

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Saint-Simon »
Situé au 121 rue d'Avron, 75020 PARIS
N° FINESS : 750831216**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2024_IDF_00008
Inspection du 7 février 2024**

Mission conduite par

Pour sa composante issue de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France:

- Madame Marjolaine GARONNAIRE, coordonnatrice de la mission d'inspection, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris,
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur personnes âgées, désigné personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris.

Pour sa composante issue de la Ville de Paris :

- Madame Joëlle GRUSON, chargée de mission tarification des ESMS, sous-direction des ressources, Direction des Solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des Solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris,
- Madame Maïguyem GOLSALA, 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.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse..... 4

Introduction..... 6

Contexte de la mission d’inspection.....6

Modalités de mise en œuvre6

Présentation de l’établissement7

Constats 9

I. Gouvernance.....9

A. Conformité aux conditions de l’autorisation 9

B. Management et Stratégie 11

C. Animation et fonctionnement des instances de participation 16

D. Gestion de la qualité 17

E. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables 20

II. Fonctions support22

A. Gestion des ressources humaines..... 22

B. Gestion de l’information 35

C. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement 36

D. Sécurités 40

III. Prises en charge42

A. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie 42

B. Respect des droits des personnes 43

C. Vie sociale et relationnelle..... 45

D. Vie quotidienne. Hébergement..... 47

E. Soins..... 48

IV. Relations avec l’extérieur49

Récapitulatif des écarts et des remarques 51

Écarts51

Remarques52

Conclusion 53

Glossaire 56

Annexes..... 57

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés de l’inspection57

Annexe 2 : Liste des documents demandés59

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d’inspection61

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

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

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces et sur place. Les documents communiqués lors de l'inspection sur clé USB, bien que non exhaustifs, ont permis l'analyse de la conformité de la structure au droit en vigueur et de la qualité de l'organisation et des prises en charge.

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

Résumé des constats de la mission

La mission a pu constater les forces et atouts de l'établissement inspecté, notamment :

- La bienveillance et le professionnalisme des équipes
- La multiplicité des réunions internes permettant l'implication de l'ensemble des professionnels
- La diversité des formes de participation des résidents et de leurs proches
- L'engagement de la direction dans l'amélioration de la qualité des prises en charge et de la qualité de vie au travail
- La maturité de la réflexion relative à la gestion des risques de l'établissement
- La qualité globale des locaux, des terrasses extérieures et des équipements.

Toutefois, la mission a également constaté des écarts à la norme et des points d'attention relatifs à différents dysfonctionnements :

- **Gouvernance**
 - L'exhaustivité des outils de pilotage et leur application dans la gestion courante de l'EHPAD sont insuffisantes (notamment le CPOM et le projet d'établissement, ...).
 - Les objectifs du CPOM ne sont pas tous atteints.
- **Gestion des évènements indésirables graves (EIG)**
 - Les EIG sont insuffisamment déclarés aux autorités d'autorisation et ne font pas suffisamment l'objet d'échange dans les instances de dialogue et de participation avec les professionnels, les résidents et les proches.
- **Gestion des ressources humaines**
 - [REDACTED]
 - La répartition des missions relatives aux soins entre les aides-soignants et les autres professionnels (notamment les personnels non diplômés), ne respecte pas les normes en vigueur.

- **Bâtiment, hébergement et sécurités**

- Quelques défaillances ont pu être constatées appelant à plus de sécurité et de vigilance en matière de sécurisation des locaux.

- **Prise en charge**

- Les temps de réponse aux appels malade sont excessifs et font courir un risque pour la sécurité des résidents en cas de besoins urgents.
- Les PAI des résidents ne sont pas tous réalisés ou à jour, ce qui est de nature à occasionner des retards dans l'individualisation de l'accompagnement des résidents.
- Les contrats de séjour ne sont pas systématiquement signés par le résident ou son représentant légal.

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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 ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM. L'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité il a été privilégié en première intention un contrôle sur pièces sans visite. Les autorités de contrôle ont procédé à ce contrôle le 15 septembre 2023 après avoir adressé à l'établissement un courrier le 8 septembre 2023 de demande de communication des pièces nécessaires. Toutefois ce contrôle n'a pas pu être porté à son terme compte tenu de la réponse trop partielle de l'établissement et ainsi de l'impossibilité pour l'équipe de rendre compte dans son rapport de la bonne conformité aux normes. A titre d'illustration, la liste des résidents présents dans l'établissement à la date du contrôle n'avait pas été fournie.

La mission a donc rappelé à l'établissement lors de la visite sur place la nature juridique du contrôle initialement diligenté et l'obligation qui est la sienne de communiquer aux autorités les pièces demandées. Afin d'obtenir davantage de garanties et au regard des premiers éléments constatés par l'équipe du contrôle, une inspection sur place inopinée a été déclenchée menée par une nouvelle équipe de l'ARS et de la Ville de Paris.

Modalités de mise en œuvre

Cette inspection a été réalisée sur place le 7 février 2024 sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée). Elle a été réalisée conjointement par la Ville de Paris et l'ARS d'Ile-de-France.

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

- GOUVERNANCE
 - A. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
 - B. Management et Stratégie
 - C. Animation et fonctionnement des instances
 - D. Gestion de la qualité
 - E. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables
- FONCTIONS SUPPORT
 - A. Gestion des ressources humaines

- B. Gestion de l'information
- C. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
- D. Sécurité

- PRISE EN CHARGE

- A. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- B. Respect des droits des personnes
- C. Vie sociale et relationnelle
- D. Vie quotidienne et hébergement
- E. Soins (*investigations limitées*)

- RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

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

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

La liste des personnes auditées par la mission d'inspection figure en **annexe 3**.

Présentation de l'établissement

La résidence Saint-Simon a été autorisée par l'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris n° 2004-317-1 du 12 novembre 2004 pour l'accueil de 127 personnes âgées dépendantes. Par arrêté conjoint du 5/11/2015 il a été décidé la répartition suivante effective au 1/01/2016, 116 places d'hébergement permanent et 11 places d'hébergement temporaire.

L'établissement est situé dans un quartier animé du 20^e arrondissement. Il est à proximité du boulevard périphérique et a pour plus proche voisin le Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon et son service d'urgence.

L'EHPAD Saint-Simon fait partie des EHPAD de la gamme qualifiée de « premium » au sein du groupe. Le bâtiment est en bon état, la structure dispose d'espaces ouverts, de grandes chambres et deux terrasses extérieures comme le décrira ce rapport dans la partie dédiée.



La population de cet EHPAD est principalement issue du 12^e arrondissement et du Val de Marne et plus faiblement du 20^e arrondissement selon la direction. De plus en plus de résidents intègrent l'EHPAD à la suite d'un rapprochement familial.

La direction indique une forte évolution dans le niveau de dépendance de la population accueillie avec la spécialisation de places de l'établissement pour l'accueil de résidents atteints de maladies neurodégénératives et de l'accompagnement des personnes ayant un syndrome de Parkinson.



Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Saint-Simon	
Nom de l'organisme gestionnaire	Korian	
Numéro FINESS géographique	750831216	
Numéro FINESS juridique.	750056335	
Statut juridique	Privé lucratif	
Option tarifaire	Partiel	
PUI	NON	
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée
	HP	116
	HT	11
	UVP	OUI
	PASA	NON
	UHR	NON
Habilitation à l'aide sociale	Oui (32 places)	

	Année 2017
PMP Validé	
GMP Validé	

Constats

Le rapport est établi au vu des réponses apportées aux questions posées sur une base déclarative et aux documents probants transmis ainsi qu'aux éléments constatés lors de la visite des locaux le 7 février 2024.

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.

Remarque majeure : constats porteurs des facteurs de risque les plus graves.

I. Gouvernance

A. Conformité aux conditions de l'autorisation

[N° IGAS : 1.1.1.2] [N° IGAS : 1.1.3.1]

Par arrêté du 5/11/2015 l'établissement a été autorisé pour 116 places d'hébergement permanent et 11 d'hébergement temporaire.

L'établissement dispose d'une Unité de Vie Protégée (UVP) de 11 places.

Lors de la réalisation de l'inspection, la structure accueillait 111 résidents sur les 127 places autorisées. Il s'agit d'une évolution plutôt positive du taux d'occupation de la structure qui avait connu des niveaux très bas ces dernières années.

Lors de l'entretien la direction a indiqué avoir atteint les 120 résidents durant l'été.

6 résidents occupent des places temporaires lors du contrôle. Ces places sont occupées pour des séjours variables, d'une durée allant de 4 jours à 2 semaines par mois pour les séjours « séquentiels ».

La direction indique que le prix des chambres (allant de 149 euros par jour à 180 euros pour la chambre de catégorie supérieure) a un caractère dissuasif pour les candidats à l'admission, mais indique que le groupe a fait des efforts de réduction de ses tarifs (une baisse de 50 euros par jour).

