

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Robert Doisneau »
51 Rue René Clair 75 018 PARIS
N° FINESS : 75 004 772 2**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023_00521
Contrôle sur place le 24/05/2023**

Mission conduite par :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

Pour sa composante ARS :

- Madame le Docteur Sylvia NGUYEN-DANG, inspectrice désignée par la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé, responsable du département « Personnes en Difficultés Spécifiques », Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France
- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France.

Accompagnée par

- Monsieur Michaël KASSE, désigné personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission d'inspection	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	10
Animation et fonctionnement des instances	14
Gestion de la qualité	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Fonctions support	17
Gestion des ressources humaines	17
Gestion d'information	20
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	20
Sécurités	22
Prises en charge	23
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	23
Respect des droits des personnes	27
Vie sociale et relationnelle	28
Vie quotidienne. Hébergement	30
Soins	31
Relations avec l'extérieur	40
Coordination avec les autres secteurs	40
Récapitulatif des écarts et des remarques	41
Écarts	41
Remarques	42
Conclusion	43
Glossaire	45
Annexes	46
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	46
Annexe 2 : Liste des documents demandés	48
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection	52

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Doisneau	Capacité hébergement permanent	93 dont une unité pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) de 36 places
Adresse	51 rue René Char	Places habilités aide sociale	56
Arrondissement	75018	Présence d'une UVP	OUI
Gestionnaire	Fondation OVE	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	0

Éléments déclencheurs de la mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, conjointement par 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 les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :

Points forts de l'établissement relevés par la mission

GOUVERNANCE

1. Management et Stratégie

- Le recrutement d'un médecin gériatre expérimenté sur le poste de médecin coordonnateur
- Une unité PHV très investie par la direction.

FONCTIONS SUPPORT

1. Gestion des ressources humaines

- Une équipe de salariés fixes soudée.

2. Bâtiments, espace extérieurs et équipement

- Des locaux agréables, spacieux et bien entretenus.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 19 écarts et 19 remarques. Les principaux sont :

Ecart :

- Un taux d'occupation des places de l'EHPAD « classique » très insuffisant (70 %) du fait de la sous-occupation des places non habilitées à l'aide sociale (57 %)
- Le temps de coordination du médecin coordonnateur est inférieur à celui prévu par le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022.
- Il est constaté un manque de traçabilité, dans NetSoins, de l'administration et la prise effective des traitements
- La mission constate une absence de culture de la déclaration des EIG et une absence de document à vocation opérationnelle à destination des personnels.
- L'établissement n'a pas pris de mesure pour assurer la continuité de l'encadrement des équipes soignantes dans un contexte de fort recours à l'intérim.
- Le chariot d'urgence n'était pas sécurisé, que son contenu ne fait pas l'objet de vérifications périodiques et que sa localisation n'était pas connue par le personnel présent.

Remarque :

- De nombreux postes de soignants sont vacants et occupés par des intérimaires.
- La politique de bientraitance de l'EHPAD n'est pas suffisamment formalisée.
- Les RAMA transmis ne proposent que des données brutes et ne permettent d'analyser la prise en charge dans l'établissement.
- Le plan d'amélioration continue de la qualité n'est pas actualisé.

Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée au gestionnaire. 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. Ce programme s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

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.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 24 mai 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

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

GOVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Coordination avec les autres secteurs.

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 51 Rue René Clair 75 018 PARIS, l'EHPAD « Robert Doisneau » est géré par la Fondation OVE reconnue d'utilité publique située 19 rue Marius Grosso, 69 120 Vaulx-en-Velin.

Ouvert le 23 décembre 2013, l'EHPAD « Robert Doisneau » dispose de 93 places d'hébergement permanent dont 36 places dédiées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (PHV).

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale à hauteur de 56 places (36 places de PHV et 20 places d'EHPAD « classique »).

Les derniers GMP et PMP validés en date du 14/06/2017 s'élèvent respectivement à [REDACTED] et à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Pour l'exercice 2022 :

- La dotation soins s'élevait à 1 715 647,34 €
- Les tarifs journaliers hébergement pour les places habilitées à l'aide sociale de l'EHPAD « classique » sont fixés :
 - o Pour les personnes de plus de 60 ans (chambre simple) à 82,76 €
 - o Pour les personnes de plus de 60 ans (chambre double) à 70,34 €
 - o Pour les personnes de moins de 60 ans (chambre simple) à 101,59 €
 - o Pour les personnes de moins de 60 ans (chambre double) à 89,17 €
- Le forfait global dépendance autorisé est fixé à 398 188,00 €

Pour l'unité PHV, le tarif journalier hébergement est fixé à 215,71 €

Un CPOM a été signé et couvre la période 2019-2023.

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.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD « Robert DOISNEAU »		
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation OVE		
Numéro FINESS géographique	75 004 772 2		
Numéro FINESS juridique	69 079 343 5		
Statut juridique	EHPAD privé à but non lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Sans PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ²
	HP	93	93
	HT	0	0
	PASA		
	UHR		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	56 places habilitées à l'aide sociale.		

	Année 2017
PMP Validé	
GMP Validé	

² Au jour du contrôle sur place

Constats

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

Consignes de lecture :

Écart : toute non-conformité à une référence juridique.

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

L'EHPAD « Robert Doisneau » a été créé par arrêté conjoint du Préfet de Paris et du Maire de Paris en date du 23 février 2010. L'autorisation était alors accordée à la Fondation Hospitalière Sainte Marie pour une capacité de :

- 106 places d'hébergement permanent
- 4 places d'hébergement temporaire
- 15 places d'accueil de jour

Une cession d'autorisation au profit de l'association « OVE Plénior » à compter du 1^{er} janvier 2017 a été approuvée par arrêté conjoint du Directeur Général de l'Agence régionale de Santé Île-de-France et de la Maire de Paris en date du 09 février 2017 pour une capacité inchangée.

Par arrêté conjoint du Directeur général de l'ARS Île- de-France et de la Maire de Paris en date du 1^{er} octobre 2018, la capacité de l'EHPAD a été réduite à 93 places dont :

- 57 places d'EHPAD « classique » dont 20 places habilitées à l'aide sociale
- 36 places dédiées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (PHV), toutes habilitées à l'aide sociale

Le jour de l'inspection, étaient présents :

- 40 résidents de l'EHPAD « classique » soit un taux d'occupation de 70 % (57 % pour les places non habilitées à l'aide sociale et 95 % pour les places habilitées à l'aide sociale)
- 36 résidents de l'unité PHV (taux d'occupation de 100 %)

La répartition par GIR des résidents de l'EHPAD « classique » est la suivante :

Ecart 1 : Le taux d'occupation pour les places d'EHPAD « classique » (70 %) est nettement inférieur aux objectifs du CPOM (95 %)
Référence : CPOM 2019-2023

Management et Stratégie

1. La gouvernance :

La directrice de l'EHPAD « Robert Doisneau » exerce ses fonctions depuis [REDACTED] à temps plein. Son attestation de diplôme de directrice [REDACTED] a été transmise. Elle exerçait auparavant les fonctions de chef de service soins [REDACTED] au sein de l'établissement. L'avenant de son contrat la nommant directrice de l'EHPAD n'a pas été transmis, seul a été transmis l'avenant de son contrat pris dans le cadre de sa prise de fonction de directrice adjointe du 28 mars 2022 au 22 mai 2022.

[REDACTED]
Il a été indiqué qu'en son absence, le relais est pris par le directeur régional de la Fondation. Celui-ci est présent sur site 3-4 jours par semaine.

Remarque 1 : Il n'a pas été transmis à la mission l'avenant au contrat de la directrice au moment de la prise de ses fonctions.

Par ailleurs, un document unique de délégation sous forme de tableau a été transmis à l'équipe d'inspection. Il présente pour chaque mission le niveau de subdélégation accordé à la direction générale (Directeur général, directeur général adjoint...) et aux directions locales (Directeur d'établissement, directeur adjoint ou responsable de service).

Ecart 2 : Il n'a pas été transmis de document unique de délégation signé par la directrice de l'établissement présentant pour chaque mission, le niveau de délégation la concernant.

Référence : Article D312-176-5 du CASF

Le médecin coordonnateur est présent dans l'établissement depuis [REDACTED] à 0,5 ETP. Son diplôme et son attestation de diplôme d'études [REDACTED] ont été transmis.

Son contrat précise qu'elle est affectée à l'EHPAD « classique ».

La mission note que celui-ci indique qu'elle est recrutée en tant que « médecin généraliste » et non en tant que médecin coordonnateur. Par ailleurs, même si une fiche de poste de médecin coordonnateur a été transmise, celle-ci ne fait pas explicitement référence aux missions du médecin coordonnateur telles que prévues par l'article D312-158 du CASF.

De plus, le compte-rendu du CODIR du 23/09/2022 indique [REDACTED] à 0,3 ETP en tant que médecin coordonnateur et à 0,2 ETP en tant que médecin prescripteur.

Son temps de coordination est donc inférieur à celui prévu par le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022.

Ecart 3 : Le contrat du médecin coordonnateur ne précise pas que celui-ci a été recruté en tant que tel et sa fiche de poste ne fait pas explicitement référence aux 14 missions du médecin coordonnateur telles que prévues par l'article D312-158 du CASF.

Ecart 4 : Le temps de coordination du médecin coordonnateur est inférieur à celui prévu par le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 (0,4 ETP pour 53 places).

Un médecin psychiatre est affecté au suivi des résidents de l'unité PHV. Son contrat et son diplôme ont été transmis.

Le poste de « chef de service soins » est occupé par un cadre de santé. Son contrat date [REDACTED]

Son diplôme d'infirmier et son diplôme d'université [REDACTED] ont été transmis.

Il n'est affecté qu'à l'EHPAD « classique ».

Il n'a pas été fourni d'attestation de formation de cadre.

