 Technicien de maintenance

Projet de soin :

- 1 Médecin coordonnateur
- 1 Infirmier coordinateur
- 4 Infirmiers
- 17 aides-soignants dont 2 inscrits comme « faisant fonction »
- 5 Aides médico-psychologiques
- 2 Postes d'AS volantes → l'organigramme ne le précise pas mais les fiches de poste le précisent.
- 1 Psychologue
- 1 Professeur d'APA

Projet de vie :

- 1 Animateur
- 1 Responsable hôtelier
- 1 chef cuisinier
- 1 cuisinier
- 2 plongeurs
- 8 Aides hôteliers
- 1 Lingère

L'organigramme ne précise pas les ETP, ni les liens hiérarchiques et fonctionnels ainsi que les postes vacants.

Le tableau des effectifs transmis est daté de mars 2023. Selon les données, sur les █ ETP totaux de l'établissement, █ sont pourvus donc 1 ETP n'est pas pourvu. Il s'agit du poste d'ergothérapeute.

Le glissement de tâches (2.1.4.4)

Les deux postes d'aide-soignant inscrits comme faisant fonction dans l'organigramme disposent de fiche de poste spécifique intitulées « agent de service hôtelier(e) affecté au service soins ». Celles-ci remplissent partiellement des missions aide-soignant.

La direction a informé le CVS le 11 mars 2022 de la création de deux postes d'ASH faisant fonction d'aide-soignant.

Le projet d'établissement p.51 mentionne que la distribution des médicaments sous forme orale peut se faire « soit par l'IDE, soit par l'AS ou l'AMP diplômée, sous la responsabilité de l'IDE. L'aide à la prise faisant partie du rôle propre de l'IDE peut être assurée en collaboration avec un AS ou AMP diplômé ». Cette disposition concerne exclusivement les AS et non les AES. 2.2 Le recours aux CDD et à l'intérim (2.1.1.3, 2.1.1.6, 2.1.4.7)

Le taux de rotation du personnel pour 2021 est calculé dans le projet d'établissement, p.92-93 : il est de [REDACTED] %

L'établissement a transmis à la mission la liste des CDD pour les années 2021, 2022 ainsi que janvier et février 2023. On dénombre :

- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

L'essentiel des postes de CDD concernent les postes d'aide-soignante/d'AES, d'ASH et IDE. A la marge, sont aussi présents des contrats en remplacement du cuisinier et des agents d'accueils mais en part bien moins importante que pour les autres postes. Les motifs de remplacement sont variables entre absences injustifiées, congés, attente de recrutement, formation, maladie, etc.

Il n'a pas été fourni à la mission de bordereaux montrant l'embauche d'intérimaire au sein de l'établissement. La direction déclare faire très peu appel à l'intérim.

2.3 L'organisation des modalités de travail (2.1.3, 2.1.4)

Transmissions orales avec Aides-soignantes, IDE, psychologue, APA/kiné médecins traitants si présents du médecin coordonnateur lorsqu'il est présent (effectue ses 0,5 ETP sur 2 journées)

Plus passage systématique du médecin coordonnateur pour un 'point' avec les AS et IDE dans tous les étages lors de ces jours de présence

Dans les plannings transmis, les légendes ne sont pas inscrites. Les horaires de début et de fin de chaque professionnel ne sont pas non plus notés. Mais ils sont bien inscrits dans les fiches de tâches.

Selon les informations recueillies l'organisation est la suivante :

- Les IDE commencent à 8h jusque 20H. Elles ont un temps de transmissions orales avec les équipes de nuit de 8h à 8h10. De 11h35 à 11h45 : « Transmissions complémentaires écrites ». Un temps de transmissions orales en équipe pluridisciplinaire est inscrit de 11h45 à 12h15. Un nouveau temps de transmission écrit est inscrit de 16h30 à 17h30 « compléter les transmissions écrites ». Enfin, elles ont un dernier temps de transmission inscrit de 19h30 à 20h « fin des transmissions écrites - faire les trans orales aux as de nuit ».
- Les AS volantes dites « AS de renfort / soins » commencent à 8h30 et terminent à 13h30. A leur prise de poste, elles n'ont pas de temps de transmission d'inscrit sur leur fiche de tâche. Elles participent aux transmissions interdisciplinaires de 11h45 à 12h. C'est également durant ce temps qu'elles effectuent leurs transmissions écrites.
- Les AS de nuit prennent leur poste à 20h jusque 8h. De 20h à 20h15, elles ont un temps de transmission orale avec les équipes de jour. Les équipes de nuit ont 4 rondes à effectuer à 22h30, minuit, 2h et 4h. Elles ont un temps de transmission de 7h50 à 8h avec les équipes de jour.

La fiche de tâche des AS de jour n'a pas été transmise à la mission. Cependant à l'analyse des fiches de tâche, il y'a une discordance car les IDE de jour effectuent leur prise de service à 8h, or elles sont censées

être en transmissions de 7h50 à 8h avec les équipes de nuit. Cela oblige donc les IDE à arriver au moins 10 minutes avant leur prise de poste ce qui n'est pas inscrit sur leur fiche de tâche. Il en est de même pour les transmissions de 20h. Il n'y a donc pas de temps de chevauchement entre les équipes de jour et de nuit.

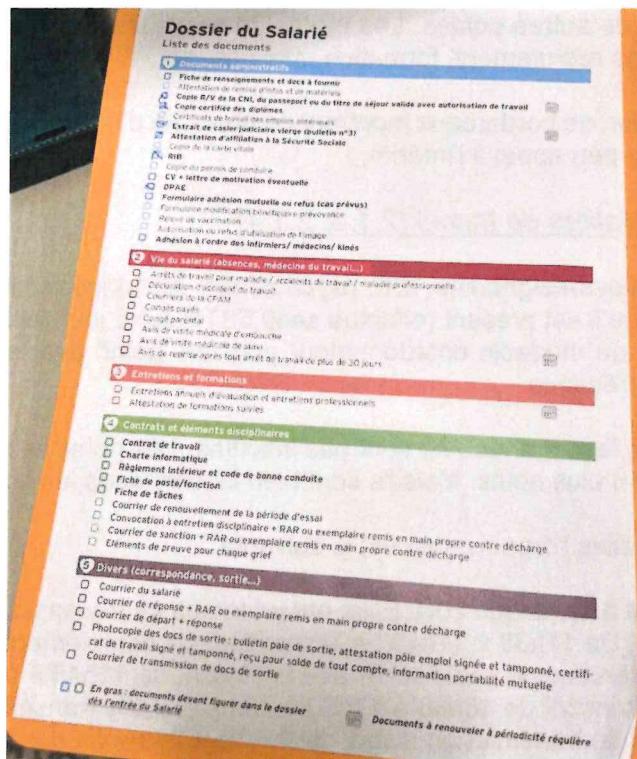
Ecart 17 : Il n'est pas formalisé de temps de chevauchement entre les équipes de jour et les équipes de nuit obligeant les équipes à arriver avant leur prise de poste ou à partir après leur fin de poste.