RÉPARTITION DES RÉSIDENTS EN FONCTION DE
LEUR GIR (DONNÉES DU 7 FÉVRIER 2024)

- GIR 1
- GIR 2
- GIR 3
- GIR 4
- GIR 5
- GIR 6

Les résidents accueillis étaient répartis plus précisément comme suit:

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD					
IDF (2021) ¹	14.29%	40.31%	19.51%	17.92%	2.78%

A titre de comparaison, en Île-de-France, le GMP et le PMP validés médians s'élèvent respectivement à 740 et 223 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021).

La direction déclare être dans l'attente de la révision de la coupe AGGIR/PATHOS qui n'est plus en adéquation avec les caractéristiques de la population accueillie car sous-estimée

La population accueillie présente effectivement des besoins d'accompagnement important. Un étage étant dédié aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et d'autres maladies neurodégénératives. Certaines personnes résident dans cet étage car sont qualifiées de « déambulants » sans nécessité d'une orientation en UVP. Une vingtaine de personnes sont en fauteuil roulant, les espaces de vie sont adaptés pour leur circulation. La direction indique que 85% des chambres sont équipées de rails dont la salle du kinésithérapeute.

Le gestionnaire a signé le CPOM pour la période de 2019-2023 entré en vigueur le 1^{er} juin 2019. La négociation du prochain CPOM est en cours et prévu pour 2024 (le CPOM a été prolongé d'un an).

¹ Médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Parmi les axes et objectifs concernant plus particulièrement l'EHPAD Saint-Simon, [redacted] indique que le volet intergénérationnel n'a pas été développé tout comme le travail autour des aidants et la fiabilisation du circuit du médicament. La mise en place d'un poste d'IDE de nuit commun sur 5 établissements n'a pas non plus abouti faute de recrutement et de financement pérenne. Des efforts ont été fait en matière de fidélisation. [redacted]

La directrice étant arrivée récemment sur le poste, tous les axes et projets pour répondre à ces objectifs n'ont pas été relancés et la signature du nouveau CPOM est attendue pour pouvoir rouvrir les chantiers avec de nouveaux objectifs.

Les objectifs généraux du CPOM sont les suivants :

N°	INTITULE DE LA FICHE-OBJECTIFS
1	Renforcer la coordination des soins afin de : <ul style="list-style-type: none">- réduire les hospitalisations évitables- renforcer la prise en charge en soins palliatifs
2	Améliorer : <ul style="list-style-type: none">- la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer- l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents.
3	Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes
4	Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD
5	Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge

ECART 1 : le CPOM, levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des accompagnements, n'est pas suffisamment pris en compte dans le pilotage de l'établissement. De plus, le taux d'occupation de l'établissement reste très inférieur à l'objectif du CPOM.

B. Management et Stratégie

1. La direction
[N° IGAS : 1.2.2.1] [N° IGAS : 1.2.2.6] [N° IGAS : 1.2.2.7] [N° IGAS : 1.2.2.10] [N° IGAS : 1.2.2.8]

La directrice [redacted] Elle est présente à temps complet sur l'établissement et occasionnellement elle n'est pas sur le site (une journée voire une demi-journée) pour accompagner un jeune directeur d'établissement du groupe (forme de mentorat). Elle dispose d'un master [redacted]

Il ressort des différents entretiens menés avec les professionnels et membres du CVS (dont un résident) une appréciation unanimement positive de la directrice. Celle-ci a su rétablir un climat social apaisé, installer une démarche de qualité de vie au travail et une meilleure communication pour assurer la qualité de prise en charge des résidents.

La continuité de l'activité de la direction est assurée par un dispositif d'astreinte par les chefs de services (avec une prime de compensation). L'appel à la directrice en cas de difficulté ne

² PADHUE : Praticiens à diplôme hors Union européenne

se fait qu'en deuxième attention. Le roulement conduit à la mobilisation de ces personnels un week-end par mois.

De plus, la direction a mis en place un système de roulement également le matin pour qu'un chef de service soit sur site tous les matins à 7h30.

Dans le compte rendu du CVS du 27/04/2023 il est indiqué que les cadres d'astreinte seront sur site les samedis et les dimanches. Leur nom, mail et numéro de téléphone seront communiqués à tous chaque semaine. Toutefois, l'établissement ne dispose pas de procédure formalisée d'astreinte, mais a seulement communiqué un exemple des consignes laissées par mail aux agents pendant le week-end.

REMARQUE 1 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure d'astreinte permettant d'assurer la continuité des missions de direction.

La directrice dispose d'une délégation de pouvoirs et de signature signée le 20 juin 2023 par les deux parties et transmise aux autorités de tutelle. La responsable des relations avec les familles dispose d'une délégation de signature (notamment pour les contrats de séjours et devis de moins de 150€) qui n'a pas été communiquée à la mission dans sa version complète. La version communiquée à l'inspection ne mentionne pas les éléments indiqués lors des entretiens.

REMARQUE 2 : La délégation de signature de la responsable des relations avec les familles n'est pas conforme au champ de la délégation telle qu'indiquée par l'établissement.

2. Les outils de pilotage

La mission constate que les outils de pilotage sont disponibles et communiqués. Un rapport d'activité est réalisé et devait être présenté à l'ensemble des membres du CVS le jour de l'inspection. La réunion du CVS a été reportée compte tenu de l'indisponibilité de la direction, qui en assure l'organisation, du fait de l'inspection.

Le règlement de fonctionnement :
[N° IGAS : 1.2.1.1] [N° IGAS : 1.2.1.2]

Sur la forme, Le règlement de fonctionnement est affiché à l'entrée de l'établissement dans un livret plastique feuilletable. Ce règlement de fonctionnement datant du 31 octobre 2023 est un modèle type de règlement de fonctionnement du groupe. Le règlement de fonctionnement est remis aux résidents à leur arrivée.

Sur le fond, le règlement de fonctionnement comporte une très grande partie des dispositions obligatoires prévues dans le CASF, toutefois, il ne détaille pas l'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles. Les volets relatifs à la dépendance et aux soins en général ne sont pas suffisamment présentés et notamment l'accompagnement proposé. Il n'est pas fait mention des nouvelles missions du CVS en matière d'évaluation de l'établissement, d'enquêtes de satisfaction et de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance prévue par le décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du Conseil de la Vie Sociale et autre forme de participation.

La mission constate que ce règlement de fonctionnement n'est pas respecté et manifestement pas intégralement connu puisque les animaux domestiques par exemple y sont interdits alors que le chien d'un personnel est régulièrement présent sur le site.

ECART 2 : En ne présentant pas dans le règlement de fonctionnement l'ensemble des dispositions réglementaires, l'établissement contrevient à la l'article L311-7 du CASF et aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF.

Le projet d'établissement :

[N° IGAS : 1.2.1.4] [N° IGAS : 1.2.1.5]

Concernant le projet d'établissement, l'établissement a communiqué la version du 22.05.2023 applicable de 2023 à 2028. L'analyse du projet fait apparaître une construction claire et cohérente du document. Il fixe les axes stratégiques et les objectifs de développement de la structure détaillés et évaluables (avec les responsables identifiés). Les 3 axes stratégiques sont notamment :