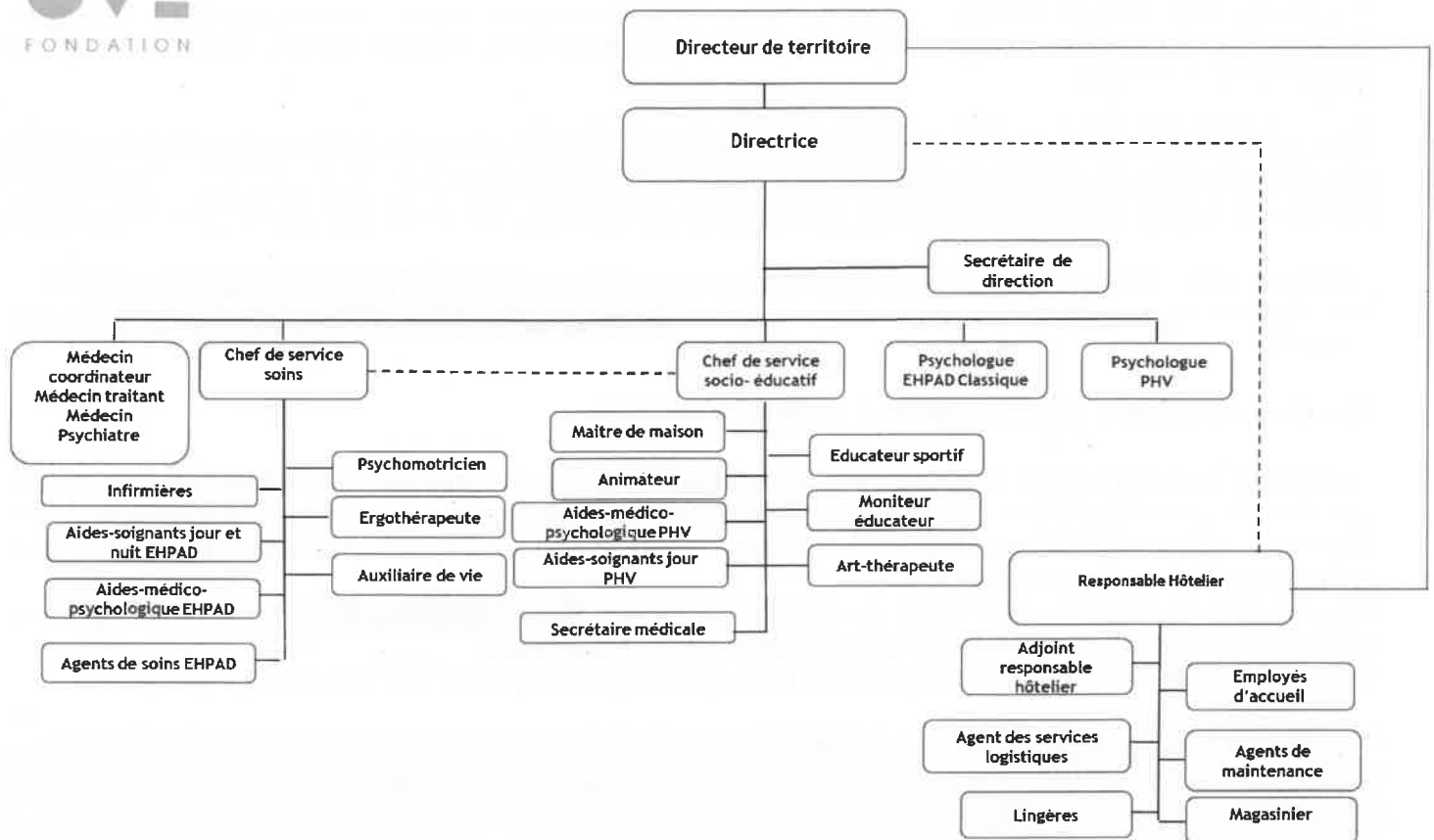
Remarque 2 : La direction de l'établissement n'a pas fourni d'attestation de formation de cadre du chef de service soins.

Par ailleurs, sa fiche de poste n'a pas été transmise.

Remarque 3 : La fiche de poste du « chef de service soins » n'a pas été transmise.

Par ailleurs, une cheffe de service socio-éducatif est responsable de l'unité PHV.

La direction a transmis l'organigramme suivant de la structure. Il permet de voir précisément les liens hiérarchiques entre les différents salariés.



La mission ne l'a pas vu affiché dans l'établissement

Il fait également apparaître que la partie « hébergement » (accueil, hôtellerie, maintenance, logistique) est sous l'autorité d'un responsable hôtelier placé sous la responsabilité du directeur de territoire, responsable de l'ensemble des structures présentes au sein du bâtiment (FAM, MAS, CAJ...).

Un tableau d'astreintes administratives a été transmis.

Celles-ci sont assurées par pôle, le pôle PA/PJ et le pôle PH. Concernant le pôle PA/PJ, il est prévu que les astreintes soient assurées pour une semaine et à tour de rôle par la directrice de l'EHPAD, la cheffe de service PHV, la responsable hôtelière et la cadre de santé de l'IME.

En l'absence de la directrice de l'EHPAD, son astreinte est assurée par une des trois autres collègues.

La mission constate par ailleurs, que la direction n'a pas transmis de procédure d'astreinte.

Remarque 4 : Aucune procédure d'astreinte n'a été transmise.

2. Les outils de pilotage :

Le projet d'établissement :

La direction a transmis un projet d'établissement couvrant la période 2020-2024.

Il comporte entre autres un volet animation, un projet de soins individualisé, un projet pour l'unité de vie protégée, pour l'unité PHV, une présentation des partenaires (EMGE, intervenants libéraux, filière gériatrique...), une présentation de l'établissement.

Il propose également un plan d'action 2020-2024 visant à renforcer l'ancrage territorial de l'EHPAD, consolider le parcours de vie du résident, l'amélioration de la qualité des prestations et la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le règlement de fonctionnement :

La direction a transmis le règlement de fonctionnement du centre Robert Doisneau commun à l'ensemble des structures s'y trouvant. Il n'a donc pas été communiqué de règlement de fonctionnement spécifique à l'EHPAD.

Certaines dispositions ne sont clairement pas adaptées à l'EHPAD comme les conditions de rupture de prise en charge pour lesquelles seule est mentionnée une rupture de contrat sur décision de la CDAPH.

Ecart 5 : Il n'a pas été transmis de règlement de fonctionnement spécifique à l'EHPAD.
Référence : Article L311-7 du CASF

Le plan bleu :

L'établissement a fourni un plan accompagné de douze fiches concernant des risques spécifiques (canicule, inondation, etc...). Ce plan prend bien en compte les risques de canicule, de risque infectieux, ainsi que les ruptures de flux (électricité, eau potable, gaz) et un plan de continuité d'activité (PCA). Cependant, il ne comporte pas de :

- procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement
- procédure de rappel du personnel
- procédure de gestion des décès massifs
- procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu.

Ecart 6 : Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas de procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, de rappel du personnel, de gestion des décès massifs, de retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu conformément à la circulaire 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).

Réunions institutionnelles EHPAD :

Des CODIR se tiennent en présence de la directrice, de l'assistante de direction de la cheffe de service responsable de l'unité PHV, les psychologues de l'EHPAD « classique » et de l'unité PHV, le médecin coordonnateur et le médecin psychiatre de l'unité PHV,

Les comptes rendus transmis montrent que le rythme des CODIR n'est pas régulier.

Les thèmes abordés sont entre autres les admissions, les animations, les RH, les projets de vie.

Animation et fonctionnement des instances

Le conseil de la vie sociale (CVS) :

Il est indiqué dans un compte rendu de CVS du 05/04/2021 la décision de fusionner le CVS de l'EHPAD « classique » et celui de l'unité PHV.

Le CVS d'après le document transmis est composé de :

- 2 représentants des personnes accueillies (1 EHPAD et 1 PHV) et 2 suppléants (2 PHV)
- 3 représentants des familles (2 EHPAD et 1 PHV) et 1 suppléant (EHPAD)
- 2 représentants des salariés (1 EHPAD et 1 PHV)

Il n'est pas indiqué le nom du président du CVS ni le nom des représentants de l'organisme gestionnaire.

La mission constate par ailleurs, d'après les comptes rendus de CVS transmis, que s'il s'est réuni 3 fois en 2021, il ne s'est réuni que 2 fois en 2022 et aucune fois en 2023, ce qui contrevient à la réglementation.

Ecart 7 : Le CVS ne se réunit pas au moins de 3 fois par an, ce qui contrevient à l'article D311-16 du CASF

La mission n'a pas vu le règlement de fonctionnement du CVS affiché.

Par ailleurs, si les événements indésirables (EI) 2021 ont été mis à l'ordre du jour du CVS de juillet 2021 avec présentation de mesure correctrice pour un EIG, aucun compte-rendu de CVS en 2022 ne fait mention d'une présentation des EI 2022.

Ecart 8 : Les EI et dysfonctionnements ne font pas l'objet d'une présentation systématique au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

L'établissement a procédé à une évaluation externe en 2017 et à une évaluation interne en 2020. Celles-ci ont été transmises aux autorités de contrôle.

La direction a également transmis un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Celui-ci est incomplet.

Pour les 39 actions programmées (pour la période 2020-2023), aucune date de réalisation n'est indiquée et les moyens mobilisés à la réalisation de l'action ne sont que très rarement précisés.

Remarque 5 : Le plan d'amélioration continue de la qualité n'est pas actualisé.

La promotion de la bientraitance :

Le livret d'accueil du résident propose un chapitre relatif à la promotion de la bientraitance.

Il indique que l'EHPAD « à l'appui des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de l'ANESM est engagé dans une démarche de bientraitance », que « lorsque les professionnels de l'établissement ou du service ont connaissance ou suspectent des situations de violence ou de maltraitance, ils doivent la déclarer aux autorités de contrôle ou au Procureur de la République. »

Il précise le numéro d'appel pour les victimes de maltraitance (3977) et indique comment solliciter une personne qualifiée.

Ce numéro d'appel et la liste des personnes qualifiées sont affichés dans le porte document à l'accueil.

La mission note que le paragraphe concernant la promotion de la bientraitance inclus dans ce livre d'accueil des résidents de l'EHPAD n'est pas spécifique à l'EHPAD et mentionne l'ensemble des publics accueillis au sein du centre Doisneau (enfants, adultes handicapés, personnes âgées).

Il n'existe par ailleurs pas de procédure spécifique à la gestion des situations de maltraitance ou de violence. Celles-ci sont mentionnées comme EIG à déclarer (cf. plaquette).

Remarque 6 : Il n'existe pas de procédure spécifique à la gestion des situations de maltraitance ou de violence.

L'évaluation externe recommandait la mise en place d'une démarche bientraitance au regard des recommandations en vigueur, de clarifier la procédure et la communication autour de la maltraitance, de mettre en place une instance de réflexion éthique et de proposer des actions de sensibilisation et d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques auprès des professionnels.

La mission constate que si une instance de réflexion éthique a été mise en place, celle-ci se situe au niveau du siège (comité d'éthique bientraitance) et n'a pas été déclinée au sein de l'EHPAD.