2.4 Les dossiers du personnel (2.1.1.7)

La mission a analysé les dossiers du personnel. Ils sont rangés par CDD et CDI, et par ordre alphabétique. Le compte-tenu des dossiers est ordonné par pochette. Ils se composent comme suit :

- 1ère partie : Les documents administratifs
- 2ème partie : La vie du salarié
- 3ème partie : Les entretiens et la formation
- 4ème partie : Les contrats et éléments disciplinaires
- 5ème partie : Divers

La liste des documents pouvant figurer dans chaque partie est inscrite et les documents y figurant sont cochés.



Les dossiers consultés par la mission sont ordonnés et complets.

2.5 Les professionnels et prestataires externes (2.1.1.8)

Les professionnels externes sont les suivants :

- Les kinésithérapeutes
- Le podologue
- L'orthophoniste
- La pharmacie d'officine
- Le laboratoire
- L'HAD

- Le réseau Quiétude
- L'équipe mobile de gériatrie externe
-

Pour l'ensemble de ces professionnels externes, une convention a été signée avec l'établissement.

Le linge du personnel et des résidents est géré par un prestataire externe privé. Le linge plat est géré par un ESAT.

2.6 La formation (2.1.2.1, 2.1.2.3)

Le plan de développement des compétences se compose de formations et de formations externes.

Le plan de formation interne est élaboré par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'IDEC et la psychologue. Les thèmes abordés par le médecin coordonnateur sont les suivants : préventions et prises en charge des infections respiratoires aigües, de la déshydratation et des gastroentérites aigües ; précautions standards et complémentaires ; prise en charge des EIGS, et fiches de déclaration. Il dispense également des formations sur la dénutrition, le suivi des ingestas, les compléments alimentaires. L'IDEC aborde les thèmes suivants : escarres, nutrition, contention. La psychologue sensibilise le personnel sur la prévention du suicide-souffrance psychique, bientraitance, les thérapies non médicamenteuses, communication verbale et non verbale.

Le plan de formations externes est élaboré par la direction en collaboration avec le médecin coordonnateur et l'IDEC.

Alors que l'analyse de pratiques professionnelles est inscrite au projet d'établissement (p.100), elle n'est pas mise en œuvre.

2.7 Le recrutement (2.1.2.5)

La directrice d'établissement effectue les recrutements avec les chefs d'équipes. Une vigilance particulière est exercée sur les renouvellements des périodes d'essai. La partie administrative du recrutement est gérée par l'adjointe de direction.

L'établissement est cours de mise en place d'une référente tutorat chargée d'accueillir les nouveaux salariés surtout en cas d'absence de l'infirmière coordinatrice.

Également, un livret du nouveau collaborateur et plusieurs autres documents sont remis à l'arrivée de nouveaux salariés.

Concernant le tuilage, cela dépend des postes. Il est surtout pratiqué pour le poste d'accueil et de cuisinier. Les absences de soignants et d'ASH étant souvent inopinés.

2.8 L'encadrement des équipes (2.1.3.1, 2.1.4.1, 2.1.4.5, 2.1.4.2)

Les équipes de soins IDE, AS et AES sont encadrées par l'infirmière coordinatrice.

Les équipes hôtelières aides-hôtelières et lingères sont encadrées par le responsable hôtelier. Le reste de l'équipe est encadré par l'adjointe de la direction et la direction mais cela est supposé par la mission car l'organigramme ne permet pas de le vérifier.

5 cadres se relaient sur les astreintes entre : la directrice et son adjointe, l'IDEC, la psychologue et le responsable hébergement. Cela représente donc 1 week-end d'astreinte sur 5. Les jours fériés sont répartis toute l'année entre les 5 cadres à raison de 2 par personne et par an.

Les week-ends d'astreinte sont récupérés 1 journée la semaine d'avant et 1 journée la semaine d'après.

III. Les locaux

3.1 Les affichages obligatoires (1.2.3.5)

Dans le hall d'entrée de la résidence, les affichages suivants sont présents :

- compte-rendu du dernier CVS et composition CVS
- compte-rendu des dernières commissions animation et restauration
- résultats de l'enquête de satisfaction de 2021
- programme des animations de la semaine
- le menu du jour ainsi que la carte de remplacement
- les tarifs de la coiffure
- les tarifs des kinésithérapeutes, des médecins généralistes, de l'orthophoniste et de la pédicure
- l'annexe du plan canicule (non daté)

Les documents suivants sont classés dans un présentoir et de ce fait sont moins visibles:

- le règlement de fonctionnement
- la liste des personnes qualifiées du Département (arrêté de 2018)
- charte des droits et libertés de la personne accueillie
- tarifs et horaires des diverses prestations
- numéro 3977/ALMA

Il manque l'affichage des documents suivants

- Les résultats de la dernière enquête de satisfaction
- L'arrêté de la Ville de Paris concernant la tarification de l'hébergement

3.2 La visite du bâtiment

Le bâtiment présente 9 niveaux. Le bâtiment est bien entretenu. L'EHPAD a été conçu dans les locaux d'un ancien hôtel. Il n'existe que deux ascenseurs dont un seul peut transporter un corps allongé. Lors de l'inspection, l'un des deux ascenseurs était en rénovation et l'autre en panne. Il n'existe aucun monte-charge qui pourrait être utilisé le cas échéant.

La configuration des locaux ne permet pas une surveillance des résidents en particulier ceux qui déambulent en UV.

- Au sous-sol des locaux techniques (avec local DASRI), les vestiaires du personnel, une salle de repos du personnel, une salle de réunion.
 - o Les vestiaires femmes sont plus petits que celui des hommes alors qu'elles sont plus nombreuses
 - o Le PV de la réunion de CSE affiché date du 25/03/2022
 - o Dans le local des tenues du personnel, une feuille de traçabilité de la mise au sale des tenues est mise en place
- Au rez-de-chaussée : les cuisines, la salle de restaurant pouvant accueillir une quarantaine de personnes, l'infirmérie et la pharmacie ; un salon d'accueil, le salon de coiffure, un salon invité.
 - o Les cuisines répondent aux normes HACCP attendues. Les prises de températures sont tracées et affichées.
- Au 1^{er} étage : l'unité protégée : un espace de vie faisant également office de salle à manger, ouvrant sur une terrasse, 19 chambres, le bureau de la psychologue, et la salle Snoezelen, des locaux pour linge propre et pour linge sale.
 - o Le programme des activités, des animations et des activités sportives de la semaine est affiché sur un panneau dans l'espace de vie.
- Au 2^{ème} étage : 18 chambres, une petite salle à manger pouvant accueillir 8 personnes, un espace de vie ouvrant sur une terrasse, des locaux pour linge propre et pour linge sale.

- Au 3^{ème} étage : 18 chambres, une petite salle à manger pouvant accueillir 8 personnes, un espace de vie, des locaux pour linge propre et pour linge sale.
 - o Dans l'attente de l'aménagement de la terrasse du 7^{ème} étage, le parcours de marche qu'utilise le professeur en activités physiques adaptées est installée dans un couloir de circulation
 - o Un classeur contenant des procédures de bio nettoyage a été trouvé dans un placard : une programmation de nettoyage date de 20 au 21 février 2021, le plan de table date du 4 février 2021
- Au 4^{ème} étage : 20 chambres, le bureau du MedCo, une salle à manger pouvant accueillir 11 personnes faisant également office d'espace de vie ; des locaux pour linge propre et pour linge sale
- Au 5^{ème} étage : 12 chambres, un espace de vie pouvant servir de salle à manger pour 8 personnes, un local linge sale, deux terrasses
- Au 6^{ème} étage : 11 chambres, un espace bien-être, un espace de vie pouvant servir de salle à manger pour 8 personnes, un local linge propre, un balcon.
- Au 7^{ème} étage : une terrasse en cours d'emménagement (pour un jardin thérapeutique et un parcours de marche), un local kiné.