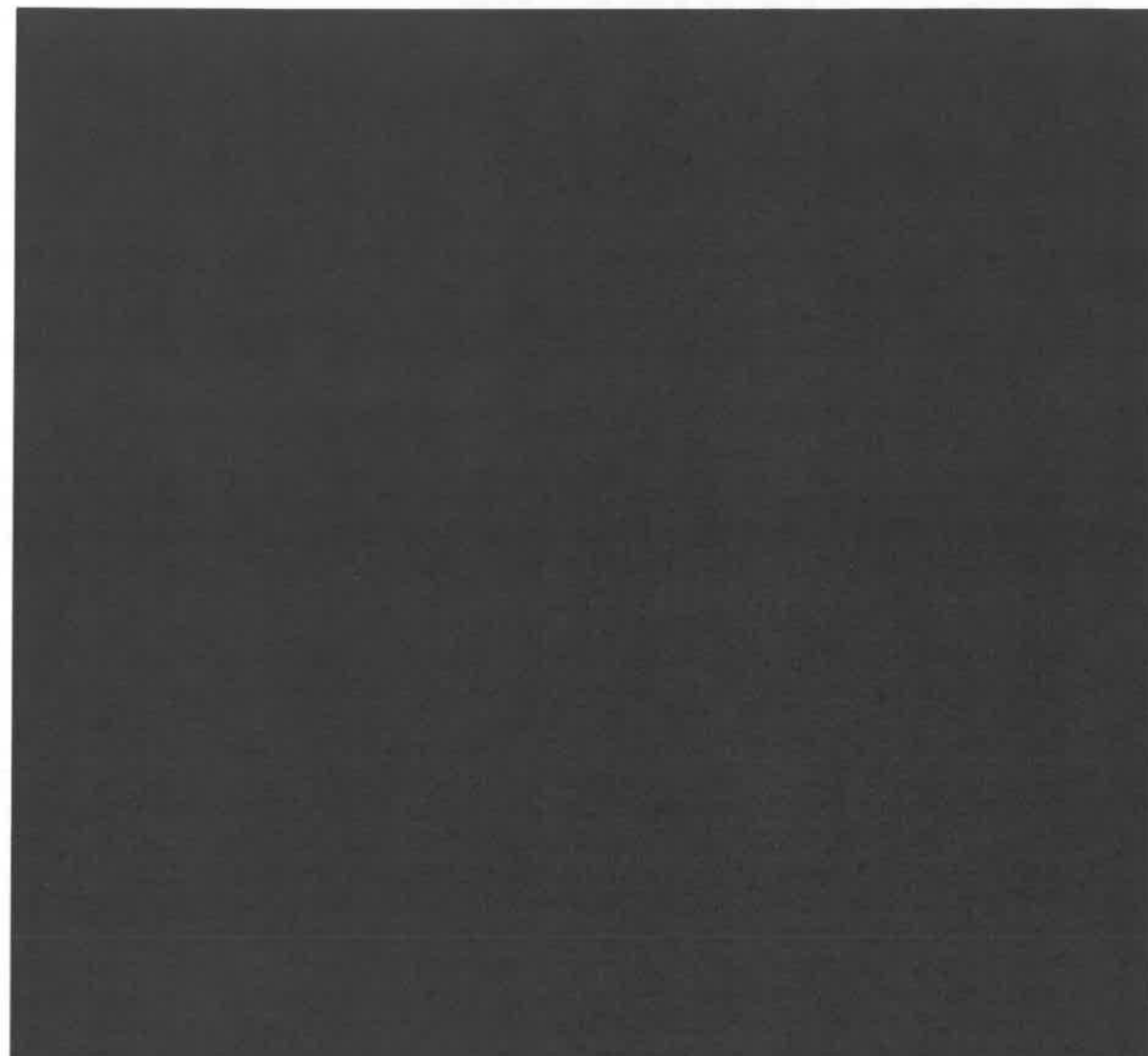
- « Garantir un accompagnement qui favorise une bonne santé mentale et physique »,
- « Assurer une qualité et un sentiment de bien-être au travail à l'ensemble des collaborateurs »,
- « Développer le rayonnement de Saint-Simon en s'ouvrant sur l'extérieur ».

Il rappelle les orientations du projet régional de santé en matière d'autonomie et reprend également les objectifs du CPOM. Le projet est inscrit dans l'écosystème de l'établissement et de l'offre du 20^e arrondissement. La promotion de la bientraitance est explicitée et repose essentiellement sur la commission éthique et bientraitance.

De plus, la mission constate un manque de précisions concernant le projet d'animation de l'établissement (cibles chiffrées de participants, rôle des bénévoles, la nature du travail effectué avec les résidents et leurs proches pour maintenir les liens).

Si l'existence du projet d'établissement est connue des professionnels à qui il a bien été communiqué, il n'est pas concrètement adapté aux projets actuellement portés et ne joue pas un rôle de référence dans l'orientation et les actions de l'établissement. Ainsi, malgré son élaboration récente, la direction indique ne pas avoir travaillé à son appropriation car il a vocation à prochainement évoluer. Alors même que le projet comporte un volet sur « la vie de notre projet », celui-ci n'a pas non plus fait l'objet d'un suivi. Lors de l'entretien, [REDACTED] indique que le volet soin n'est pas suffisamment développé et que sa révision est prévue en mai prochain. Celle-ci doit permettre, tout en conservant la construction stratégique et claire du projet, de valoriser les actions menées au sein de l'établissement et non décrites dans l'actuel projet. Il importe également de veiller à une réelle appropriation du document et de son suivi afin de donner tout son sens à cet outil managérial. Cette appropriation est d'autant plus stratégique que, comme nombre d'outils internes essentiels à la conduite de l'établissement et à la bonne information des professionnels et résidents, le projet d'établissement est issu d'une trame régionale.

Le projet d'établissement intègre une analyse intéressante de type SWOT de l'établissement :



REMARQUE 3 : Si le projet d'établissement a bien été réalisé et est en vigueur, la mission constate que l'existence de ce document n'est que formelle et qu'il ne correspond plus à la réalité de l'établissement.

Le plan bleu :
[N° IGAS : 1.2.1.6]

L'analyse des risques est effectuée au sein de l'établissement et la démarche est aboutie. La direction apparaît très sensibilisée sur l'importance de l'anticipation des risques et de la formation des professionnels aux situations critiques. La direction a notamment indiqué travailler à la préparation de l'établissement à l'horizon des Jeux olympiques et paralympiques. Sur ce sujet, la question de continuité des prises en charge fait l'objet d'un groupe de travail inter-EHPAD du groupe. L'établissement s'est interrogé en amont sur la question du recrutement, de l'accessibilité et la disponibilité des parkings.

Dès le 15 février, tous les collaborateurs devront remettre leurs congés prévisionnels.

Le risque de rupture d'approvisionnement est anticipé par la préparation d'un menu d'urgence (notamment pour le repas mixé). La direction indique avoir partagé avec les membres du CVS ces différentes problématiques.

Des exercices sont régulièrement réalisés par l'établissement ce qui témoigne de la maturité de la démarche au sein de l'EHPAD (ex : exercice attentat au mois de novembre).

Le plan bleu est rédigé et a été révisé en juin 2023. Il prévoit des actions pour les risques infectieux, de canicule, de rupture de flux (électricité, eau potable, ...).

La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement est citée sans être jointe au plan bleu, la procédure de rappel du personnel (particulièrement importante) est absente.

Il manque également la procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX). La direction indique revoir le plan bleu tous les deux ans pour notamment réviser le plan canicule.

Les réunions institutionnelles de l'EHPAD :

La stratégie managériale de l'établissement repose sur un rythme très dense de réunions. Les comitologies permettent un partage d'information très fréquent et l'implication de l'ensemble des professionnels de l'EHPAD. En interne, un CODIR dont les membres ont été renouvelés lors de l'arrivée de la nouvelle directrice, se réunit toutes les semaines avec l'ensemble des chefs de service. Il se tient, tous les mardis, en présence de la directrice, l'IDEC, la RRF, l'ergothérapeute, la psychologue, l'animatrice, la psychomotricienne, la responsable hébergement, le chef cuisinier, le responsable technique et l'apprentie de direction.

Un COPIL est organisé une fois par mois pour traiter différents sujets (« *EIG, sécurité au travail, projet d'établissement* » sont cités en exemple). Des bilatérales avec chacun des chefs de service ont lieu une fois par trimestre.

En dehors des temps de transmissions (d'une durée assez longue), tous les corps de métiers sont réunis tous les jours (par roulement pour assurer la continuité de service), pendant 5 à 10 minutes pour recevoir les informations du jour sur les admissions, les points d'alerte et à cette occasion une courte séance d'éveil est réalisée trois fois par semaine et animée par la psychomotricienne pour prévenir les troubles musculo-squelettiques des équipes.

Une fois par mois, les directeurs d'EHPAD de Korian sont réunis par la direction régionale pour évoquer les sujets transversaux et de gestion en comité régional.

En ce qui concerne les réunions externes, là encore la comitologie est complète. Plusieurs commissions sont régulièrement animées : une commission éthique/bientraitance, une commission restauration, une commission de coordination gériatrique. Les familles sont réunies toutes les 8 semaines en réunion institutionnelle.

3. Climat social :

La mission s'est entretenue avec plusieurs professionnels, la direction et deux membres du CVS et constate que le climat social de l'établissement est apaisé en comparaison avec les difficultés (grèves) qu'a connu l'établissement. Les représentants du personnel affirment également que les relations de travail sont bonnes et les éventuelles doléances sont entendues par la direction. Ils se félicitent du remplacement d'équipements lorsqu'il apparaît

nécessaire. Pour les représentants interrogés, le *turn over* de la direction était à la source des conflits au sein de l'établissement.

Toutefois deux situations ont été rapportés à l'équipe d'inspection.

Le manque d'encadrement en cuisine du fait de l'absence de remplacement du chef conduit les professionnels à une situation très difficile. Cette situation fait l'objet de mesures de la part de la direction consciente du problème.



C. Animation et fonctionnement des instances de participation

Le CVS :

[N° IGAS : 1.3..3.1]

L'acte instituant le CVS de L'EHPAD Saint-Simon, conformément à l'article D311-4 du CASF a été transmis. Les élections du CVS ont eu lieu le 10 mars 2023. Les membres sont élus pour un an.