Il est cependant prévu, selon les documents transmis, que soit organisé au sein de chaque structure de la Fondation un comité bientraitance et que soit nommé dans chaque structure un binôme « d'animateurs bientraitance »

Par ailleurs, la mission note que la bientraitance est insuffisamment ciblée dans les plans de formations de l'établissement.

Remarque 7 : La politique de bientraitance de l'EHPAD n'est pas suffisamment formalisée.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

1. Les réclamations :

La direction a transmis une extraction des réclamations enregistrées sur le logiciel [REDACTED]

Seules 2 réclamations sont recensées (2 réclamations de janvier 2023).

La mission constate qu'aucune description de la réclamation, de la réponse au requérant, et des suites données n'est présentée, ne permettant pas une analyse de celles-ci et d'alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité.

Remarque 8 : Les réclamations ne font pas l'objet d'un suivi formalisé permettant l'analyse de celles-ci et d'alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité.

2. La gestion des événements indésirables (EI) et événements indésirables graves (EIG) :

La mission constate qu'aucun EIG n'a été déclaré aux autorités de contrôle ces 5 dernières années.

Les professionnels peuvent déclarer un événement indésirable sur le portail intranet de la Fondation (source : plaquette de présentation des EI).

Les documents transmis concernant le signalement et traitement des EI/EIG sont communs pour l'ensemble des structures du centre et aucun ne constitue un « vade-mecum » à vocation opérationnelle et incitative à destination du personnel.

Si la plaquette de présentation des EI donne des exemples précis de dysfonctionnements entrant dans les 11 catégories d'EIG à déclarer aux autorités, ce qui favorise la déclaration, elle ne mentionne pas la protection due aux salariés déclarant de bonne foi un EI (Article L313-24 CASF).

Par ailleurs, le livret d'accueil du salarié ne fait pas mention d'une procédure de déclaration d'EI/EIG.

En outre, la procédure de déclaration des EI ne distingue pas les plaintes/réclamations des événements indésirables.

En effet, la déclaration d'événements indésirables relève du personnel de l'établissement et non des usagers ou des familles contrairement à ce qui est indiqué (cf la définition du mot « déclarant »).

Ecart 9 : La mission constate une absence de culture de la déclaration des EIG et une absence de document à vocation opérationnelle à destination des personnels.

Référence : Article L331-8-1 du CASF

3. Les enquêtes de satisfaction :

La direction a transmis les enquêtes de satisfaction 2021 à destination des résidents de l'EHPAD et de la PHV et des familles.

Concernant les familles, ont répondu à l'enquête :

- [REDACTED] familles de résidents de l'EHPAD « classique »
- [REDACTED] famille de résidents de l'unité PHV

Concernant les résidents, [REDACTED] ont répondu, soit 33 % de la capacité totale de l'EHPAD

Les principales difficultés pointées par ces enquêtes sont un turn-over important du personnel soignant et la qualité des repas.

S'il est indiqué comme action d'amélioration, un changement de prestataire pour les repas (confirmé par un compte-rendu de CODIR d'octobre 2022), aucune action n'est mentionnée pour remédier au turn-over important des équipes soignantes.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

1. Situation générale des effectifs :

L'EHPAD « classique » dispose, d'après le tableau des salariés transmis, du personnel suivant (hors direction et personnels administratifs) :

- 1 médecin coordonnateur présent à 0,5 ETP
- 1 médecin prescripteur
- 1 chef de service soins
- 1 psychologue
- 2 IDE
- 12 AS dont 6 de nuit
- 3 AES/AMP dont 2 AMP/AES de nuit
- 10 agents de service

L'organigramme mentionne des agents de soins rattachés à l'EHPAD « classique » sans que la mission ait pu identifier quelles qualifications ils détenaient et quelles tâches leur étaient attribuées : aucune fiche de poste ou fiche de tâche les concernant n'ont été transmises à la mission. Il en est de même pour les postes d'auxiliaires de vie.

Un 3^{ème} poste d'IDE est vacant et occupé par des intérimaires.

Concernant les postes d'AS, 4 sont dédiées à l'UVP 5 sont prévues pour le reste de l'EHPAD.

- A l'UVP, 1 poste est vacant et occupé par du personnel intérimaire.
- Pour le reste de l'EHPAD, 3 postes sont vacants et occupés par des intérimaires.

Remarque 9 : De nombreux postes de soignants sont vacants et occupés par des intérimaires.

Le tableau des salariés de l'unité PHV indique le personnel suivant :

- 1 médecin psychiatre
- 1 psychologue
- 1 chef de service éducatif responsable de l'unité
- 4 AS
- 1 AES et 5 AMP
- 2 maitresses de maison
- 3 moniteurs éducateurs
- 1 art-thérapeute
- 1 psychomotricien
- 1 auxiliaire de vie

Il n'est pas fait mention du poste d'IDE pourvu mentionné dans les plannings. Ceux-ci indiquent par ailleurs que deux postes d'IDE sont vacants.

Climat social :

La mission d'inspection a pu constater un climat nettement plus serein à l'unité PHV compte tenu d'une équipe stabilisée avec un pool de vacataires régulier par rapport à l'EHPAD « classique ». Elle a également pu observer une forte solidarité entre le personnel fixe de l'EHPAD « classique ».

Formation :

La direction a transmis les plans de formations réalisés 2021, 2022 et prévisionnel 2023.

Pour 2021 les principales formations prévues étaient les suivantes :

- Mettre en place un atelier cuisine éducatif (● personnes)
- Gestes et postures - manutention de personnes à mobilité réduite (● personnes)
- Les produits psychoactifs : usages, mésusages (● personnes)
- Equipier de première intervention (formation incendie) (● personnes)

Pour 2022, les principales formations prévues étaient les suivantes :

- Gestes et postures adaptés à l'acte de toilette au lit (● personne)
- L'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap (● personnes)
- Maintien des acquis en évacuation et incendie (● personnes)
- Savoir être en EHPAD (● personnes)
- Etre référent handicap relais (● personne)
- Analyse des pratiques professionnelles (la mission n'a pas connaissance du nombre de salariés concernés)

Pour 2023, les principales formations prévues sont les suivantes :

- Analyse des pratiques professionnelles (● personnes)
- AFGSU niveau 1 (● personnes)
- AFGSU niveau 2 (● personnes)
- Améliorer de l'accompagnement des questions liées à l'intimité, à la vie affective et à la sexualité chez les personnes en situation de handicap vivant en institution (● personnes)
- Accompagnement des différents troubles géro-psycho-psychiatriques (● personnes)
- Comprendre les modes d'expression des troubles psychiques (● personnes)

La mission constate que peu de formations sont proposées concernant la prise en charge de la personne âgée (dénutrition, prévention des chutes, fin de vie, douleur ...) et que les formations proposées sont plutôt orientées sur des problématiques liées au handicap.

Remarque 10 : Peu de formations concernant la prise en charge de la personne âgée sont proposées aux salariés.

Par ailleurs, la mission constate que des soignants sont accompagnés dans le cadre de formation diplômante. Ainsi ● salariés ont suivi une formation pour obtenir le diplôme d'AES et ● salarié a suivi une formation pour obtenir le diplôme d'AS.

Les dossiers du personnel :

La mission a consulté un échantillon de dossiers du personnel.

Elle constate qu'aucun dossier ne comportait les comptes rendus d'entretiens professionnels et que pour certains le diplôme du soignant était absent.

Par ailleurs, les fiches de poste n'étaient pas présentes dans tous les dossiers.

Remarque 11 : Il manque des documents clés dans des dossiers du personnel.

Accueil du nouveau salarié :

La direction a transmis le livret d'accueil du nouveau salarié. Celui-ci est commun à l'ensemble des salariés de la Fondation.

Il propose une présentation de la fondation, apporte des informations pratiques concernant entre autres la rémunération, la formation, l'entretien professionnel, la médecine du travail.

Le règlement intérieur disciplinaire est également inclus dans ce livret d'accueil.

Par ailleurs, si une procédure d'accueil du nouveau salarié indique un accompagnement sur plusieurs semaines par un parrain ou une marraine, celui-ci ne semble pas mis en place réellement d'après les entretiens menés.

Gestion d'information

Les dossiers administratifs des résidents

La mission a consulté un échantillon de dossiers administratifs de résidents. Ceux-ci sont bien tenus.

Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA)

Le RAMA 2022 et un RAMA partiel de janvier à mai 2023 ont été transmis. Le document ne propose que des données brutes sans aucune analyse.

Remarque 12 : Les RAMA transmis ne proposent que des données brutes et ne permettent d'analyser la prise en charge dans l'établissement.

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

L'EHPAD se situe au sein du Centre Doisneau regroupant également plusieurs structures pour personnes en situation de handicap (FAM, MAS, IME, SESSAD, CAJM).

Chaque structure est accessible par un ascenseur dédié



L'EHPAD « classique » se situe au 1^{er} et 2^{ème} étage et l'unité PHV se situe au 3^{ème} étage.

L'UVP de 12 places et 4 places d'EHPAD « classique » se situe au même étage que l'IME (1^{er} étage) mais aucun accès ne permet le passage d'une structure à l'autre.

Les autres places de l'EHPAD « classique » (37 chambres individuelles et 2 doubles) se situent au 2^{ème} étage.

Le 3^{ème} étage est quant à lui dédié à la section PHV. Celle-ci est composée de 3 unités de 12 places chacune et d'un poste de soins.

Par ailleurs se trouvent :

- Au deuxième sous-sol : Un parking, des réserves
- Au premier sous-sol : Les vestiaires du personnel, les cuisines, la lingerie, la salle de repos, des ateliers techniques, le local DASRI
- Au rez-de-chaussée : Un grand hall d'accueil, le local de la radio Vivre FM, une médiathèque, une salle d'activité, une salle kiné, une salle d'ergothérapie, le self du personnel...
- Au 1^{er} étage côté UVP : Le bureau de la directrice de l'EHPAD, de l'IDEC, des thérapeutes, des psychologues, le restaurant de l'EHPAD, un salon d'activités, un espace repas avec un office, l'espace bien être et un poste de soins
- Au 2^{ème} étage : Un poste de soins, un salon d'activités et un espace repas avec office

Les locaux sont agréables, propres et bien entretenus.

Par ailleurs, les lieux de vie privatifs et collectifs disposent d'un système de climatisation.

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

Des agents techniques sont chargés des réparations et petits travaux quotidiens.