Le matériel (fauteuils déambulateurs) semble adapté aux besoins des résidents.

3.3 La sécurité des résidents

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

L'établissement amis en place un système de vidéosurveillance.

La porte d'entrée consiste en un sas ; cependant les deux portes s'ouvrent en même temps, ce qui peut permettre la sortie d'un résident échappant à la vigilance du personnel de l'accueil.

B. Les appels malades (2.5.34.3)

Le délai de réponse aux appels malades, posé dans le Règlement de fonctionnement p.3, peut atteindre 15 minutes. Certaines situations nécessitent cependant une réponse plus rapide. Ce délai maximum apparaît de ce fait trop long. L'enquête de satisfaction du premier semestre 2022 établit une satisfaction de █% des familles sur ce point.

L'analyse des relevés d'appels malades transmis à la mission d'inspection établit que sur la période du 1^{er} septembre 2022 au 28 février 2023, le délai moyen de réponse est de 39 mn. Le temps moyen de réponse la nuit est de 28 mn, et de 44 mn le jour.

Sur la période du 1^{er} mars 2023 au 17 mars 2023, le temps moyen de réponse est de 1h49 mn : 30 mn la nuit, 2h20 le jour.

Ecart n°18 : Le délai de réponse aux appels malade ne garantit pas une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité ni la sécurité du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

C. La gestion des DASRI (2.5.2.7)

Dans l'évaluation externe de 2014, page 45, il est inscrit que : « La procédure « Elimination des déchets de soins à risque infectieux (DASRI) est présente depuis Mai 2011 ».

Cependant, il n'a été remis à la mission la procédure de gestion DASRI.

Ecart n°19 : La procédure de gestion des DASRI n'a pas été transmise à la mission, ce qui contrevient aux articles R.1335-3 et R.1335-4 du CSP.

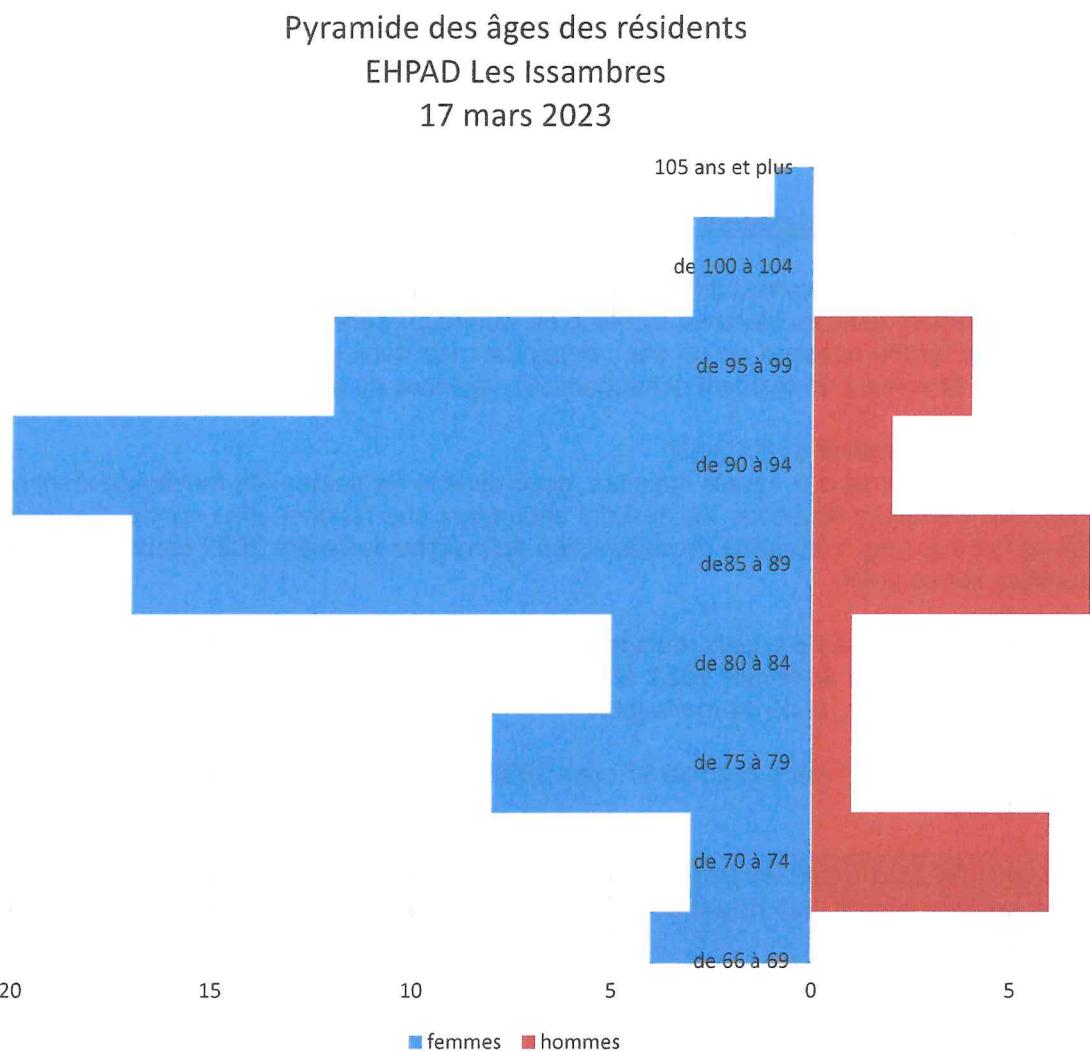
IV. La prise en charge des résidents

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

A. Le profil des personnes accueillies

Sur les 94 résidents accueillis au 17 mars 2023, 76,7 % étaient des femmes.

La moyenne d'âge était de 86 ans et 8 mois. La plus âgée avait 106 ans, le plus jeune 66 ans. 38 résidents (soit 40,4% des résidents) avaient moins de 87 ans.



60 résidents bénéficiaient d'une protection juridique. Aucun résident ne bénéficie d'une habilitation familiale selon la liste transmise. Parmi les dossiers consultés, figurait cependant une habilitation familiale. Le personnel a souligné lors des entretiens que nombre de personnes isolées étaient accueillies dans l'établissement.

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

La demande d'admission est analysée par le MedCo et l'IDEC. Selon la procédure transmise par l'établissement et non personnalisée, le médecin donne son avis à l'examen du dossier. S'il émet un accord

avec réserves, il n'est pas mentionné comment celles-ci sont prises en compte dans la suite de la procédure. La directrice prend ensuite la décision d'admission.

Dans la pratique, le médecin coordonnateur donne son avis lors des demandes d'admission. Elle se déplace parfois à l'hôpital quand le futur résident y est.

Les motifs de refus d'admission sont listés dans le projet d'établissement. Ils sont limités : une pathologie ou des troubles du comportement nécessitant des moyens humains dont l'EHPAD ne dispose pas.