Le CVS, pour les membres des 4 collèges élus, est constitué de :

- 2 titulaires des personnes accompagnées et 1 suppléant,
- 1 titulaire des professionnels de l'établissement et 1 suppléant,
- 2 titulaires des familles ou proches aidants des personnes accompagnées et 1 suppléant,
- 1 titulaire des représentants légaux des personnes accompagnées et 1 suppléant.
- 2 membres de droit : le médecin coordonnateur et un représentant de l'équipe médico soignante.

Le règlement intérieur du CVS daté du 27 avril 2023 et signé par les membres du CVS précise dans l'article 2 du titre 2 que le directeur est membre de droit du CVS, ce qui n'est pas conforme au décret du 2022-688 du 25 avril 2022.

ECART 3 : Le directeur de l'EHPAD étant membre de droit du CVS, sa composition telle que listée dans l'acte instituant le CVS n'est pas conforme au décret 2022-688 du 25 avril 2022.

4 compte rendu de CVS ont été transmis à la mission : le 07/06/2022, 28/11/2022, 27/04/2023, 29/09/2023.

Un CVS était prévu le jour de l'inspection et a été reporté.

Lors du CVS du 27 avril 2023 il a été présenté les membres élus de chaque collège du CVS suite aux élections et le règlement intérieur signé.

Celui-ci prévoit que le secrétariat de la séance est confié à un membre désigné par et parmi les personnes accompagnées qui établit le compte rendu.

A la lecture des comptes rendus, les thématiques suivantes sont abordées systématiquement :

- Les RH : postes vacants, arrivées, départs,
- Les projets : livret d'accueil,
- Calendriers festifs.

Lors des CVS du 27/04/2023 et 29/09/2023, un point sur les événements indésirables graves (EIG) a été présenté. Toutefois, les mesures correctrices ne sont pas présentées. Le compte rendu du 27/04/2023 présente un point sur les EI/EIG du premier trimestre 2023 et annonce qu'un point sera fait à chaque trimestre. Il rappelle la définition des EI et EIG, les modalités de déclaration, mais ne présente qu'un bilan chiffré et très peu descriptif de ces EI/EIG sans faire état des mesures correctrices et préventives mises en place.

Les comptes rendus sont clairs et détaillés et démontre l'effort pédagogique d'explication concernant les aspects juridiques : explication des décrets et de la définition des EIG.

Depuis l'arrivée de la nouvelle direction, les ordres du jour sont communiqués en amont et les comptes rendus sont envoyés aux membres du CVS et repris dans le flash info hebdomadaire transmis par mail aux familles chaque semaine. Ils figurent également dans le lutin de documents situé à l'entrée de l'établissement.

La direction indique qu'un point EIG sera présenté systématiquement, les retours d'expérience, ainsi qu'un point RH. Un point cuisine a été fait lors du dernier CVS en raison de l'absence d'un chef cuisinier.

La mission note que les comptes rendus des CVS ne sont pas signés.

ECART 4 : Il n'est pas présenté au CVS un bilan des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ni des mesures correctrices mises en place ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

ECART 5 : Au regard des comptes rendus reçus, le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2022 et 2023 et le CR du CVS n'est pas signé par le président, ce qui contrevient aux articles D311-16 et D311-20 du CASF.

Outre les réunions institutionnelles indiquées plus haut, un « flash info » est envoyé par mail aux familles toutes les fins de semaines par mail. Les occasions de participation des résidents et de leur famille est importante, ce qui est de nature à favoriser la prise en compte de la parole des personnes prises en charge et à améliorer la qualité d'accompagnement.

D. Gestion de la qualité

1. La démarche qualité

[N° IGAS : 1.4.1.7]

L'établissement a transmis les projets d'amélioration continue de la qualité (PACQ) 2021, 2022, 2023 et 2024.

Les actions sont issues des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents et du personnel, et des audits de satisfactions internes.

Le PACQ 2023 est important : il comporte 308 actions, issues des groupes de travail, audits internes, cartographie de risques et événements indésirables. Le tableau de suivi fait apparaître 108 actions finalisées, 108 en cours et 92 non initiées.

Le PACQ 2024 s'articule autour de 7 axes :

- Qualité de vie au travail,

- Management de la qualité et des risques,
- Parcours du patient/résident-Soins,
- Prise en charge médicamenteuse,
- Droit et accompagnement du patient/résident et de son entourage,
- Dossier du patient/résident,
- Gestion des ressources humaines.

Le PACQ se décline en 12 actions. 3 sont en cours et 9 ne sont pas initiées, mais la date de fin prévue de chaque thème est fixée au maximum au 31/12/2024.

Les tableaux de suivi prévoient le ou les pilotes de l'action, le processus, l'objectif de l'action, l'action, les dates de début et de fin et l'état d'avancement, ainsi qu'une évaluation des actions. Les dates sont ajustées au cours de l'année en fonction de l'état d'avancement.

La direction indique à l'équipe d'inspection qu'il n'y a pas de référents qualités dans l'établissement. De fait, la directrice est la référente, aidée par la stagiaire de direction.

Un ou plusieurs membres du comité de direction (Codir) sont pilotes sur chaque action et l'on note la présence de la directrice parmi les pilotes.

Chaque chef de service est en charge du suivi de sa partie et le PACQ fait l'objet de 2 comités de pilotage par an.

En matière de bientraitance, 4 actions en direction des salariés sont prévues en 2024 pilotées par les membres du Codir sur les droits et l'accompagnement du résident et de son entourage.

2. Les évaluations internes et externes [N° IGAS : 1.4.2.1]

La dernière évaluation interne date de 2013.

Une enquête de satisfaction est menée chaque année auprès des résidents et des familles. Les enquêtes de satisfaction 2022 et 2023 ont été transmises. Elles ont abordé les thématiques suivantes :

- La satisfaction globale de l'établissement,
- La recommandation de l'établissement à un proche,
- La considération et le respect apportés au proche,
- Le rapport qualité prix.

Peu de résidents et familles ont répondu en 2022 (20 résidents et 49 familles). Ce nombre augmente en 2023 : 38 résidents, et 55 familles.



Les résultats d'une enquête externe datant de 2014 ont été transmis ainsi que le rapport d'une évaluation interne réalisée au second semestre 2013.

La direction indique qu'une évaluation externe va être menée les 13 et 14 juin 2024, et qu'un audit 360 se déroulera les 29 février et 1^{er} mars 2024.

3. La promotion de la bientraitance
[N° IGAS : 1.4.3.1] [N° IGAS : 1.4.3.2] [N° IGAS : 1.4.3.3]

Le projet d'établissement (PE) 2023-2027 prévoit 3 axes de la politique de promotion de la bientraitance :

- La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance,
- Le signalement des faits de maltraitance,
- La gestion et l'analyse des situations avérées de maltraitance.

Le PE prévoit l'instauration d'une commission d'éthique animée par un référent bientraitance, à réunir une fois par an. Cette commission est bien régulièrement réunie et la direction indique que les proches des résidents animent parfois ces temps d'échange.

Un comité éthique et bientraitance se réunit trois fois par an. Une réunion est prévue peu de temps après l'inspection sur le thème de l'intimité. La suivante sera consacrée aux mesures de protection juridique.

En 2024, une charte bientraitance doit être co-rédigée avec les salariés et les résidents. Les référents de cette action sont d'ores et déjà nommés.

La charte des droits et libertés individuelles de la personne âgée dépendante ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont en annexe du livret d'accueil.

Le règlement de fonctionnement annexé au contrat de séjour indique dans le paragraphe sur les règles relatives au règlement des litiges et aux cas de maltraitance le moyen de recours aux personnes qualifiées pour les résidents en cas de maltraitance et le numéro de l'association ALMA (Allo Maltraitance des Personnes Agées).

Le livret d'accueil du salarié et le livret d'accueil du collaborateur ne font pas état de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, ni de l'obligation de signalement.

L'affiche ALMA comportant le numéro d'appel victime figure dans le livret plastique feuilletable situé à l'entrée de l'établissement, positionnement dans un lutin qui ne rend pas les informations facilement visibles.

En matière de formation, une formation-sensibilisation interne animée par l'attachée de direction « droits et libertés de la personne accueillie » a été organisée le 25 octobre 2023 à l'attention de 11 personnes. Le plan de formation 2023 ne fait pas apparaître de formation sur le sujet de la bientraitance et lutte contre la maltraitance bien que des sensibilisations ont été dispensées selon les entretiens.

Le plan de formations internes de janvier à juillet 2024 indique une formation bientraitance en janvier, animée par la directrice et prévoit une sensibilisation obligatoire en mars à la promotion de la bientraitance. Le document ne permet pas de savoir le nombre de personnes formées, ni la durée de la formation.

Des formations sur le consentement sont organisées et des retours d'expérience (RETEX) sont organisés à la suite d'EIG, en présence de la direction et du responsable qualité Korian.