Sécurités

L'établissement est équipé d'un système de vidéosurveillance.

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

Les appels malades

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

L'appel se reporte sur les DECT.

La mission d'inspection a testé les appels malades de quelques chambres. Il n'a pas été constaté de dysfonctionnements majeurs.

Le relevé des appels malades transmis pour les mois d'août 2022, d'avril et mai 2023 et pour la journée de l'inspection ne sont pas facilement exploitables et ne permettent pas de d'identifier précisément des dysfonctionnements.

Remarque 13 : Les relevés d'appels malades transmis sont difficilement exploitables et ne permettent pas d'identifier précisément des dysfonctionnements.

Le local DASRI

Le local est signalé et fermé au sous-sol.

Prises en charge

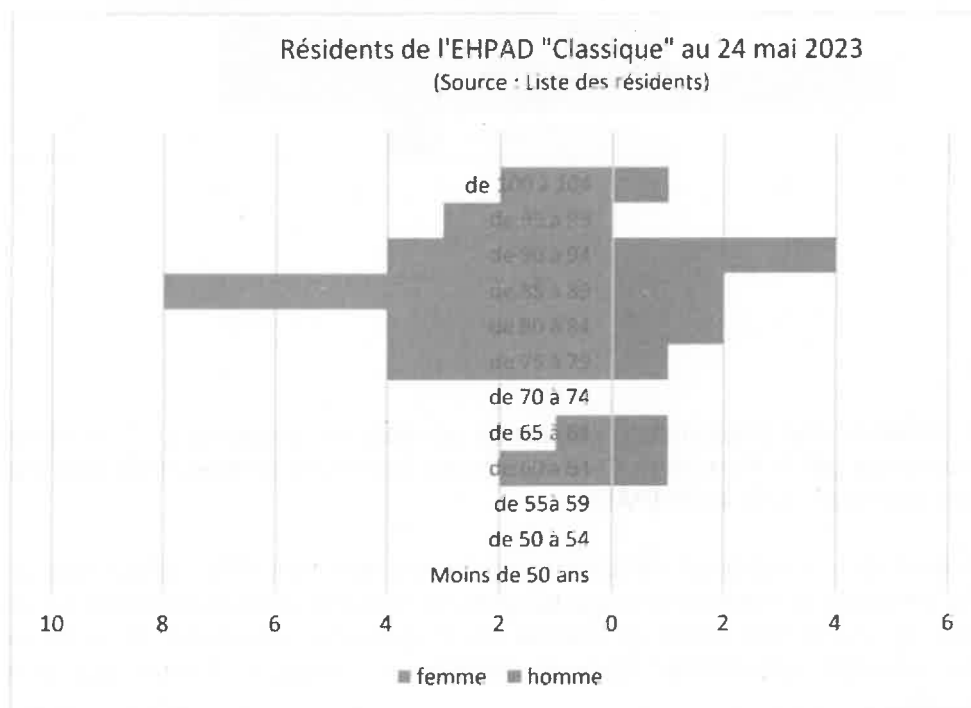
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

1. Profil des résidents :

Au 24 mai 2023, l'EHPAD accueillait 40 résidents au sein de l'EHPAD classique et 36 au sein de l'unité PHV. Parmi les 40 résidents en EHPAD « classique » 8 sont accueillis au sein de l'UVP.

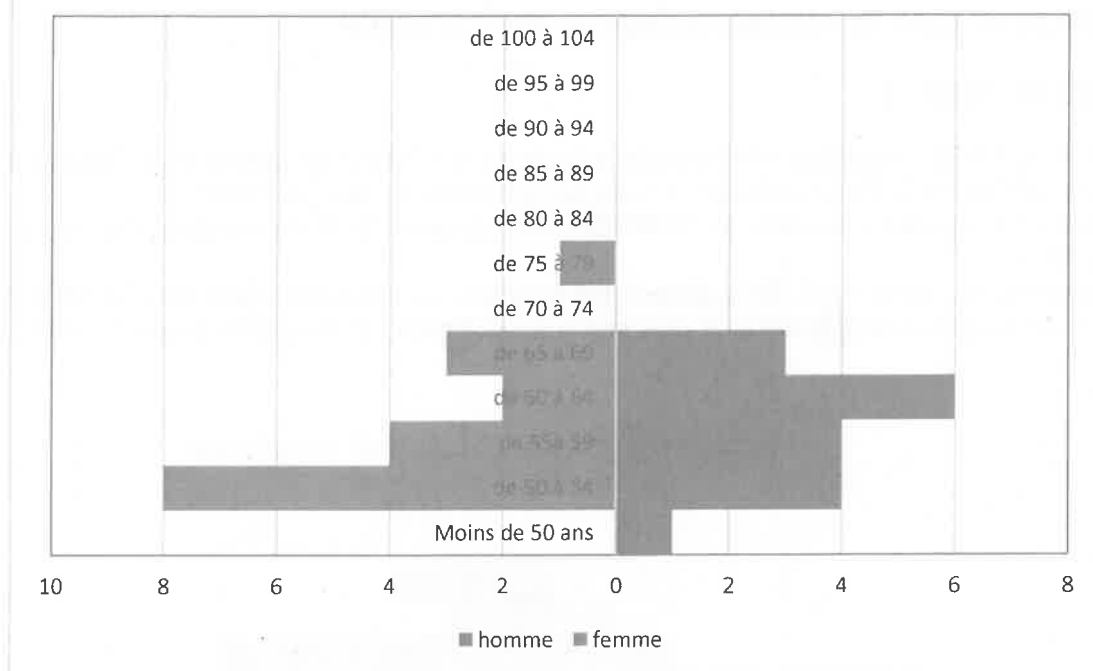
Sur les 40 résidents accueillis au sein de l'EHPAD « classique », 70 % étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 85 ans.

Sur les 36 résidents de l'unité PHV, 50% étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 58 ans et 4 mois. La résidente la plus âgée avait 88 ans et le plus jeune avait 51 ans. 20 résidents avaient moins de 58 ans.



Résidents de l'unité PHV au 24 mai 2023

(Source : Liste des résidents)



2. Admission

L'établissement a transmis une procédure d'admission en date de septembre 2019 intitulée « Accueil et admission d'une personne par la Fondation OVE ». Elle est commune à l'ensemble des établissements de la Fondation et donc pas spécifique à l'EHPAD.

Cette procédure prévoit que le médecin de la structure donne son avis. Elle indique que le directeur ou le responsable du site présente au résident et à ses proches le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Si le consentement de la personne accueillie apparaît déterminant dans la décision d'admission, il n'est pas précisé par qui et comment il est recueilli.

Le médecin coordinateur réalise une visite de pré-admission lorsque la personne vient du domicile, est orientée par sa famille et/ou adressée par son médecin traitant, mais pas obligatoirement lorsque la personne est hospitalisée. La personne est reçue par le médecin coordonnateur et un autre membre de l'équipe (psychologue ou IDEC).

Les entrées/admissions à l'EHPAD sont programmées les jours de présence du médecin coordonnateur qui souhaite réaliser la consultation et l'examen clinique d'entrée, le jour même dans la mesure du possible.

Les différents risques sont évalués : risque d'escarres avec l'échelle de Braden, risque de chute, de troubles de la déglutition.

Les éléments recueillis sont reportés dans le volet « soins » du dossier informatisé du résident.

L'avis du médecin psychiatre de l'établissement est sollicité lorsqu'il s'agit d'une admission à l'unité PHV. Les critères de refus portent essentiellement sur :

- Une addiction associée (tabagisme compris) en raison de la charge supplémentaire en soins et des risques (notamment d'incendie si tabagisme)
- Une pathologie non stabilisée ou « trop lourde » au regard de l'équipe présente.

Une fois l'admission prononcée, la procédure prévoit qu'un professionnel référent soit nommé « pour les premières semaines ». Une personne résidente peut également parrainer le nouveau résident, s'il le

souhaite. Le nouveau résident est invité à compléter le dossier administratif mais aussi le formulaire de désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.

3. Projet personnalisé

L'établissement a transmis une trame générale de projet personnalisé mais pas de procédure d'élaboration.

La réalisation et l'actualisation du projet personnalisé sont coordonnées par les psychologues de l'EHPAD qui ont pris leur poste en 2021.

La mission d'inspection a relevé dans le poste de soins du 2^e étage l'affichage d'un calendrier de réunion autour des projets des résidents de l'EHPAD « classique » : 30 résidents ont une réunion programmée entre le 19 avril et le 20 décembre 2023. Ces réunions ont lieu le mercredi à 15h30.

La psychologue de l'EHPAD « classique » voit le résident en amont de la réunion et rencontre la famille (sauf refus du résident).

Pour l'unité PHV, le temps consacré aux réunions de projets personnalisés permet la participation de l'éducateur, du maître de maison, d'une aide-soignante, de l'art-thérapeute et de la psychomotricienne. Le résident participe à une demi-heure de ce temps de travail.

Il a été indiqué à la mission que 13 résidents sur les 40 hébergés dans l'EHPAD « classique » ne disposaient pas d'un projet personnalisé à jour. Les documents transmis confirment ces données.

Les projets personnalisés des résidents de la PHV sont quant à eux tous à jour.

Remarque 14 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure relative à l'élaboration et à l'actualisation du projet personnalisé.

Remarque 15 : La mission constate que tous les projets personnalisés de tous les résidents du PHV sont à jour mais pas ceux de l'EHPAD « classique ».

La commission de coordination gériatrique :

La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2022.

Le médecin coordonnateur a pris ses fonctions à l'EHPAD le 19/10/2022, après une longue période de vacance de ce poste. Elle prévoit de réunir la commission de coordination gériatrique au 4^{ème} trimestre 2023.

Ecart 10 : Du fait de l'absence de médecin coordonnateur dans l'établissement, la commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2022, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3° du CASF.

Les temps de transmission

Toutes les personnes interrogées par la mission mentionnent l'existence de réunions régulières permettant des échanges autour des situations rencontrées.

L'équipe du soir prenant son poste à 20h, et une partie de l'équipe de jour quittant son poste à 21h, le temps de transmission orale entre équipe de jour et équipe de nuit est réel.

Le temps de transmission orale entre équipe de nuit et de jour est également prévu : les infirmiers prenant leur poste à 8h et certains aides-soignants à 7h45.

Par ailleurs, dans l'EHPAD « classique » et dans l'unité PHV, le personnel est amené à prendre en charge tous les résidents par roulement, ce qui assure une transmission plus aisée des informations.