Une visite de pré-admission est alors organisée au sein de l'établissement, et 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. La procédure ne détaille pas les outils et moyens mis en œuvre pour ce faire. Cependant le document portant sur la visite de pré-admission pose qu'il d'agit d'une visite médicale et qu'en l'absence du Medco c'est l'IDEC, la direction ou la psychologue qui la mène.

Le projet d'établissement pose que c'est le jour de l'admission que l'évaluation gérontologique standardisée est réalisée⁹. La première semaine, l'aide-soignant, le professeur APA, le psychologue, l'animateur et un kinésithérapeute évaluent, chacun dans son domaine de compétence, les capacités du résident.

Le recueil du consentement est mentionné dans la procédure 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 sans que l'objectif de cette recherche ne soit précisé.

Le jour de l'admission, une série d'actions est décrite mais la procédure remise à l'équipe d'inspection n'est pas personnalisée : il n'est pas mentionné qui est chargé de quelle action tout au long du processus.

Le projet d'établissement pose qu'un IDE prend les constantes du résident et que l'aide-soignant recueille ses habitudes ; le contrat de séjour est signé et un livret d'accueil lui est remis. La procédure ne mentionne pas qui se charge dans les 3 à 6 mois qui suivent l'admission de définir le projet personnalisé avec qui.

Il est rapporté à la mission d'inspection qu'une évaluation est menée dès l'admission et en particulier celle du risque de chutes, de dénutrition. Puis un projet de vie individualisé est proposé au terme du premier mois. Des observations initiales du médecin coordonnateur qui mentionnent les objectifs principaux de prise en charge sont retrouvées dans les dossiers consultés par la mission d'inspection.

Concernant le recueil des directives anticipées, la psychologue comme la commission de coordination gérontique de mai 2021 soulignent les difficultés de ce recueil. La psychologue envisage de faire venir le réseau de soins palliatifs pour une rencontre dans le cadre du café des familles sur ce thème.

Remarque 9 : La procédure d'admission ne précise pas qui est chargé du projet personnalisé.

C. Le projet personnalisé (3.1.3.3)

Ni le projet d'établissement ni les procédures transmises ne précisent qui est en charge de la construction et du suivi du projet personnalisé.

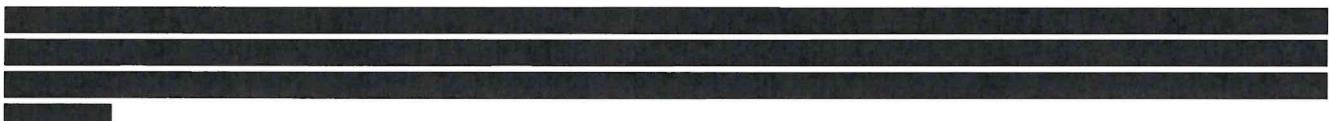
Les entretiens menés établissent que la psychologue rencontre le résident dans les trois mois afin de procéder à un recueil biographique. Elle est chargée de la collecte auprès de l'aide-soignant de l'étage, de l'IDEC, du professeur APA, et de l'animateur des informations sur le résident. Elle transmet ensuite le projet au directeur qui le signe et l'envoie aux familles. Un rendez-vous avec la famille est proposé à l'issue du processus. Le projet personnalisé est revu tous les 6 mois pour les résidents de l'unité protégée, tous les ans pour les autres résidents.

⁹ Projet d'établissement p.17-18.

Le calendrier de réévaluation des projets personnalisés présente 97 résidents : 2 personnes sont en hébergement temporaire, 3 résidents ne veulent pas signer de projet personnalisé. Pour 11 résidents, le projet personnalisé n'a fait l'objet d'aucun retour de la famille. Pour 9 résidents, les projets sont « en cours de signatures familles et/ou résidents » : pour 6 d'entre eux, cette attente dure depuis plus d'un an. Deux projets n'ont pas été réévalués au cours de la dernière année.



Aucune fiche de tâches AS et AES ayant été transmises, la mission n'a pu vérifié que des tâches liées à l'élaboration du projet de vie étaient inscrites dans leur plan de travail.



Les objectifs des projets personnalisés consultés sont généraux : « respecter son rythme de vie » avec comme actions définies « temps de repas/toilette... » ; « lui proposer des animations » avec comme actions « prestataires extérieurs, musique... ».

Afin d'améliorer la participation des familles, la psychologue organise un café des familles tous les trimestres. Elle y invite un acteur de l'EHPAD : un kinésithérapeute, la lingère, le MedCo, l'animateur par exemple.

Remarque 10 : Pour les résidents qui ne veulent pas participer au projet personnalisé, aucune procédure ne permet de s'assurer à tout le moins que les décisions prises le sont avec l'accord du résident.

Ecart n°20 : Les projets personnalisés sont insuffisamment personnalisés car ils définissent des objectifs très généraux et des actions génériques, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et 7° et D.312-155-0 du CASF.

D. La commission de coordination gériatrique (3.1.4.1)

Afin d'assurer une coordination entre professionnels intervenant au sein de l'EHPAD, une commission se tient au moins deux fois par an au sein de l'établissement : l'établissement a transmis les comptes rendus des séances du 25 mai 2021, 23 novembre 2021, 5 avril 2022 et 15 novembre 2022. Elle est animée par le Medco et y participent la directrice, les médecins généralistes, le pharmacien, le psychologue, l'IDEC, les kinésithérapeutes, et le professeur d'APA.

Il n'est pas fait état de l'existence d'une commission chutes même si l'analyse globale de celles-ci est présentée à la commission de coordination gériatrique.

Aucune commission d'analyse des EIG n'est mis en place alors qu'une formation à la déclaration a été organisée pour le personnel soignant.

Un comité de prise en charge médicamenteuse est mis en place. Son rôle n'est pas défini.

La permanence des soins est assurée par 2 équipes qui s'alternent. Chaque équipe est constituée de 2 IDE, 2 AS par étage à l'exception du 5ème et 6ème qui n'ont qu'une AS. L'équipe de nuit comporte 3 AS : 1 en unité de vie protégée et 2 AS reparties sur les autres étages.

Il existe des transmissions orales (en particulier le jour de présence du médecin coordonnateur) et écrites de l'ensemble de l'équipe soignante.

E. L'intervention des médecins traitants (3.1.4.5)

Trois médecins interviennent dans l'établissement : ils prennent en charge de 24 à 38 résidents chacun. 2 d'entre eux sont présent le mardi, un des jours de présence du médecin coordonnateur et le troisième est présent le samedi.

Tous adhèrent à l'organisation de la prise en charge médicale, ils assurent la traçabilité de leurs consultations (mais l'examen médical est peu détaillé) et renouvellent leurs ordonnances tous les mois. *A priori*, et d'après les dossiers étudiés, les résidents sont vus autant que de besoin

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

Ils participent à la commission de coordination gériatriques

4.2 Le respect des droits des personnes

L'enquête de satisfaction du premier semestre 2022 établit que █% des familles sont satisfaits de la prise en compte de leur avis et █% de la communication des informations.

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

Le livret d'accueil mentionne les documents présents à l'accueil et à la disposition des résidents : règlement de fonctionnement, enquêtes de satisfaction, projet d'établissement notamment.

Il n'est fait aucune mention de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie. La mission d'inspection n'a pas relevé qu'elle était affichée au rez-de-chaussée. La charte des droits et des devoirs n'est pas mise à la disposition du résident.