Il existe des formations sur la vie affective et la sexualité. Un support de formation a été transmis, mais la mission ne peut déterminer le nombre de personnes formées et les dates. Il

19/61

est indiqué à la mission qu'une formation avec un psychologue aura lieu en mars avec des échanges prévus autour du consentement.

La mission note que les actions de promotion de la bientraitance se mettent en place depuis 2023. Il s'agit d'actions de sensibilisation interne, qui ne sont pas recensées dans les plans de formation.

REMARQUE 4 : Le numéro d'appel des victimes de maltraitance n'est pas suffisamment visible dans l'établissement.

Les situations de maltraitance sont bien mentionnées dans la procédure de signalement des EIG du [REDACTED]

La fiche de procédure mentionne bien :

- les comportements violents de la part d'usagers, envers d'autres usagers ou du personnel,
- les actes de malveillance,
- les comportements violents sur le personnel.

Cette fiche ne mentionne pas les situations de harcèlement sexuel.

Un RETEX analyse une agression sexuelle survenue [REDACTED] entre 2 résidents. Il est notamment indiqué à la mission deux dysfonctionnements : l'absence de staff thématique et la méconnaissance de la fiche réflexe en cas d'agression sexuelle, pourtant prévus dans le plan d'action afférent.

REMARQUE 5 : L'établissement n'organise pas un temps d'analyse des pratiques.

E. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

1. L'enregistrement et le suivi des enquêtes de satisfaction, réclamations et plaintes : [N° IGAS : 1.5.1.1]

S'agissant des réclamations et plaintes des résidents et familles, il n'existe pas de registres. Des entretiens avec les résidents et les familles, il ressort que celles-ci contactent la direction par téléphone, mail, ou s'adressent à l'accueil en cas de réclamation.

Les réclamations et les remerciements sont ressaisis dans une application dont un extrait de l'année 2023 a été transmis à la mission. Il y est mentionné la date, la nature de la réclamation, l'état d'avancement du traitement (en cours ou clôturé). Ce document ne permet pas de connaître le traitement définitif de la réclamation, ni si un bilan global est tiré.

A noter que les EIG y figurent également, dont certains n'ont pas été déclarés aux autorités de tutelle et sont traités comme des réclamations : délivrance de mauvais médicament, agression d'une résidente par un résident dans l'EHPAD et présence d'hématomes.

REMARQUE 6 : Il n'est pas mis à disposition de cahier de recueil des réclamations ou doléances des résidents et des familles permettant une vraie traçabilité, préalable à leur analyse et à leur traitement.

2. La procédure de signalement, suivi et analyse des EI et EIG
[N° IGAS : 1.5.1.3] [N° IGAS : 1.5.1.5] [N° IGAS : 1.5.1.6]

Une fiche de procédure EIG et EIGS rédigée par la direction régionale qualité de Korian a été transmise. Cette fiche datée du 27/06/2023 est très détaillée et destinée à l'ensemble des professionnels des établissements médico-sociaux et sanitaires.

La procédure prévoit l'analyse approfondie des causes de chaque EIG et le plan d'action dans le mois suivant l'incident. La fiche mentionne bien l'obligation de signalement à effectuer auprès d'autres autorités (Conseil des médecins ou infirmiers, en fonction de sa nature).

La direction indique que les chefs de service et la directrice sont en charge de la transmission des EIG aux autorités de tutelle et que la directrice est elle-même en charge des signalements. Depuis l'arrivée de la nouvelle direction, il n'y a pas eu d'évènement nécessitant une déclaration auprès des instances judiciaires. La culture du signalement va se développer avec le déploiement sur l'EHPAD du logiciel [REDACTED] qui permet le signalement des EI et EIG.

Des affiches « signaler un EIG » sont apposées dans différents locaux de l'établissement. Elles rappellent ce qu'est un EIG, la conduite à tenir et les personnes du Codir et du siège de Korian à contacter en semaine et les week-end et jours fériés. Les personnels rencontrés le jour de la mission connaissent la procédure de signalement des EIG.

La direction indique que [REDACTED] EIG se sont produits en 2023 et ont été déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris. La mission note que, en 2023, 1 seul EIG a été déclaré à la Ville de Paris (incendie) et 1 EIG en 2024 à ce jour (concernant la mise sur les réseaux sociaux de photos de résidents).

La direction indique que la présentation systématique des EIG en CVS va être instaurée.

Des analyses RETEX sont instaurées depuis le 2^{ème} semestre 2023, comme le prévoit la fiche de procédure. La mission est destinataire des fiches RETEX EIG [REDACTED] (fugues et agression sexuelle). Les fiches comprennent la description de l'EIG, les acteurs, les écarts identifiés, l'analyse de l'EIG suivant la méthode 5M, le fonctionnement de la cellule de crise et le plan d'action. On note une volonté d'analyse des EIG depuis le second semestre 2023.

Une formation déclaration EI/EIG dispensée par [REDACTED] a eu lieu les 15 et 26 septembre 2023, à destination de 32 personnes.

La mission relève que les procédures communiquées ne mentionnent pas la déclaration des EI/EIG à Ville de Paris. La protection des salariés qui émettent des signalements n'est pas mentionnée. La fiche renvoie à la charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables qui n'est pas jointe.

ECART 6 : L'établissement, en ne déclarant pas à toutes les autorités administratives compétentes les dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ni l'ensemble des évènements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, contrevient aux articles L. 331-8-1, R.331-8 et 9 du CASF et L1413-14 du CSP.

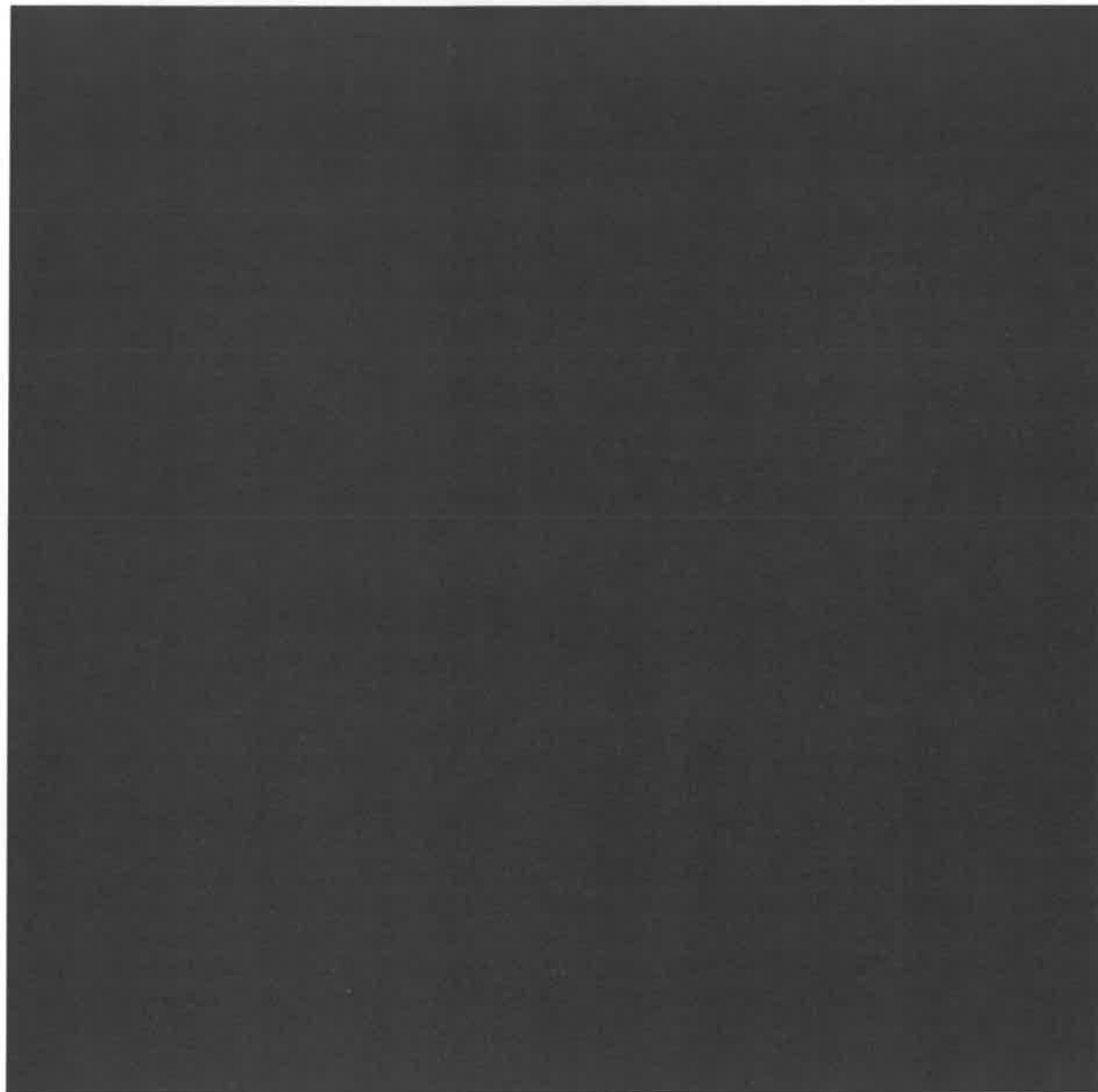
ECART 7 : La protection des salariés déclarant un EIG n'est pas rappelée dans la fiche de procédure des EIG ni dans les affiches « signaler un EIG », ce qui contrevient à l'article L313-24 du CASF.