Un staff animé par le médecin coordonnateur est organisé le mercredi en présence des soignants, de la psychomotricienne de l'unité PHV, et de l'art-thérapeute.

De plus, le médecin coordonnateur affirme pouvoir facilement échanger avec les autres médecins de l'EHPAD notamment du fait qu'ils partagent le même bureau et qu'ils ont des vacations hebdomadaires en commun à l'EHPAD.

Tous les jours à 11h, se tient une réunion des infirmiers, des soignants et de la cheffe de service lorsqu'elle est disponible, ce qui permet d'échanger sur l'ensemble des situations. Cette réunion que tout le personnel interrogé a évoquée, ne figure ni dans la fiche de tâches des IDE ni dans celle des aides-soignants. Une réunion de transmission est prévue par étage entre AS et IDE dans la fiche de tâches des AS mais pas dans celle des IDE.

La mission constate une absence de transmissions écrites depuis le vendredi précédent l'inspection.

L'échantillon de dossiers examinés a montré une complétude relativement satisfaisante du volet médical et de soins, avec une actualisation chronologique régulière (observations cliniques, prise de constantes, évolution du traitement, retour d'avis spécialisé) et adaptée (plus fréquente pendant un épisode aigu). Cependant, il a été remarqué un défaut de traçabilité (pour les constantes, la prise médicamenteuse...). Il semble par ailleurs que tous les personnels ne se sont pas appropriés l'outil Netsoins, parfois par absence de formation, notamment les personnels vacataires ou intérimaires.

Ecart 11 : L'absence des transmissions écrites ne garantit pas une prise en charge optimale, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

Respect des droits des personnes

L'établissement dispose de locaux permettant l'accueil des proches, des aidants dans de bonnes conditions. La photographie du résident est affichée sur la porte des chambres. La même photographie est retrouvée sur les piluliers accompagnée de la date de naissance, du nom, du prénom et du numéro de chambre du résident.

Le contrat de séjour et le livret d'accueil :

L'établissement a élaboré deux livrets d'accueil et deux contrats de séjour distincts pour l'EHPAD « classique » et pour l'unité PHV.

Le livret d'accueil de l'EHPAD classique est daté de février 2023, celui de l'unité PHV d'août 2018.

Le livret d'accueil de l'EHPAD « classique » cite la liste des personnes qualifiées, cependant celle-ci n'est pas conforme au dernier arrêté conjoint de la préfecture d'Ile-de-France, de l'ARS et de la Ville de Paris en date du 14 juin 2022. Au livret d'accueil sont notamment annexées la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la liste des personnes qualifiées, une note d'information relative à la désignation d'une personne de confiance.

La direction recommande au résident de remettre ses directives anticipées à cette personne de confiance.

Le livret d'accueil de l'unité PHV n'est plus à jour et nécessite d'être actualisé, notamment en termes de personnels affectés à l'unité.

Le contrat de séjour de l'EHPAD « classique » comprend les rubriques attendues. Celui de l'unité PHV est plus succinct mais comprend également les rubriques attendues. Cependant, dans ce dernier, le numéro de chambre n'est pas mentionné, ce qui ne garantit pas que le consentement éclairé du résident soit recherché dans l'éventualité d'un changement de chambre et qu'un avenant au contrat de séjour soit alors signé.

Ecart 12 : La mission ne peut s'assurer que le consentement éclairé du résident de l'unité PHV ou de son représentant légal soit systématiquement recherché lors d'un éventuel changement de chambre, ce qui constitue un manquement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Par ailleurs, les résidents et leur famille sont informés de la possibilité de conserver bijoux, argent, ou documents importants dans un coffre mis à leur disposition. Celui-ci se [REDACTED]

Concernant la participation des familles, si le règlement de fonctionnement mentionne les réunions avec les familles comme moyen de participation à la vie de l'établissement, il a été indiqué qu'aucune réunion des familles ne s'est tenue en 2021, 2022 et 2023.

Remarque 16 : Aucune réunion des familles ne s'est tenue ces 3 dernières années.

Les contentions :

Aucune procédure concernant la contention n'a été transmise.

Le médecin psychiatre mentionne qu'aucune mesure de contention n'est prise au sein de l'unité PHV. En cas d'aggravation de troubles du comportement, le recours à hospitalisation est préféré.

Ecart 13 : Aucune procédure relative aux contentions n'est rédigée, ce qui contrevient à l'article L.311.3 du CASF.

Vie sociale et relationnelle

1. Animation

Une animatrice est présente dans l'EHPAD « classique » 3 jours par semaine (lundi, mardi et jeudi). Elle a pris soin de [REDACTED] Elle assure les animations pour les résidents de l'unité de vie protégée (1er étage) et les résidents du 2ème étage.

Les animations proposées sont variées (revue de presse, gym douce ou énergétique, atelier mandala, lecture de contes...).

La psychologue intervient également pour des ateliers thérapeutiques, notamment le vendredi en l'absence de l'animatrice.

L'établissement a par ailleurs noué un partenariat avec l'association [REDACTED] qui assure régulièrement des ateliers « mémoire et cognition » les mercredis et vendredis.

Un compte-rendu de CVS indique que pendant les vacances d'été de l'animatrice, l'établissement a fait appel à un prestataire qui a proposé des activités diverses aux résidents tous les jours de la semaine pendant 15 jours au mois d'août.

Concernant la PHV, un planning annuel d'activités et d'ateliers a été transmis.

Contrairement à l'EHPAD « classique », des animations sont prévues le week-end.

Les activités sont regroupées selon diverses thématiques (sport, culture, manuel, thérapie/théâtre/écriture, extérieur, messe/marché...).

2. Restauration

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

Les horaires des repas sont les suivants :

Petit-déjeuner : 8h30

Déjeuner : 12h30

Goûter : A partir de 15h30

Dîner : 18h30

Le repas en chambre se fait uniquement sur prescription médicale.

Une commission des menus réunissant les résidents volontaires se tient toutes les 5 semaines selon le projet d'établissement. Selon les entretiens, deux résidents y participent.

Il n'est pas fait mention d'une proposition systématique de collation nocturne. Selon la fiche de tâches des AS de nuit, seuls les résidents diabétiques se voient automatiquement servis une collation nocturne.

Remarque 17 : Un jeûne nocturne supérieur à 12 heures est observé

Régimes et textures :

La cuisine est commune à l'ensemble des établissements du site. Sont affichés au mur le nombre de résidents par structure et par étage bénéficiant d'un régime sans porc. Des indications nominatives sont inscrites sur un tableau pour le jour.

Une liste de résidents est affichée dans la salle à manger de chaque unité de la section PHV. Elle compte [REDACTED] noms et mentionne le numéro de chambre, le régime, la texture, et les préférences. Elle n'est pas datée.

Un plan de table du restaurant de l'EHPAD situé au 1^{er} étage daté du 12 mai 2023 est affiché. Le nom, la texture servie et les préférences de ● résidents y sont mentionnés.

Sur un échantillon de dossiers médicaux consultés, font l'objet d'une prescription médicale :

- les régimes spécifiques (diabétiques, hyperprotéinés...) avec indication de la texture
- l'épaississement des boissons, en cas de troubles de la déglutition

L'état nutritionnel est suivi par des observations (appétit, acceptabilité des compléments protidiques, retentissement général ...), le suivi du poids, le résultat d'examens biologiques (albuminémie, ionogramme, fonction rénale...).

Vie quotidienne. Hébergement

Les chambres

Les chambres sont spacieuses (de 25 à 30 m²). Elles sont équipées d'un lit médicalisé, d'espaces de rangement, d'une table, d'une table de chevet et de chaises. Elles peuvent être personnalisées et permettent l'accueil des proches dans de bonnes conditions.

Hormis les chambres de l'UVP, elles disposent d'une petite kitchenette. Au sein de l'unité PHV, l'entretien de la chambre peut être fait avec ou sans l'aide du maître de maison selon le degré d'autonomie de la personne.

Le linge

Le linge plat est externalisé. Les livrets d'accueil de l'EHPAD « classique » et de l'unité PHV indique que le linge du résident peut être entretenu par l'établissement ou par les proches, voire pour les résidents de l'unité PHV par eux-mêmes avec l'aide des équipes.

Des dysfonctionnements en termes de gestion du linge (disparition, rangement insatisfaisant dans les placards...) sont régulièrement évoqués en CVS.

La toilette

Au sein de l'unité classique de l'EHPAD (2^{ème} étage), le temps pour la toilette des résidents est programmé entre 9h00 et 11h45.

● aides-soignantes sont prévues pour prendre en charge ● résidents.

Pour l'UVP, ● AS sont en charge de ● résidents, et le temps des toilettes s'étend de 9h30 à 11h00.

Au sein des 3 unités de l'unité PHV, le temps de toilette est programmé de 8h30 à 11h30. ● AS sont en charge de chaque unité de ● résidents.

L'établissement a transmis un tableau détaillant la répartition des toilettes entre les ● AS de l'EHPAD « classique ».

Une AS assure entre 6 et 8 toilettes par jour dont 2 à 5 au lit du résident.

Le tableau précise pour chaque résident le niveau d'aide à la toilette à assurer par l'AS (toilette au lit, aide à la toilette au lavabo, proposition d'aide si besoin...). Sur 14 toilettes au lit, 5 se font en binôme d'après le document transmis.

Soins

1. L'équipe de soins

a) Les médecins

Trois médecins interviennent au sein de l'EHPAD :

- Un médecin gériatre présente :
 - o Deux jours par semaine à l'EHPAD, le mercredi et le vendredi de 8h30 à 18h30,
 - o À 0,30 ETP en tant que médecin coordonnateur et à 0,20 ETP en tant que médecin traitant
- Un médecin généraliste prescripteur à 0,20 ETP. Elle intervient également comme médecin prescripteur pour les autres structures du site (FAM, MAS...)
- Un médecin psychiatre à 0,20 ETP, présente le vendredi.

La mission du médecin gériatre est d'assurer la coordination des soins médicaux au sein de l'EHPAD. Cela inclut :

- L'étude des dossiers d'admission dans l'établissement.
- La planification et le respect des projets de soins médicaux initiaux et continus de la totalité des résidents.
- La surveillance et l'application des bonnes pratiques gériatriques.
- La coordination du travail de l'équipe soignante.

La médecin psychiatre est affectée à l'unité PHV. Elle a pour mission de coordonner les différents soins psychiatriques des résidents, elle n'est pas prescriptrice. Le jour de l'inspection, tous les résidents de l'unité PHV étaient suivis par un psychiatre extérieur sauf un.