Ecart n°21 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas portée en annexe du livret d'accueil, ni affichée de manière visible et lisible de tous, 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 papiers contiennent une liste des documents. Elle est agrafée en début de dossier et n'est pas systématiquement cochée.

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 aucune liste cochée
- 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 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 n°21 : La pratique du pouvoir général n'est pas encadrée juridiquement. Ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

(Prescription : remplacer la pratique du pouvoir général par la mise en place d'habilitations familiales)

Remarque 11 : La présence de liste de contrôle des pièces non cochée montre que la vérification de la complétude des dossiers et de leur mise à jour régulière n'est pas effectuée.

Remarque 12 : L'état des lieux de sortie dans un dossier a été signé alors que la résidente est toujours présente dans l'établissement.

Remarque 13 : Le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis à l'entrée du résident et/ou à la signature du contrat de séjour.

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

Le livret d'accueil présente les différents interlocuteurs des résidents au sein de l'EHPAD, les fiches de dysfonctionnement et les documents à disposition à l'accueil. Il présente le CVS et la commission Menu. Il n'évoque pas l'existence d'une commission Animation. Il présente les prestations proposées.

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. Contrairement à ce qui est mentionné dans l'article 10 du contrat de séjour, la liste des personnes qualifiées n'était pas affichée à l'entrée de l'établissement le jour de l'inspection.

Remarque 14 : Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine.

D. La participation des familles (3.2.1.1)

Outre le CVS (cf. p.5), un café des familles est organisé tous les trimestres. La psychologue anime ce temps d'échanges : l'objectif est double : que les familles puissent avoir une meilleure connaissance de l'établissement et de ses acteurs et puissent échanger autour de différents thèmes. Le prochain thème portera sur les directives anticipées.

Une faible participation est à déplorer.

Le portail [redacted] également tenu par la psychologue permet de partager avec les familles les évènements et fêtes organisées à la résidence : il y aurait près de 65 familles connectées.

Les familles peuvent partager un repas avec leur proche résident si elles préviennent l'établissement 24h à l'avance. Un salon invité est situé au rez-de-chaussée et permet une certaine intimité.

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

Deux protocoles concernant les contentions ont été transmis à la mission d'inspection. La procédure du groupe intitulée « analyse, alternatives et recommandations » datée de janvier 2018 mais qui n'est pas adaptée à la résidence 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 1^{er} 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 RAMA ne contient aucun élément chiffré sur les contentions ni aucune analyse précise. Elles ne sont pas non plus analysées en commission de coordination gériatrique.

Lors de l'inspection, un nombre élevé de contentions au fauteuil a été noté et le médecin coordonnateur a mentionné qu'une démarche pour en réduire le nombre a été initiée.

F. Le rôle des bénévoles (3.2.1.1)

L'évaluation interne souligne (p.68) que les conventions avec les bénévoles ne sont pas signées. Aucune n'a de fait été transmise à l'inspection.

Selon les entretiens menés, les seuls bénévoles qui interviendraient dans l'établissement sont des bénévoles qui assistent le prêtre pour la messe.

Remarque 15 : Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré.

G. L'identification des résidents (3.2.3.2)

A l'initiative de la psychologue, et avec l'accord de chaque résident, sur la porte de la chambre, est affiché un document sur lequel figure la photo du résident, son numéro de chambre, son nom, prénom et date de naissance, ainsi que des informations que le résident a voulu indiquer : la date d'arrivée dans l'établissement, le lieu de naissance, une profession, une passion, une anecdote. Ce document est le fruit d'un travail biographique entre le résident et la psychologue.

L'identification des piluliers pour la distribution des médicaments ainsi que les tiroirs/casiers des médicaments hors pilulier comportent le nom prénom du résident ainsi que sa photo.

4.3 La vie sociale et relationnelle (3.3.2.1, 3.3.2.2)

L'enquête de satisfaction du premier semestre 2022 fait état d'une demande de plus de sorties à l'extérieur de la résidence. Le projet d'animation inclut dans le projet d'établissement prend en compte cette demande. Plusieurs personnes ont souligné que de nombreux résidents étaient isolés.

Le projet d'établissement présente un projet d'animation complet qui compotent les activités d'animation et de stimulation proprement dites et des ateliers de stimulation en lien avec le professeur d'APA. Il prévoit une animation par demi-journée du lundi au vendredi ; une activité motrice ou physique par demi-journée du lundi au vendredi (sauf le jeudi matin).

L'examen des plannings d'animation et d'activité établit les constats suivants

- Des activités physiques sont proposées par le professeur d'APAP à 11h00 et à 15h du lundi au vendredi ; un samedi par mois en moyenne l'APA propose une activité à 15h et des temps individuels le matin. En ce cas, ce jour est récupéré sur un jour de semaine (ce jour-là, aucune activité n'est proposée)
- Des animations proposées chaque jour à 11h15 et à 15h du lundi au jeudi. Le vendredi après-midi l'animateur propose des animations individuelles dans les étages. Un samedi par mois en moyenne l'animateur propose une activité à 15h et des temps individuels le matin. En ce cas, ce jour est récupéré sur un jour de semaine (ce jour-là, aucune activité n'est proposée)
- Des activités réservées à l'unité protégée : la psychologue est en charge de la coordination des activités et ateliers proposées qui font intervenir des prestataires extérieurs (médiation animale, musicothérapie), la psychologue, l'animateur et la professeur d'APA à raison d'un atelier à 15h30 du lundi au vendredi et 2 ateliers par semaine le matin. Des activités sont animées par deux aides-soignantes le samedi et le dimanche.

Les jours où un des salariés est de repos, aucune activité n'est mise en place.

En dehors d'une présence une fois par mois de l'animateur le samedi, aucune animation ni sortie n'est organisée le week-end.

Remarque 16 : Peu d'animations sont proposées le week-end. En cas de congés des salariés, aucune animation ni activité n'est organisée.

4.4 La vie quotidienne (3.4.0)

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

Toutes les chambres sont équipées d'un lit médicalisé, d'une table de chevet, d'une penderie d'un bureau d'un fauteuil et d'une salle de douche privative. Elles sont équipées de barres d'appui et d'appels malades. Les chambres sont personnalisables mais la réalisation de cette personnalisation n'est pas organisée immédiatement. Selon les entretiens réalisés, cette personnalisation est possible dans un second temps après l'admission et travaillée avec la psychologue.

Aucun document ne précise les prestations afférentes aux différents tarifs de chambres : essentielles, confort, priviléges et jumelées.

B. La restauration (3.4.3.0)

L'établissement propose 4 temps de repas : le petit-déjeuner de 8h00 à 9h30, le déjeuner à 12h30, le goûter à 16h, le dîner à 18h30. La proposition de collation nocturne n'est pas encadrée. Le jeune nocturne est supérieur à 12h.

Les menus varient selon un cycle de 4 à 5 semaines. Un menu de substitution est affiché à l'UVP. Aucun document transmis ne fait état d'une commission restauration. Le compte-rendu de la commission qui s'est tenue le 9 novembre 2022 est affichée au rez-de-chaussée. La commission restauration permet de prendre en compte les envies et goûts des résidents. Il a été rapporté à l'équipe d'inspection une qualité inégale. Le CVS a pu faire état d'une moindre qualité des repas le soir.