II. Fonctions support

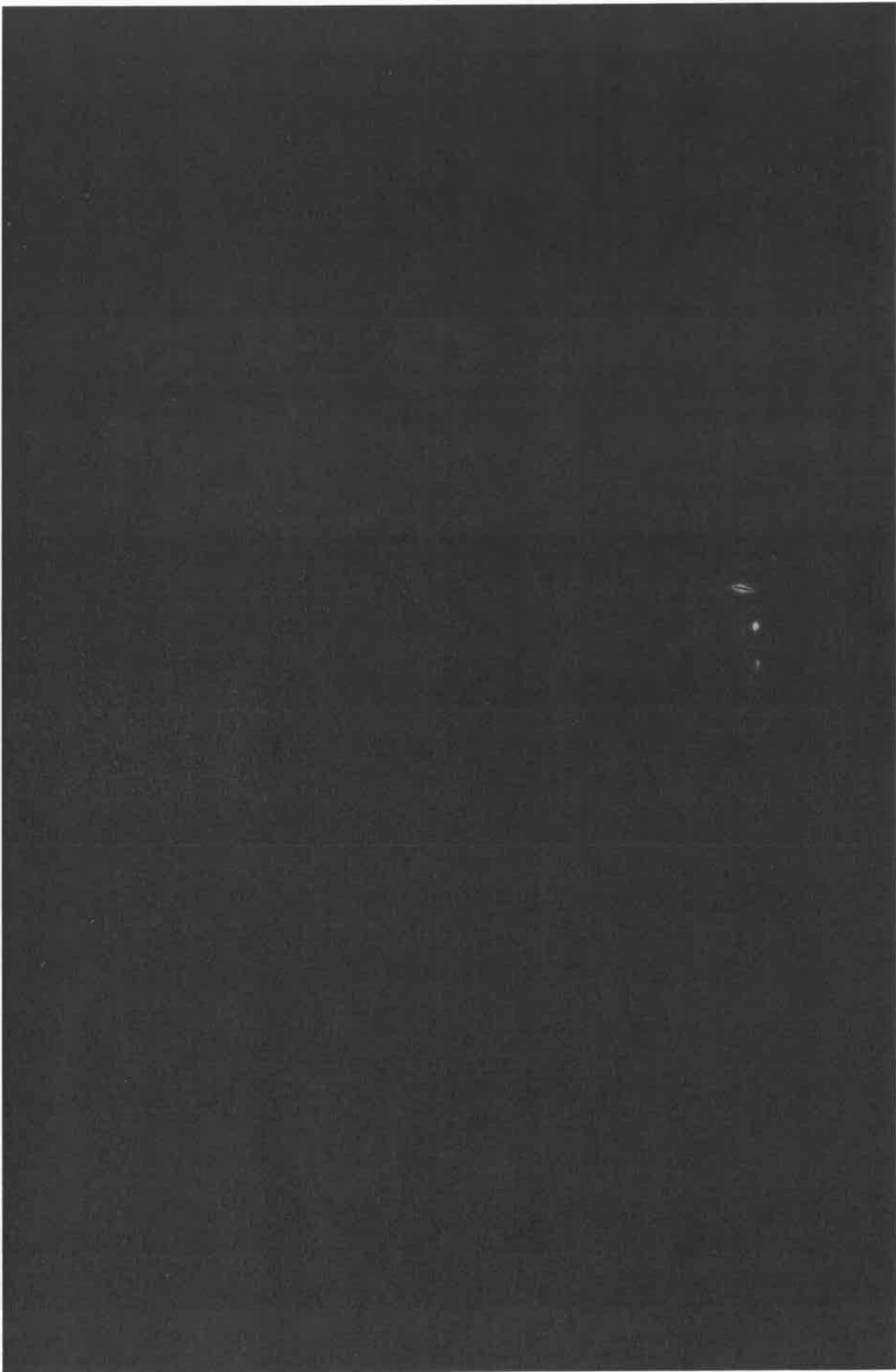
A. Gestion des ressources humaines

1. Situation général des effectifs

- Composition de l'équipe pluridisciplinaire



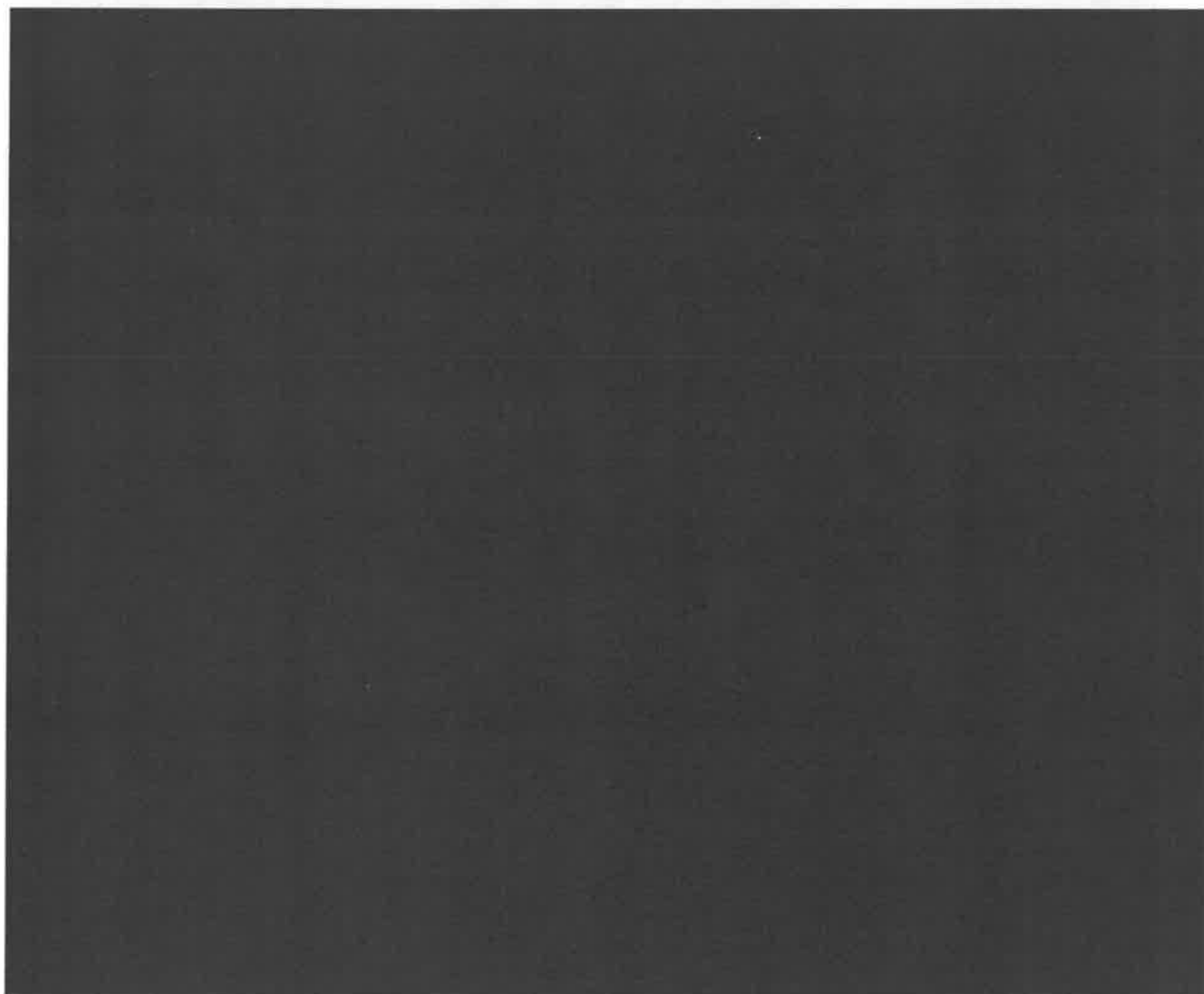
³ L'indication « pas de dossier » signifie que le dossier ne se trouvait pas dans l'armoire où sont centralisés les dossiers des agents en CDI le jour de l'inspection (tous les dossiers des agents en CDI ont été consultés).