La fonction du médecin psychiatre consiste également à faciliter les accompagnements par l'équipe, par exemple en abordant la gestion de l'agressivité entre résidents ou en donnant des clés pour adapter sa posture devant certains comportements.

Elle propose aux soignants deux temps de réunion le vendredi : une réunion à 11h sur de situations de patients et une réunion l'après-midi autour de thèmes selon les besoins de l'équipe.

Le médecin du FAM et de la MAS peut soutenir les équipes soignantes lors des congés.

b) Le chef de service soins

Le jour de l'inspection, la fonction de coordination n'était pas assurée alors que le recours à l'intérim et le fort turn-over des équipes appelait un besoin d'encadrement renforcé.

Ecart 14 : L'établissement n'a pas pris de mesure pour assurer la continuité de l'encadrement des équipes soignantes dans un contexte de fort recours à l'intérim.
Référence : Article L311-3 du CASF

c) Les IDE

Chaque jour sont prévus :

- 2 IDE à l'EHPAD « classique » (8h-20h et 8h-16h)
- 2 IDE à l'unité PHV (8h-20h et 8h-16h).

Les entretiens soulignent les difficultés engendrées par le manque d'infirmiers : lacunes dans les transmissions, mauvaise connaissance de l'établissement, ce qui est insécurisant pour le personnel soignant.

Le jour de l'inspection un seul infirmier intérimaire était présent dans l'EHPAD (EHPAD « classique » et unité PHV).

Ecart 15 : Le jour de l'inspection, la présence de personnel infirmier n'était pas suffisante pour assurer une prise en charge garantissant la sécurité du résident.
Référence : Article L311-3 du CASF

d) Les aides-soignants

Les fiches de tâches comme le projet d'établissement ne différencient pas les AS des AES/AMP et ne mentionnent pas les AVS.

- EHPAD « classique »

Il est prévu par jour la présence de :

- 2 AS dans l'UVP (1 de 7h45 à 19h45 et 1 de 8h15 à 20h15 ou 2 de 7h45 à 19h45 ou 2 de 8h15 à 20h15)
- 5 AS hors UVP (2 de 7h45 à 19h45 et 3 de 8h15 à 20h15 ou 3 de 7h45 à 19h45 et 2 de 8h15 à 20h15)

La mission note que les fiches de tâches des AS (UVP) ou 2ème étage indiquent qu'entre 15h 30 et 17h, une AS assiste à la réunion pluridisciplinaire, à la réunion autour du projet personnalisé ou à une formation selon le calendrier affiché.

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

- 2 AS en CDI à l'UVP
- 5 AS vacataires ou intérimaires pour le reste de l'EHPAD « classique ».

- Unité PHV

Il est prévu la présence de 6 AS/AES/AMP par jour (3 de 8h à 19h et 3 de 10h à 21h).

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

5 AS/AES/AMP en CDI et 1 AS intérimaire.

La nuit 4 AS sont prévues pour l'ensemble de l'EHPAD « classique » et de l'unité PHV (20h-8h).

Une AS est dédiée à l'UVP, une au 2ème étage, 1 à l'unité PHV et 1 volante qui remplace celle de l'UVP ou celle du 2ème étage durant leur pause et vient en soutien en cas de prise en charge nécessitant 2 personnes. Par ailleurs, l'EHPAD ne dispose pas d'IDE de nuit mais une IDE est présente dans le bâtiment, à la MAS, située au 4ème étage.

e) Le personnel paramédical et éducatif

Il est prévu un poste de psychomotricien et d'ergothérapeute au sein de l'EHPAD « classique » mais le jour de l'inspection, ces postes étaient vacants.

Une art-thérapeute, un moniteur éducateur et un éducateur sportif sont sous la responsabilité de la cheffe de service socio-éducatif de l'unité PHV.

L'éducateur sportif intervient sur l'unité PHV, et le samedi sur l'EHPAD « classique ». Il travaille à 80%.

2. La prise en charge sanitaire des résidents

La fiche action 3-6 du projet d'établissement met en avant la politique active de prévention (notamment bucco-dentaire, gynécologie, MST, nutrition et chute). Cependant, aucun document ne fait état de l'existence de commission chute, de CLAN ou tout autre commission visant à mettre en place cette politique de prévention.

Du fait de l'absence du chef de service soins, le relai avec les équipes est difficile. Le staff du mercredi organisé par le médecin coordonnateur tend à répondre à cette difficulté.

La mission relève l'absence de document préconisant et encadrant la mise en place systématique d'une évaluation multidimensionnelle par l'équipe à l'admission du résident. Cependant, une évaluation figure bien dans les dossiers médicaux consultés.

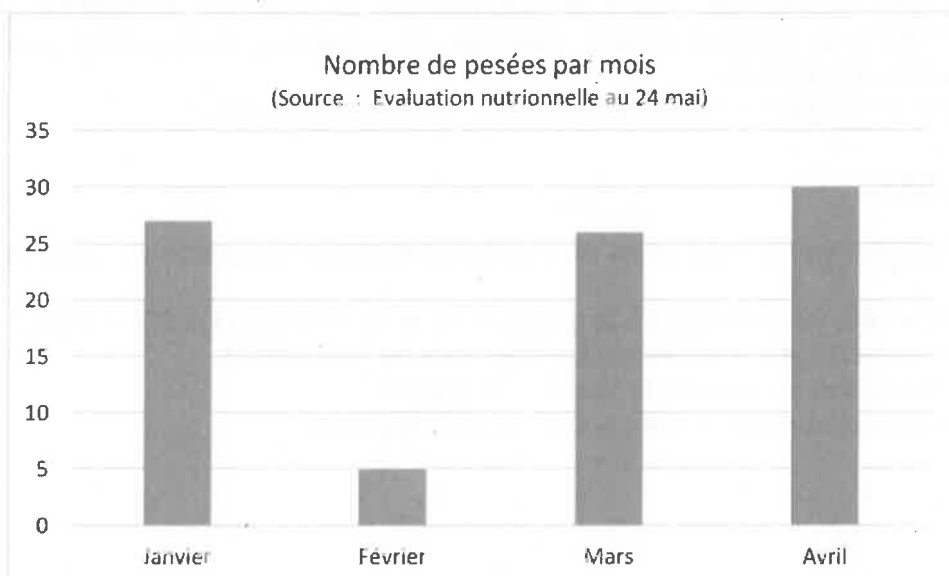
a) La prise en charge nutritionnelle

Aucun protocole n'a été transmis concernant le dépistage des troubles de la déglutition et la prévention de la dénutrition. Ce dépistage a cependant été noté dans l'échantillon de dossiers médicaux consultés.

Le projet d'établissement mentionne cependant la mise en place d'un bilan orthophonique lorsque des troubles de la déglutition sont suspectés. La fiche action 2-5 prévoit d'anticiper et de repérer l'évolution des troubles nutritionnels, de nommer des référents nutrition et de former les professionnels à l'évaluation des problèmes bucco-dentaires chaque année.

Il a été indiqué que 2 orthophonistes libéraux intervenaient dans l'établissement. Une liste de ces intervenants libéraux datée de juin 2022 et affichée dans le poste de soins de l'EHPAD classique. Aucune convention n'encadre leur intervention.

Le tableau intitulé « Evaluation nutritionnelle au 24 mai 2023 non nominative » compte 10 résidents. Le nombre de pesées mensuelles est le suivant :



Remarque 18 : Sur la période janvier à avril 2023, l'ensemble des résidents n'a pas été pesé chaque mois (référence HAS novembre 2021 « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus »).

b) Les soins de peau et le suivi de la douleur

L'établissement a transmis une fiche de l'AGEPS portant sur le bon usage du pansement, mais aucune procédure concernant la prévention des escarres.

La mission note cependant que les résidents sont bien scorés avec l'échelle de Braden.

Le projet d'établissement mentionne dans le projet de soins (p.39) la prévention des escarres : repérage à l'entrée des personnes à risque, surveillance lors de la toilette, mobilisation du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute et de l'infirmière.

Dans le poste de soins est affiché un « protocole de soin » concernant les escarres. ● escarres ont été comptés en 2022 (RAMA 2022).

Il a été indiqué à la mission que ● résidents étaient porteurs d'une escarre en mai 2023, dont une avant son admission dans l'établissement :

- ● en stade 1 (matelas à air)
- ● en stade 2 (protection dos/fauteuil/matelas à air)

Il n'a pas été transmis de protocole de prise en charge de la douleur. Cependant dans la fiche de tâches de l'IDE, l'évaluation de la douleur et de l'état psychologique des résidents est programmée de 8h30 à 10h30. Dans le volet « soins » des résidents, on retrouve des scorages avec l'échelle Algoplus.

c) La prévention des chutes

L'établissement a transmis une procédure de « gestion des chutes » mise à jour en mars 2021. Il s'agit de la conduite à tenir en cas de chutes. Le projet d'établissement envisageait de mettre en place un référent chute.

Le RAMA 2022 établit que le nombre de chutes dans l'année est de ● ; il varie de 1 à 17 par mois (avec un pic en février et mars) mais ne propose aucune analyse.

La mission a demandé à consulter tous les dossiers de résidents ayant fait une chute (entre le 1^{er} janvier et le jour de l'inspection)

- 17 épisodes de chutes ont été consignées dans [REDACTED] et ont concerné ● résidents (2 d'entre eux ont chuté à plusieurs reprises)
- 1 chute a nécessité un passage aux urgences, suivi d'une hospitalisation

Les épisodes sont bien documentés : heure et circonstances de survenue, symptômes observés, action réalisée dont information du médecin traitant, passage aux urgences, radiographie (oui/non), prise des constantes, information de la famille

Cependant, la rubrique « analyse » reste à compléter à l'exception d'un cas.

d) Les vaccinations :

Les vaccinations figurant dans le volet soins du dossier du résident (extraction de l'outil Netsoins) sont les suivantes :

- ● résidents ont été vaccinés contre la grippe entre le 16/11/2022 et le 22/11/2022.
 - o Le renouvellement a été échéancé pour tous au 16/11/2023.
- ● résidents ont refusé de recevoir le vaccin anti-grippal
- ● résidents ont été vaccinés contre le COVID le 22/03/2023.

e) Les hospitalisations

La mission a demandé des éléments sur les résidents hospitalisés entre le 1^{er} janvier 2023 et la date de l'inspection.