C. Les régimes et les textures :

Il a été remis à la mission un tableau de suivi nutritionnel des résidents qui établit que 45 personnes sont dénutries (albumine inférieur à 35 g/l) dont 8 dénutries sévères (albumine inférieure à 30g/l) sur les 96 résidents présents soit 46,9 % des résidents.

Une feuille de traçabilité des régimes et des textures, éditée le 17 mars, a également été transmise. A noter une très grande proportion de mixés (64) et l'absence de texture hachée.

Un autre tableau a été transmis le même jour à la mission d'inspection : il s'agit du tableau des résidents avec régimes et textures qui compte 95 résidents et établit que 60 résidents ont un régime hyper-protéiné soit 67,4% des résidents. Les repas de 53,7% des résidents ont une texture normale, 15,8% une texture haché, 4,2% haché gros et 26,3% sont mixés.

Un tableau récapitulant les textures et les régimes des résidents est affiché par étage et pour chaque repas (midi et soir) en date du 12 décembre 2022 avec la mention manuscrite du 28 février 2023.

Sur les 94 résidents présents le jour de l'inspection, 87 ont été pesés tous les mois sur les 5 derniers mois depuis leur entrée dans l'établissement, 7 résidents ont été pesés la dernière fois en février et 1 en janvier. Les albuminémies sont effectuées régulièrement pour l'ensemble des résidents.

La présentation des assiettes est correcte. Une insatisfaction transparaît dans les enquêtes de satisfaction notamment sur la qualité de la vaisselle.

En cuisine les températures sont tracées pour les armoires et chambres froides. La température est relevée avant que les chariots ne quittent la cuisine. L'équipe d'inspection n'a pu vérifier si elle était relevée avant le service à table (en salle à manger ou dans les étages). Le compte rendu du CVS de mars 2022 mentionne que la température des repas servis dans les étages n'est pas satisfaisante.

L'organisation du petit déjeuner pose problème au personnel comme aux résidents : le personnel soignant doit aller chercher la vaisselle chaque jour au rez-de-chaussée, alors que les petits déjeuners sont servis en chambre. Ce point fait perdre du temps aux soignants qu'ils ne peuvent consacrer à d'autres tâches, notamment consacrer plus de temps aux toilettes et aux douches.

Le manque de vaisselle est un sujet abordé en codir comme en CVS.

Remarque 17 : Les tableaux de suivi transmis à la mission d'inspection en 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 18 : L'organisation des petits déjeuners est chronophage pour le personnel soignant.

D. La toilette :

Les résidents sont en moyenne douchés tous les deux jours. Le personnel soignant assure en moyenne 8 à 9 toilettes le matin ; il arrive qu'une toilette soit assurée l'après-midi.

Selon le document intitulé « déroulement horaire de la journée », les toilettes durent 1h30, de 10h à 11h30. Ce temps inclue le temps de transmission et des soins avec l'IDE. Ainsi le temps consacré aux toilettes serait de 10mn par résident en moyenne.

Remarque 19 : Le temps consacré aux toilettes est insuffisant.

E. La lingerie

L'entretien du linge fait l'objet d'un forfait mensuel qui n'est pas inscrit au contrat de séjour¹⁰. La gestion du linge respecte les recommandations de bonne pratique en la matière (circuit linge propre et circuit linge sale). La gestion est peu satisfaisante pour les familles et les résidents. L'enquête de satisfaction du 1er semestre 2022 établit que █% des familles sont peu satisfaites de l'entretien du linge et █% du délai de récupération du linge.

Ecart n°22 : L'entretien du linge n'est pas compris dans le socle de prestations, ce qui contrevient à l'annexe 2-3-1, paragraphe IV, 2e du CASF.

V Soins

5.1 L'équipe de soin

A. Les soignants :

Le médecin coordonnateur a pris ses fonctions en 2015, il est présent pour un équivalent de 0,5 ETP mais sur 2 journées. Le temps requis pour l'établissement est de à 0,8 ETP soit 4 jours de présence sur site. Son parcours professionnel (a été médecin en █ et ses diplômes (█) sont des atouts pour exercer la fonction du médecin coordonnateur et notamment impulser une prise en charge gériatrique des résidents.

Ecart n°23 : temps médecin coordonnateur insuffisant

La permanence des soins est assurée par 2 équipes qui s'alterneront. Chacune des équipes est constituée de 2 IDE, 2 AS par étage à l'exception du 5ème et 6ème qui n'ont qu'une AS. L'équipe de nuit comporterait 3 AS (1 en unité de vie protégée et 2 AS reparties sur les autres étages).

L'équipe paramédicale est constituée de :

- 3 Kinésithérapeutes libéraux qui organisent leur planning afin d'être présents 5 Jours sur 7 . L'étude des dossiers a retrouvé leur traçabilité des prises en charge dans le dossier informatisé

Présences kinés libéraux			
	C	S	D
lundi	AM	M	AM
mardi			AM
mercredi	AM		AM
jeudi		M	
vendredi	AM	M	AM

- 1 orthophoniste libérale
- 1 pédicure libérale
- 1 art thérapeute libérale

¹⁰ Source : Livret d'accueil p.7.

B. *Intervention d'un médecin traitant du lundi au samedi et présence du médecin coordonnateur 2 jours de la semaine*

Comme il est mentionné précédemment l'équipe médicale est constituée de 3 médecins traitants. 2 d'entre eux sont présent le mardi, un des jours de présence du médecin coordonnateur et le troisième est présent le samedi.

Tous adhèrent selon le médecin coordonnateur à l'organisation de la prise en charge médicale, traçabilité de leurs consultations (mais examen médical peu détaillé) et renouvellent leurs ordonnances tous les mois.

Les kinésithérapeutes sont invités à tracer leurs évaluations tous les trois mois dans [REDACTED].

5.2 La prise en charge sanitaire des résidents

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Le GMP moyen évalué par le médecin coordonnateur était en 2022 à [REDACTED].

L'enquête de satisfaction du premier semestre 2022 montre que les résidents réclament plus de soins d'hygiène (douches et habillement) et de kinésithérapie. Il est également réclamé plus de personnel de nuit.

A. La prise en charge nutritionnelle

Les personnes sont pesées mensuellement et les albuminémies sont effectuées régulièrement pour l'ensemble des résidents

Il a été remis des tableaux avec l'ensemble du suivi nutritionnel de tous les résidents et les prescriptions des textures et des régimes (hyper protéinés). L'analyse du suivi nutritionnel des résidents a permis d'identifier 45 personnes dénutries (albumine inférieur à 35 g/l) dont 8 dénutries sévères (Albumine inférieure à 30g/l) sur le 96 résident présent., ce qui correspond à un taux de 55% de dénutrition.

Il également été remis la feuille de traçabilité des régimes et des textures. A noter une très grande proportion de mixés (64) et l'absence de texture hachée.

Le bilan buccodentaire était réalisé habituellement une fois par an par le médecin dentiste de la CPAM, mais suite à l'épidémie COVID l'évaluation buccodentaire serait faite par l'équipe de soins et l'équipe médicale avec la possibilité de rendez-vous externes chez les dentistes du secteur

Le repérage des troubles de la déglutition et leur évaluation est systématique lors des admissions et lors d'évènements comme la survenue d'AVC.