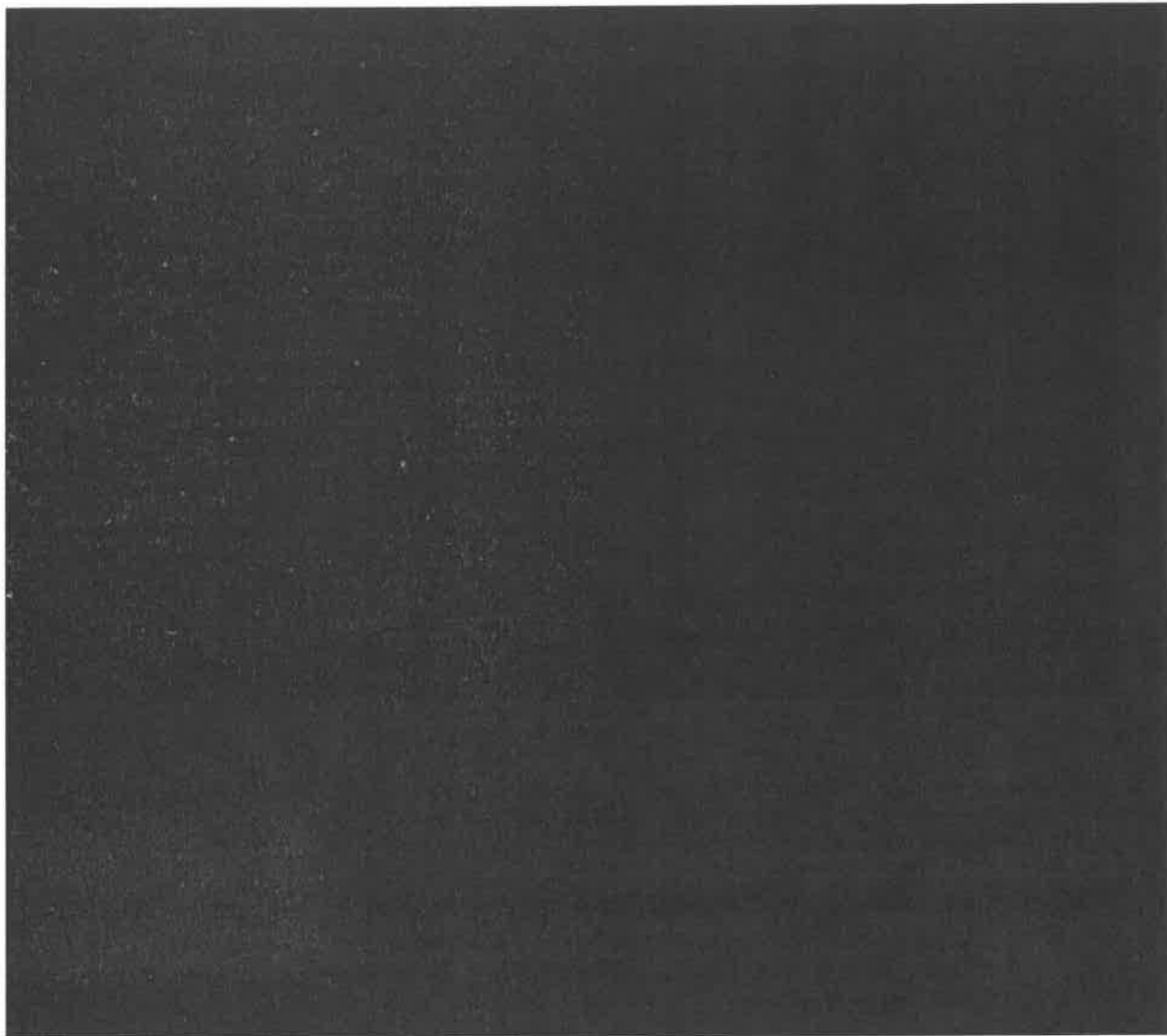
REMARQUE 7 : La présence d'une aide-soignante dans l'organigramme alors qu'elle est mise à disposition dans un autre établissement fausse l'information en matière de ressources humaines et de taux d'encadrement réel.

- Les différents types de contrats [N° IGAS : 2.1.1.6]



⁴ Comprend les apprentis et stagiaires

⁵ L'item temporaire, signifie que le contrat CDD est en train d'être validé sur le logiciel RH ou qu'il s'agit d'un contrat en train d'être finalisé.



- Taux d'absentéisme et *turn over*⁷ [N°IGAS : 2.1.1.3]

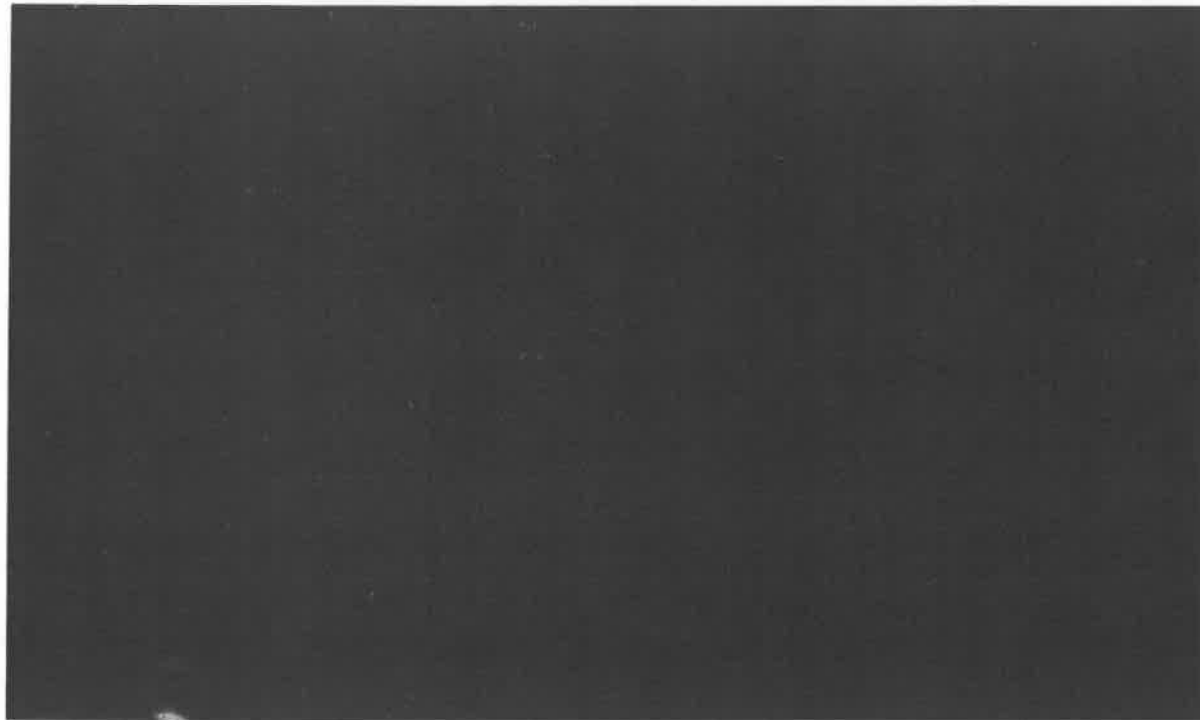


- Ancienneté des équipes



⁶ Document KORIAN intitulé « France Ressources Humaines » mis à jour au 19/02/2024

⁷ Données issues du document précité.



2. Organisation du travail :
[N° IGAS : 2.1.4.2] [N° IGAS : 2.1.4.4]

L'établissement a fourni des « fiches de fonction » ou « métier » et des « fiches de postes ».

- ❖ **Les fiches de fonctions ou fiches métiers** sont des documents types indiquant le statut, la qualification, l'expérience requise, la position dans l'organisation (rattachement hiérarchique et fonctionnel) et les missions principales ensuite déclinées en activités.

Les missions de l'IDEC sont les suivantes :

- Assurer l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins,
- Assurer la continuité et la qualité des soins par un management d'équipe fédérateur et motivant,
- Participer au bon fonctionnement et au rayonnement de l'établissement.

Les missions du médecin coordonnateur en EHPAD sont les suivantes :

- Garantir les bonnes pratiques gériatriques,
- Participer à l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soin,
- Garantir la continuité des soins,
- Promouvoir les actions de prévention et santé publique,
- Participer au rayonnement de l'établissement au sein du territoire et organiser des rencontres entre confrères,
- Implications ponctuelles dans d'autres missions ou instances nationales en lien avec la direction médicale France.

La fiche de fonction du médecin coordonnateur correspond au décret du 5 juillet 2019.

Les missions du médecin prescripteur en EHPAD sont les suivantes :

- Assurer le suivi des résidents et la continuité des soins
- Participer à l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'établissement et médical

- Contribuer à l'amélioration continue de la démarche qualité, gestion des risques et de certification
- Participer à l'inscription de l'établissement dans les filières des soins

Les missions des IDE sont les suivantes :

- Maintenir et promouvoir la santé et l'autonomie des résidents/patients,
- Participer au bien-être et au confort des résidents/patients,
- Contribuer à la continuité des soins et à sa bonne mise en place.