- [REDACTED] patients ont été hospitalisés sur la période dont certains plusieurs fois
- Selon l'extraction de Netsoins fournie par le médecin coordonnateur, il s'agissait de:
 - o [REDACTED] hospitalisations aux urgences de l'hôpital Bichat, avec 6 admissions en service de spécialité
 - o [REDACTED] hospitalisations programmées (en psychiatrie, en gériatrie)

soit pour une nouvelle pathologie ou soit l'évolution d'un état préexistant, et pour deux cas, un traumatisme.

Un échantillon de dossiers consultés a montré un report régulier par le médecin coordonnateur des informations reçues de l'hôpital ou données au résident ou à ses proches.

f) Les décès

La mission a consulté les [REDACTED] dossiers des résidents décédés entre le 1^{er} janvier 2023 et la date de l'inspection. Les dossiers étaient documentés [REDACTED]

Remarque 19 : La mission constate que de nombreux protocoles concernant la prise en charge et le soin n'ont pas été transmis à la mission.

3. L'organisation des soins

Le responsable des soins exerce en binôme avec le médecin coordonnateur au niveau de la prise en charge médicale.

- Il s'assure que le projet médical défini par le médecin coordonnateur soit en phase avec le projet de soins de la personne, et que les évaluations gériatriques demandées soient réalisées.
- Il est impliqué sur le volet « formation interne » des soignants, avec le médecin coordonnateur qui a pour mission de l'animer.
- Il contribue à la phase préparatoire des admissions avec le médecin coordonnateur pour l'installation du résident,
- Il veille à la conformité de l'administration des médicaments avec les traitements prescrits, à la réalisation des soins (de nursing, des pansements) ou la surveillance des paramètres vitaux, au bien-être général des résidents grâce aux interactions quotidiennes.
- Il veille à la traçabilité des actes dans les dossiers médicaux, à la qualité des transmissions, à la coordination des soins entre les médecins, les kinésithérapeutes, et les aides-soignants.

L'absence du responsable des soins fragilise la continuité de la qualité des prises en charge.

a) Les locaux de soins

Les postes de soins sont localisés aux [REDACTED]

Ils sont fermés à clés lorsqu'ils ne sont pas utilisés. Ils comprennent chacun :

- Une paillasse avec point d'eau
- Une armoire à pharmacie
- Un chariot de médicaments, avec des piluliers nominatifs et photos
- Un classeur de procédures

Les affichages (lavage des mains, procédure en cas d'accident d'exposition au sang, procédure en cas d'urgence médicale /appel au 15) sont absents ou insuffisamment mis en évidence

La salle snoezelen est utilisée par la psychomotricienne et les résidents de l'unité PHV l'utilisent.

b) La coordination des soins

L'intervention des médecins traitants

L'établissement a fourni une liste de médecins traitants sans mention des résidents pris en charge. 4 médecins interviennent en sus du médecin prescripteur et du médecin coordonnateur. La mission ne peut établir combien de résidents sont suivis par chaque médecin traitant. Le médecin coordonnateur ou le médecin prescripteur de l'EHPAD prend le relais quand un résident ne dispose pas d'un médecin traitant. Les médecins traitants extérieurs à l'établissement n'ont pas signé de contrat avec l'EHPAD. Un des médecins n'utilise pas NetSoins.

Les masseurs-kinésithérapeutes

Dans le poste de soins du 1^{er} étage est affiché la liste des intervenants libéraux au sein de l'EHPAD daté de juin 2022. Sur cette liste figurent deux cabinets de kinésithérapie, soit 7 kinésithérapeutes. Il a été indiqué à la mission que deux kinésithérapeutes intervenaient dans l'établissement.

L'établissement a fourni une convention signée avec un seul des deux kinésithérapeutes.

Les masseurs-kinésithérapeutes interviennent sur prescription médicale. Sur un échantillon de dossiers, les actes et visites sont tracés dans le logiciel Netsoins sans aucune autre observation.

Les pédicures-podologues

Un pédicure-podologue est répertorié dans la liste des intervenants libéraux affichée dans le poste de soins du 1^{er} étage.

Ecart 16 : L'ensemble des intervenants libéraux n'a pas signé de contrats d'intervention avec l'établissement.
Référence : Article R313-30-1 CASF

c) La prise en charge de l'urgence

L'établissement n'a pas transmis de procédure propre à l'établissement. Il s'appuie sur le document « conduite à tenir en situation d'urgence », édité par l'ARS et à destination des IDE et aides-soignantes, daté de décembre 2015.

Le médecin coordonnateur a fait inscrire au plan de formation des personnels 2023 la formation aux gestes d'urgence pour les personnes (AFGSU pour les IDE et les AS). Dans l'intervalle elle a sollicité les Urgences de Bichat pour une formation/sensibilisation.

Il n'y a pas d'astreinte médicale de nuit ou le week-end organisée pour l'EHPAD. En cas d'urgence médicale, le recours est l'appel au médecin présent en journée et/ou au 15 en cas d'urgence vitale, ou à un médecin de garde (SOS médecins ou UMP).

Un DLU (dossier de liaison d'urgence) est facilement accessible sur [redacted] et imprimable en format « court » par le personnel soignant présent sur place.

Une procédure de gestion du chariot d'urgence établie par la Fondation est datée de novembre 2021. Elle n'est pas spécifique à l'EHPAD. Le chariot d'urgence est installé dans l'infirmerie. Le personnel présent n'a pu indiquer où il se trouvait dans le poste de soins. Il comprend des masques à oxygène, du matériel de perfusion, un électrocardiographe et un scope, un défibrillateur cardiaque, du matériel et un appareil d'aspiration, des traitements d'urgence sous forme injectable.

Il n'était pas scellé le jour de l'inspection. Son contenu ne fait pas l'objet de vérifications périodiques.

Trois obus d'oxygène sont présents dans le poste de soins, dont un non fixé.

Ecart 17 : La mission constate que le chariot d'urgence n'était pas sécurisé, que son contenu ne fait pas l'objet de vérifications périodiques et que sa localisation n'était pas connue par le personnel présent.

Référence : Article L311-3 du CASF

4. Le circuit du médicament

L'établissement a transmis deux conventions. La première a été signée entre l'EHPAD et une pharmacie du 1^{er} arrondissement pour l'unité PHV le 5 septembre 2018. La seconde est signée entre l'EHPAD et une pharmacie du 1^{er} arrondissement pour l'EHPAD « classique » en date du 1^{er} décembre 2020.

L'établissement a fourni plusieurs fiches. Elles sont le fruit du travail de la fondation OVE et ne sont pas spécifiques à l'établissement :

- La gestion de la dotation et les modalités de conservation des médicaments datée de décembre 2018
- L'approvisionnement en médicament datée de décembre 2018
- La prescription médicamenteuse mise à jour le 22 mai 2023
- La préparation des traitements datée de décembre 2018
- L'administration et l'aide à la prise des médicaments en date de décembre 2018.

D'autres fiches sont spécifiques à l'établissement :

- Aide à la prise des médicaments/délégation daté de novembre 2017
- Dispensation et administration nominative des médicaments 2017 mais sur lequel est indiqué « document de travail en cours de validation » et qui concerne « l'unité handicap psychique »

A cela s'ajoute le modèle de fiche du registre comptable des stupéfiants et le relevé de remise de clef coffre stupéfiants.

L'établissement n'a pas fourni de liste des personnels habilités par le médecin ou le cadre de santé à pratiquer l'aide à la prise des traitements comme mentionné dans la procédure « L'administration et l'aide à la prise des médicaments » en date de décembre 2018.

Comme noté par la mission et évoqué supra, il a été constaté un manque de traçabilité, dans NetSoins, de l'administration et la prise effective des traitements. Dans le contexte RH de l'établissement marqué par un nombre important d'intérimaires, ce manque de traçabilité constitue un risque accru pour la sécurité des résidents.

Ecart 18 : Il a été constaté un manque de traçabilité, dans NetSoins, de l'administration et la prise effective des traitements, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF

La température du réfrigérateur dédié aux spécialités pharmaceutiques (insuline...) était conforme.

La mission d'inspection a relevé la présence de produits périmés dans l'infirmerie.

Ecart 19 : La présence de produits périmés dans l'infirmerie a été observée ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.





Les cahiers de traçabilité des stupéfiants sont complétés régulièrement (après chaque administration). Ils sont utilisés pour le renouvellement des traitements. Il s'agit pour l'essentiel de patchs morphiniques.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

L'EHPAD a établi des partenariats avec :

- Les services de la filière de soins gériatriques de l'hôpital [REDACTED] et ceux de l'hôpital [REDACTED]
- Une officine du [REDACTED]^{me} arrondissement
- L'équipe mobile gériatrique de l'AP-HP
- Le laboratoire Cerballiance
- Pour l'imagerie :
 - « [REDACTED] vient dans la journée pour une échographie et une radiographie (week-end compris) sans reste à charge pour les personnes prises en charge à 100%
 - Une convention a également été signée avec l'IRM [REDACTED] : la prise en charge se fait sur rendez-vous avec un accompagnement en cas de troubles du comportement
 - Le centre Cardiologique à proximité qui propose des rendez-vous dans des délais assez rapides (bilan de chutes / Holter)
- Pour les soins dentaires : les résidents sont adressés à l'hôpital [REDACTED] pour soins et prothèses
- Pour les soins d'ophtalmologie : Pour la majorité des résidents, le suivi est assuré en ville, à défaut l'EHPAD oriente vers le service d'ophtalmologie de [REDACTED]

Par ailleurs, des partenariats ont été spécifiquement établis pour l'unité PHV avec :

- Des CMP
- L'équipe mobile psychiatrique pour les cas complexes
- Les services de psychiatrie du GHU Paris psychiatrie & neurosciences