B. Les soins de peau et le suivi de la douleur

L'analyse des dossiers montre que les affections cutanées et la douleur sont prises en charge. Par contre dans les transmissions ne sont pas noté les évaluations de la douleur mais seulement signalées les constats des douleurs.

C. La prévention des chutes (2.5.3.3)

La prise en charge des symptômes psycho comportementaux repose pour certains résidents sur leur hébergement dans l'unité de vie procède sur la communication verbale et non verbale des soignants. Pour tous les résidents, sont organisés des formations par psychologue, la compréhension des symptômes lors de réunion d'Equipe avec le médecin coordonnateur et la psychologue, des rencontres mensuelles entre l'Equipe soignante et le médecin de l'EMGE. Le médecin coordonnateur a également recours au secteur psychiatrique (CMP) et à des hospitalisations dans le service de psycho-gériatrie du territoire.

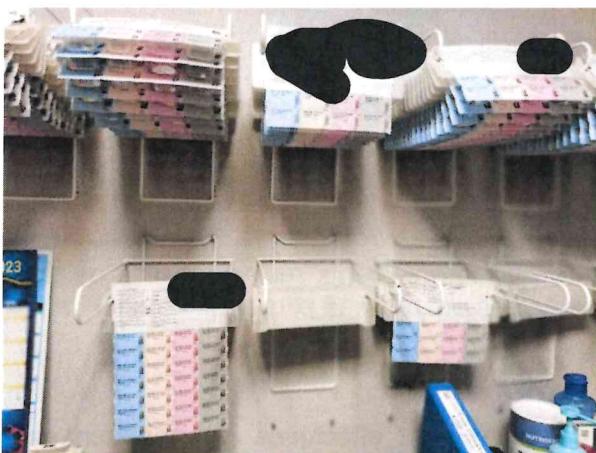
Malgré cette démarche, le nombre de contentions au fauteuil apparaît élevé.

5.3 L'organisation des soins

A. Les locaux de soins

Constats lors de la visite

- Le chariot d'urgence et la dotation d'urgence ou stock tampon sont vérifiés régulièrement
- Mise à disposition des soignants du matériel d'urgence (extracteur obus, appareil pour aspiration, appareil pour aérosols)
- Les piluliers reconditionnés sont à disposition avec un système de fixation murale



- Les médicaments hors piluliers sont rangés dans des tiroirs nominatifs (nom prénom et photo du résident sur chacun d'entre eux).



- Les chariots de soins/médicaments sont entreposés dans la salle de soin. La dispensation se fait avec des plateaux qui contiennent les cupules de médicaments nécessaires à la distribution.



B. L'organisation du travail des équipes soignantes

Il existe une commission de préadmission avec le médecin coordonnateur, l'IDEC, la directrice, la psychologue.

Le médecin coordonnateur donne son avis lors des demandes d'admission. Elle se déplace parfois à l'hôpital quand le futur résident y est.

Il existe une évaluation dès l'admission et en particulier celle du risque de chutes, de dénutrition.

Puis un projet de vie individualisé est proposé au terme du premier mois

Des transmissions orales avec l'ensemble des équipes et écrites de l'ensemble de l'équipe soignante contribuent au suivi de la prise en charge des résidents.

Ces transmissions sont complétée d'un 'point' systématique avec les AS et IDE dans tous les étages lors de ces jours de présence

D'après les dossiers étudiés, les médecins interviennent auprès des résidents autant que de besoin.

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 qui ont à leur disposition des tablettes pour accéder au logiciel [redacted] via des tablettes.

Une observation initiale du médecin coordonnateur mentionnant les objectifs principaux de prise en charge est retrouvée dans les dossiers qui ont été remis.

Il n'a pas été retrouvé en revanche d'informations concernant les vaccinations sur les DLU.

Les dossiers médicaux papiers sont dans une pièce attenante à la salle de soin et dans une armoire.

La prise en charge de l'urgence :

L'établissement a fourni à l'équipe d'inspection les fiches de procédure de l'ARS, une procédure « identification urgence médicale ou chirurgicale » et une procédure « gestion des urgences de nuit ».

La procédure urgence médicale ou chirurgicale ne mentionne pas quels gestes peuvent être accomplis par qui notamment la prise de constantes, mettre en position latérale de sécurité ou asseoir la personne, ce qui peut entraîner un risque de glissement de tâches mettant en danger le résident.

Ecart n°23 : La fiche de procédure d'identification de l'urgence médicale ne précise pas quels gestes peuvent être accomplis par un AES ; une AS, une IDE, alors que la procédure concerne tous les soignants.

Alors que la procédure de gestion des urgences de nuit s'adresse aux AS et AMP de nuit, aucun document ne mentionne la qualification particulière requise

C. Le circuit du médicament

Toutes les prescriptions sont informatisées et renouvelées tous les mois.

Les médicaments sont reconditionnés par la pharmacie dans des cupules le, nom prénom du patient et des résidents et une photo sur l'opercule. Ces cupules sont disposées sur un plateau pour la distribution.



La traçabilité de la prise en temps réelle (tablettes ?) dans les unités situées dans les différents étages n'a pas été observée lors de l'inspection. L'explication des IDE : ils ne pouvaient les utiliser du fait de la panne d'un ascenseur et de la réfection de l'autre et que leur chariot de médicaments est stocké au rez-de-chaussée.

L'établissement dispose d'une liste des médicaments écrasables.

Une mallette sécurisée contient les médicaments dont la prise est déléguée aux aides-soignantes de l'équipe de nuit.

L'établissement s'est inscrit dans la démarche prise en charge médicamenteuse proposée par l'ARS IDF

5.4 Les relations avec l'extérieur

Il existe un partenariat avec

- L'équipe mobile gériatrique externe de la filière gériatrique Bichat/Bretonneau qui est concrétisé par une visite mensuelle du Dr [REDACTED] pour étudier des prises en charge de résidents qui nécessitent une concertation médicale.
- Le réseau de Soins palliatifs Quiétude, le centre médico-psychologique du secteur psychiatrique (le psychiatre se déplace).
- L'HAD rattachée à l'hôpital Bichat.

RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E 1	La facturation à un résident de l'hébergement temporaire ne correspond ni à la définition portée dans le projet d'établissement, ni au cadre posé par l'autorisation conjointe de l'ARS et de la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article D.312-9 du CASF.
E 2	Le temps de travail du MedCo est de 0,5 ETP, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
E 3	L'édition 2021 du règlement de fonctionnement n'a pas fait l'objet d'une consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article L.311-7 du CASF.
E 4	Le projet d'établissement n'a pas fait l'objet d'une consultation du CVS, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E 5	Le projet d'établissement n'explique pas les modalités d'organisation et de mise en œuvre du projet personnalisé, et ne fixe aucun objectif de mise à jour, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E 6	Le plan bleu est général 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).
E 7	Le CVS est une instance de diffusion des informations sans que soit réellement recueilli l'avis de ses membres sur les différents points abordés, ce qui contrevient à l'article L.311-6 du CASF.
E 8	Le bilan des EI et EIG n'est pas présenté au CVS, ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.
E 9	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, des articles D.311-5 et D.311-15 du CASF.
E 10	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.
E 11	Ecart n°11 : Le rapport d'évaluation interne ne permet pas de mettre en lien des constats concrets et les actions d'amélioration mises en avant, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF.
E 12	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.
E 13	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.
E 14	Il n'existe pas de procédure en cas d'EIG touchant la prise en charge médicamenteuse, les situations de violence, les situations entraînant la saisine du Procureur de la République, ce qui contrevient aux articles L.331-8-1 et R.331-8 du CASF.
E 15	Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés aux deux autorités de tutelle, l'ARS et la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L.331-8-1 du CASF.
E 16	L'établissement ne possède pas de procédure de retour d'expérience, ce qui contrevient à l'article R.1413-69 du CSP.
E 17	Il n'est pas formalisé de temps de chevauchement entre les équipes de jour et les équipes de nuit obligeant les équipes à arriver avant leur prise de poste ou à partir après leur fin de poste.
E 18	Le délai de réponse aux appels malade ne garantit pas une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité ni la sécurité du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E 19	La procédure de gestion des DASRI n'a pas été transmise à la mission, ce qui contrevient aux articles R.1335-3 et R.1335-4 du CSP.
E 20	Les projets personnalisés sont insuffisamment personnalisés car ils définissent des objectifs très généraux et des actions génériques, ce qui contrevient aux articles L.311-3 3° et 7° et D.312-155-0 du CASF.
E 21	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas portée en annexe du livret d'accueil, ni affichée de manière visible et lisible de tous, ce qui contrevient à l'article L.311-4 du CASF.
E 22	L'entretien du linge n'est pas compris dans le socle de prestations, ce qui contrevient à l'annexe 2-3-1, paragraphe IV, 2e du CASF
E 23	La fiche de procédure d'identification de l'urgence médicale ne précise pas quels gestes peut être accompli par un AES ; une AS, une IDE, alors que la procédure concerne tous les soignants.

N°	Liste des remarques relevés par la mission
R 1	Le contrat de travail du MedCo n'est pas conforme au temps de présence réelle du MedCo.
R 2	Les COPIL ne se tiennent pas de manière régulière, ce qui peut nuire à un bon échange entre les différents corps de métier.
R 3	Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui et les modalités d'intervention des bénévoles.
R 4	La politique de bientraitance est insuffisamment formalisée.

R 5	Les enquêtes de satisfaction ne différencient pas systématiquement les résidents des familles et ne proposent pas d'analyse des points faibles et des pistes d'amélioration à inclure dans un plan d'amélioration de la qualité.
R 6	Le plan bleu est général 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).
R 7	La protection du salarié du fait de déclaration d'un dysfonctionnement n'est pas mentionnée explicitement dans la charte. Le fait d'apposer son nom et son prénom sur la fiche de dysfonctionnement ne garantit pas cette protection.
R 8	L'établissement ne met pas en place de mesures préventives alimentant le plan d'amélioration de la qualité.
R 9	La procédure d'admission ne précise pas qui est chargé du projet personnalisé.
R 10	Pour les résidents qui ne veulent pas participer au projet personnalisé, aucune procédure ne permet de s'assurer à tout le moins que les décisions prises le sont avec l'accord du résident.
R 11	La présence de liste de contrôle des pièces non cochée montre que la vérification de la complétude des dossiers et de leur mise à jour régulière n'est pas effectuée.
R 12	L'état des lieux de sortie dans un dossier a été signé alors que la résidente est toujours présente dans l'établissement.
R 13	Le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis à l'entrée du résident et/ou à la signature du contrat de séjour.
R 14	Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine.
R 15	Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré.
R 16	Peu d'animations sont proposées le week-end. En cas de congés des salariés, aucune animation ni activité n'est organisée.
R 17	Les tableaux de suivi transmis à la mission d'inspection en 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.
R 18	L'organisation des petits déjeuners est chronophage pour le personnel soignant.
R 19	Le temps consacré aux toilettes est insuffisant.

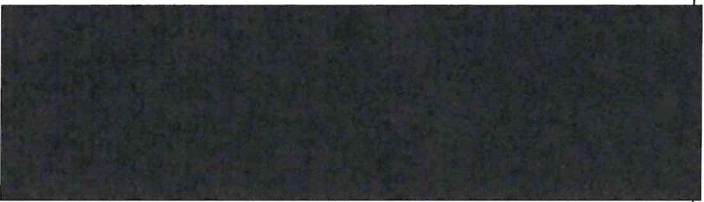
Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD les Issambres, géré par l'association DOMUSVI a été réalisé le 17 mars 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les domaines ayant fait l'objet du contrôle.

Elle a également relevé un certain nombre d'écart et de remarques qui devront faire l'objet d'un plan d'actions afin d'y remédier.

Saint Denis, le 21 décembre 2023

<p>Eric BONGRAND Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France</p> 	<p>Firyel ABDELJAOUAD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris</p> 
---	--

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
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 : 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 : Eric Bongrand

Monsieur Eric BONGRAND, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France

Docteur Martine LE NOC SOUDANI, conseiller médical, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France

Monsieur Mayacine MBAYE, chargé de mission allocation de ressources, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France

Madame Anne SIMONDON, Médecin référent pôle Autonomie Délegation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

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

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

Saint-Denis, le 14 MARS 2023

Messieurs, 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.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Les Issambres (FINESS géographique 750042731) située au 111 Bd Ney - 75018 PARIS, géré par le groupe DOSMUVI, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), 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 Agence régionale de santé Île-de-France :

- Monsieur Eric Bongrand, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection, Direction de l'Autonomie ;
- Monsieur Mayacine Mbaye, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France ;
- Docteur Martine Le Noc Soudani, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France ;
- Docteur Anne Simodon, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Firyel Abdeljaouad chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Cassandra Rochette 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.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **17 mars 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.

La Directrice générale
De l'Agence régionale de santé
D'Île-de-France et, par délégation la Directrice de
l'Autonomie,


Pour la Maire de Paris et par délégation,



Servanne Jourdy
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.

Documents à remettre immédiatement :

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

A remettre à l'issue du jour de l'inspection :

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
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Clé USB	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB	
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2020/2021/2022	Clé USB	
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB	
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	
14	Outils loi 2002 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB	
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	Clé USB	
18	Projet d'établissement	Clé USB	
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021, 2022, 2023 en précisant : date, motifs, décisions prises et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle, retours d'expérience et plans d'actions correctives et préventives mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	
II	Fonctions supports		

23	Liste nominative des personnels CDD en 2021,2022 et janvier à février 2023	Clé USB	
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau Excel et non pdf)	Clé USB	
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB	
26	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Clé USB	
27	Plannings des équipes de soins jour/night et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	
29	Dossiers RH des salariés	Consultation	
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022)	Clé USB	
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	
35	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	
37	Factures 2021 et 2022 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	
III- Prise en charge			
38	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (format EXCEL et non pdf)	Clé USB	
39	Procédure d'admission	Clé USB	
40	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	
41	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	
42	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	
43	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021,2022	Clé USB	
44	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	
45	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	
46	Menus des 3 derniers mois	Clé USB	
47	Les fiches de tâches heurees et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	
48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	

52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021,2022	Clé USB	
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)		
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	
59	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	
60	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	
IV- Relations avec l'extérieur			
61	Dernier Plan bleu	Clé USB	
62	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	
63	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	



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

94-96 quai de la Rapée
75012 Paris Tel : 01 43 47 77 77
Paris.fr