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
1	Le taux d'occupation pour les places d'EHPAD « classique » (70 %) est nettement inférieur aux objectifs du CPOM (95 %). Référence : CPOM 2019-2023
2	Il n'a pas été transmis de document unique de délégation signé par la directrice de l'établissement présentant pour chaque mission, le niveau de délégation la concernant. Référence : Article D312-176-5 du CASF
3	Le contrat du médecin coordonnateur ne précise pas que celui-ci a été recruté en tant que tel et sa fiche de poste ne fait pas explicitement référence aux 14 missions du médecin coordonnateur telles que prévues par l'article D312-158 du CASF
4	Le temps de coordination du médecin coordonnateur est inférieur à celui prévu par le décret n° 2022-731 du 27 avril 2022.
5	Il n'a pas été transmis de règlement de fonctionnement spécifique à l'EHPAD. Référence : Article L311-7 du CASF
6	Le plan bleu de l'établissement ne comporte pas de procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, de rappel du personnel, de gestion des décès massifs, de retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu conformément à la circulaire 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)
7	Le CVS ne se réunit pas au moins de 3 fois par an, ce qui contrevient à l'article D311-16 du CASF.
8	Les événements indésirables et dysfonctionnements ne font pas l'objet d'une présentation systématique au CVS, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.
9	La mission constate une absence de culture de la déclaration des EIG et une absence de document à vocation opérationnelle à destination des personnels. Référence : Article L331-8-1 du CASF
10	Du fait de l'absence de médecin coordonnateur dans l'établissement, la commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2022, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3° du CASF.
11	L'absence des transmissions écrites ne garantit pas une prise en charge optimale, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
12	La mission ne peut s'assurer que le consentement éclairé du résident de l'unité PHV ou de son représentant légal soit systématiquement recherché lors d'un éventuel changement de chambre, ce qui constitue un manquement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
13	Aucune procédure relative aux contentions n'est rédigée, ce qui contrevient à l'article L.311.3 du CASF.
14	L'établissement n'a pas pris de mesure pour assurer la continuité de l'encadrement des équipes soignantes dans un contexte de fort recours à l'intérim. Référence : Article L311-3 du CASF
15	Le jour de l'inspection, la présence de personnel infirmier n'était pas suffisante pour assurer une prise en charge garantissant la sécurité du résident. Référence : Article L311-3 du CASF
16	L'ensemble des intervenant libéraux n'a pas signé de contrats d'intervention avec l'établissement. Référence : Article R313-30-1 CASF
17	La mission constate que le chariot d'urgence n'était pas sécurisé, que son contenu ne fait pas l'objet de vérifications périodiques et que sa localisation n'était pas connue par le personnel présent. Référence : Article L311-3 du CASF
18	Il a été constaté un manque de traçabilité, dans [REDACTED] de l'administration et la prise effective des traitements, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.
19	La présence de produits périmés dans l'infirmerie a été observée ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
1	Il n'a pas été transmis à la mission l'avenant au contrat de la directrice au moment de la prise de ses fonctions.
2	La direction de l'établissement n'a pas fourni d'attestation de formation de cadre du chef de service soins.
3	La fiche de poste du « chef de service soins » n'a pas été transmise.
4	Aucune procédure d'astreinte n'a été transmise.
5	Le plan d'amélioration continue de la qualité n'est pas actualisé.
6	Il n'existe pas de procédure spécifique à la gestion des situations de maltraitance ou de violence.
7	La politique de bientraitance de l'EHPAD n'est pas suffisamment formalisée.
8	Les réclamations ne font pas l'objet d'un suivi formalisé permettant l'analyse de celles-ci et d'alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité.
9	De nombreux postes de soignants sont vacants et occupés par des intérimaires.
10	Peu de formations concernant la prise en charge de la personne âgée sont proposées aux salariés.
11	Il manque des documents clés dans des dossiers du personnel.
12	Les RAMA transmis ne proposent que des données brutes et ne permettent d'analyser la prise en charge dans l'établissement.
13	Les relevés d'appels malades transmis sont difficilement exploitables et ne permettent pas d'identifier précisément des dysfonctionnements.
14	L'établissement n'a pas formalisé de procédure relative à l'élaboration et à l'actualisation du projet personnalisé.
15	La mission constate que tous les projets personnalisés de tous les résidents de l'unité PHV sont à jour mais pas ceux de l'EHPAD « classique ».
16	Aucune réunion des familles ne s'est tenue ces 3 dernières années.
17	Un jeûne nocturne supérieur à 12 heures est observé.
18	Sur la période janvier à avril 2023, l'ensemble des résidents n'a pas été pesé chaque mois (référence HAS novembre 2021 « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus »).
19	La mission constate que de nombreux protocoles concernant la prise en charge et le soin n'ont pas été transmis à la mission.

Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD « Robert Doisneau » géré par la Fondation « OVE » s'est déroulée le 24 mai 2023 dans de bonnes conditions. Les équipes se sont montrées disponibles avec la mission d'inspection. La directrice de l'EHPAD et le chef du service soins de l'EHPAD étaient en arrêt maladie ce jour-là.

Le directeur du centre s'est rendu disponible et la restitution s'est déroulée en présence du directeur régional et du médecin coordonnateur.

La mission d'inspection a relevé des points positifs :

- Des locaux agréables, spacieux et bien entretenus.
- Le recrutement d'un médecin gériatre expérimenté sur le poste de médecin coordonnateur
- Une unité PHV très investie par la direction.
- Une équipe de salariées fixes soudée.

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

– Gouvernance :

○ Conformité aux conditions de l'autorisation :

- Un taux d'occupation des places de l'EHPAD « classique » très insuffisant (70 %) du fait de la sous-occupation des places non habilitées à l'aide sociale (57 %) alors que le taux d'occupation de l'unité PHV est de 100 %

○ Management et Stratégie :

- Un médecin coordonnateur embauché en tant que médecin généraliste et dont le temps de coordination est inférieur à celui prévu par la réglementation
- Un plan bleu qui ne comporte pas toutes les dimensions obligatoires
- Des outils de gouvernance et des procédures non spécifiques à l'EHPAD

○ Animation et fonctionnement des instances

- Un CVS qui ne se réunit pas régulièrement, aucune réunion ne s'étant tenue en 2023
- Le CVS n'est pas tenu informé des événements indésirables graves et des dysfonctionnements

○ Gestion de la qualité

- Une politique liée à la bientraitance à formaliser et à décliner dans tout l'établissement
- Un plan d'amélioration continue non actualisé

○ Gestion des risques et des événements indésirables graves

- Une absence de suivi formalisé des réclamations
- Une absence de culture de déclarations des événements indésirables graves

- Fonctions support :
 - o Gestion des ressources humaines :
- Un recours important à du personnel intérimaire sur l'EHPAD « classique » pour pallier les postes vacants.
- Des salariés insuffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées
- Prises en charge :
 - o Soins :
- Une absence de continuité de l'encadrement des équipes soignantes dans un contexte de fort recours à l'intérim en l'absence du responsable du chef de service soins.
- Des RAMA qui ne présentent aucune analyse qualitative des données présentées et qui ne rendent pas compte de la prise en charge des résidents.
- Des défauts de traçabilité dans le logiciel de soins, concernant l'administration et la prise effective des traitements.
- Un chariot d'urgence non sécurisé, qui ne fait l'objet d'une vérification régulière et dont la localisation n'est pas connue du personnel.
- Des produits périmés présents dans l'infirmerie.

Il est apparu à la mission que dans un contexte de tension RH, les efforts en termes d'organisation et de formation étaient davantage déployés autour de l'unité PHV et des problématiques du handicap que de l'EHPAD « classique » qui de ce fait concentre les difficultés et manquements identifiés par la mission.

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

Paris, le 14/02/2024

Fanny REYNAUD



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

Docteur Sylvia NGUYEN-DANG



Responsable du département « Personnes en
Difficultés Spécifiques », Délégation Départementale
de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France

Christel ROUGY



Ingénieure du génie sanitaire, Délégation
Départementale de Paris de l'Agence
régionale de Santé Île-de-France

Glossaire

AGEPS : Agence générale des équipements et produits de santé
AMP : Auxiliaire médico-psychologique
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
CAJM : Centre d'accueil de jour médicalisé
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
EMGE : Equipe mobile de gériatrie externe
ETP : Equivalent temps plein
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
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
IME : Instituts médico-éducatifs
MAS : Maison d'accueil spécialisée
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
PHV : personne handicapée vieillissante
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RDF : Règlement de fonctionnement
SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Paris

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

Affaire suivie par : Fanny REYNAUD

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

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

Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France ;

Madame le Docteur Sylvia NGUYEN DANG, inspectrice désignée par la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé, responsable du département « Personnes en Difficultés Spécifiques », Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France ;

Monsieur Michael KASSE, personne qualifiée, chargé de suivi et de contrôle des ESMS, secteur handicap, Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France ;

Paris, le 17/05/2023

Mesdames, Monsieur

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Centre Robert Doisneau » (FINESS 75 004 772 2) situé au 51 Rue René Clair 75018 PARIS, géré par la Fondation « OVE », 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

94/98 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.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), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Madame le Docteur Sylvia NGUYEN DANG, inspectrice désignée par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Monsieur Michael KASSE, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **24 mai 2023 à 8h45**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

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

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

Pour la Directrice Générale de l'ARS IDF
La Directrice adjointe de la Délégation départementale
de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France



Pour la Maire de Paris et par délégation,



Annexe 2 : Liste des documents demandés.

24/05/2023

EHPAD « Robert DOISNEAU »

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

Documents à remettre immédiatement :

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

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- Gouvernance				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	Oui	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB	Oui	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	Oui	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Non	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Oui	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Oui	
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB	Oui	
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	Oui	
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2021/2022/2023	Clé USB	Oui	
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Oui (Réunions de bureau de la Fondation)	
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Oui	
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB	Oui	
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, trame de PVI)	Clé USB	Oui	
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	Oui	
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	Oui	
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	Clé USB	Oui	
18	Projet d'établissement et projet de service de l'unité PHV	Clé USB	Oui PE	
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Oui	
20	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2021,2022,2023 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	Oui	
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	Oui	
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1) et 3 derniers RETEX	Clé USB	Oui	

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

52	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Oui	
53	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire, soins palliatifs, fin de vie, trouble de la déglutition	Clé USB	Oui certains	
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime et des résidents ayant besoin d'une aide aux repas	Blue Files / Bal médicale sécurisée Consultation dossiers médicaux		
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation		
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Oui	
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021,2022,2023	Blue Files / Bal médicale sécurisée Consultation dossiers médicaux	Oui	
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022-2023 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022-2023 (format Excel)	Blue Files / Bal médicale sécurisée		
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Blue Files / Bal médicale sécurisée		
59	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Blue Files / Bal médicale sécurisée		
60	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	Oui	
61	Liste des décès et des hospitalisations pour 2021,2022 et 2023	Blue Files / Bal médicale sécurisée Consultation dossiers médicaux	Oui	
IV- Relations avec l'extérieur				
62	Dernier Plan bleu	Clé USB	Oui	
63	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Oui	
64	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	Oui	

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



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

- Directeur du centre
- Médecin coordonnateur
- Médecin psychiatre
- AS
- AES
- IDE
- Psychologue de l'EHPAD « classique »
- Psychologue de l'unité PHV



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