Les missions des AS sont les suivantes :

- Réaliser les soins des résidents,
- Accompagner de manière individualisée les résidents dans leur quotidien et assurer leur confort,
- S'informer et faire circuler l'information concernant le résident.

Les fiches de fonction des ASH et des serveurs ont également été transmises. En revanche, la fiche de fonction pour les AVS n'a pas été transmise.

- ❖ **Les fiches de poste** correspondent, quant à elles, à la déclinaison des tâches horaires en fonction du cycle de travail.

L'établissement dispose de :

- ⇒ 3 fiches de postes d'IDE de jour sur la base de 10h30 par jour / 151,67h mensuel et le dimanche travaillé, correspondant à 3 tranches horaires différentes incluant 1h30 de pause : 7h-19h / 8h-20h / 8h30-20h30.
- ⇒ 3 fiches de postes d'aide-soignant de jour sur la base de 10h30 par jour / 151,67h mensuel et le dimanche travaillé, correspondant à 3 tranches horaires différentes incluant 1h30 de pause : 7h30-19h30 / 8h15-20h15 / 8h30-20h30.
- ⇒ 2 fiches de postes d'aide-soignant de nuit sur la base de 10h30 par nuit / 151,67h mensuel et le dimanche travaillé, correspondant à 2 tranches horaires différents incluant 1h30 de pause: 19h30-7h30 / 19h45-7h45.
- ⇒ 3 fiches de poste d'ASH, 1 sur la base de 8h par jour / 151,67h mensuel (tranche 8h-17h30 incluant une pause de 1h30, 1 sur la base de 6h30 par jour / 132h mensuel (tranche 9h30-16h30 incluant 30 mn de pause) et 1 à temps partiel sur la base de 5h30 par jours / 93,17h mensuel (tranche 10h-15h30 incluant 1h de pause).
- ⇒ 1 fiche de poste de serveur a été transmise sur la base de 10h30 /151,67h mensuel et le dimanche travaillé sur la tranche 8h-20h incluant 1h30 de pause. Un document portant sur l'organisation des serveurs montre qu'il y a également un poste de serveur sur le créneau 10h30-18h30.
- ⇒ 1 fiche de poste AVS sur la base de 10h30 (7h30-19h30).

A noter qu'il est mentionné à la fin de chaque fiche de poste : « la fiche de poste est non exhaustive : chaque employé est tenu de prêter main forte à ses collègues et à veiller au bien-être de chaque résident ». Il importe à la direction d'être vigilante dans la concrétisation de cette mention qui ne doit pas conduire à des glissements de tâches. Le compte rendu de la réunion des représentants de proximité du 29/01/2024 indique que les représentants de proximité ont fait remonter des situations de glissements de tâches qui portaient sur les tâches en hébergement et en cuisine. Ces glissements sont dus à des difficultés d'effectifs qui sont décrits comme conjoncturels.

En ce qui concerne les agents positionnés sur des postes d'AS et ayant des diplômes d'AVS ou d'AMP, ils peuvent être amenés à faire des tâches ne relevant pas de leur niveau de diplôme étant donné que leur fiche de poste correspond à la fiche de poste d'AS. Il est rappelé

que les postes d'AVS sont des métiers de la filière sociale et que certains actes relevant de l'alimentation des personnes, de l'hygiène, de la sécurité et des soins ne peuvent être effectués que par du personnel de la filière soignante. En cas de problèmes, la responsabilité de l'agent et celle de l'établissement pourra être engagée.

Lors des entretiens, il a été remonté des situations où la toilette d'un résident avait été réalisée par un stagiaire seul.

ECART 8 : Trois postes d'AS accomplissant les tâches décrites sur les fiches de postes d'AS sont occupés par des agents n'ayant pas le diplôme afférant, ainsi la répartition des missions entre les aides-soignants et les autres professionnels, notamment quant à la réalisation des soins, ne garantit par le respect des articles L.4391-1 et R.4311-4 du CSP et arrêté du 10 juin 2021.

ECART 9 : En faisant effectuer des toilettes à des stagiaires en l'absence d'accompagnement, l'établissement fait courir un risque pour la sécurité des prises en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.

3. Les plannings du personnel soignant :

- **Les plannings [N° IGAS : 2.1.4.5]**

Les plannings de tous les personnels sont effectués par l'attachée de direction qui prévient des absences et transmet régulièrement le listing des contractuels de courte durée.

A noter qu'au jour de l'inspection, les postes vacants sur le personnel soignant étaient de : 1 ETP d'IDE, 3 ETP d'AS de jour et 2 ETP d'AS de nuit.

- **IDE**

Les effectifs sont constitués de [REDACTED]

Le rythme de travail est organisé par roulement, il y a 4 horaires différents : 7h30-19h30, 8h-20h, 8h15-20h15 et 8h30-20h30.

Les séquences jours travaillés (JT), jours non travaillés (JNT) sur 14 jours sont : 2 JNT, 3 JT, 2 JNT, 2 JT, 3 JNT, 2 JT.

Le 7 février 3 IDE étaient programmés dans le planning (1 CDI sur la tranche 7h30-19h30 et 2 temporaires sur la tranche 8-20h, les CDD de ces 2 agents ont été transmis à la mission)

- **Soignants de jour**

Les équipes sont majoritairement constituées d'AS et complétées d'AES/AVS, un fort groupe de CDD vient en renfort pour atteindre les effectifs. Il y a 4 horaires de jour : 7h30-19h30, 8h-20h, 8h15-20h15 et 8h30-20h30 et les séquences jours travaillés, jours non travaillés sur 14 jours sont globalement les mêmes que pour les IDE.

Les professionnels sont répartis sur l'unité Aloïs et sur les 4 étages du bâtiment. Les prévisions de présence varient d'un jour à l'autre.

A la date de l'inspection, le 7 février, les effectifs soignants en journée prévus au planning étaient de 8 personnes réparties de la manière suivante :

- Unité Aloïs : 1 AS en CDI sur la tranche 7h30-19h30 ;

- 1^{er} étage : 1 AS en CDI sur la tranche 7h30-19h30 et 1 AES/AVS en CDI sur la tranche 8h30-20h30 ;
- 2^{ème} étage : 1 AS en CDI sur la tranche 7h30-19h30 et 1 AS temporaire sur la tranche 8h15-20h15 ;
- 3^{ème} étage : 1 AS en CDI sur la tranche 8h15-20h15, 1 AS temporaire sur la même tranche et 1 AES/AVS en CDI sur la tranche 7h30-19h30 ;
- 4^{ème} étage : 1 AS en CDI sur la tranche 8h30-20h30, 1 AS temporaire sur la tranche 8h15-20h15 et 1 AES/AVS en CDI sur la tranche 7h30-19h30 ;
- 3 IDE : 2 IDE sur la tranche 8h-20 et 1 sur la tranche 7h30-19h30.

Il a été transmis à la mission un CDD d'AS d'un mois indiqué comme étant présent le jour de l'inspection dont le nom ne figure pas dans le planning.

L'IDEC indique que ■ stagiaires (en 1^{ère} année d'ASSP) sont actuellement en stage dans l'établissement et sont accompagnées par des AS. L'arrivée de nouveaux stagiaires est prévue, mais elle indique vouloir en limiter le nombre au vu du temps d'accompagnement nécessaire.

La mission considère que le jour de l'inspection, les postes vacants font bien l'objet d'un remplacement et que l'établissement s'efforce de garantir la continuité des plannings.

• Soignants de nuit

Selon les plannings, il y a 1 à 2 agents par étage (globalement 1 jour sur 2, 1 agent et 1 jour sur 2, 2 agents). L'alternance est la même pour tous les étages ce qui fait qu'il peut y avoir 4 agents un soir et 8 le lendemain.

A la date de l'inspection, le 7 février, les effectifs soignants de nuit prévus au planning étaient de 4 personnes réparties de la manière suivante :

- Unité Alois : 1 AS en CDI sur la tranche 19h45-7h45 ;
- 1^{er} étage : 1 AS en CDD sur la tranche 19h45-7h45 ;
- 3^{ème} étage : 1 AS en CDI sur la tranche 19h45-7h45 ;
- 4^{ème} étage : 1 AS en CDD sur la tranche 19h45-7h45.

Le rythme de travail sur 14 jours est généralement le suivant : 3 NT (nuits travaillées), 2 NNT (nuits non travaillées), 3 NT, 1 NNT, 4 NT, 1 NNT.

Il a pu être constaté des incohérences ou des erreurs, notamment sur le mois de janvier 2024, un AS de nuit à l'unité Alois a été programmé 8 nuits d'affilée.

REMARQUE 9 : La répartition des agents de nuit est très variable selon les jours, passant de 4 agents à 9 en fonction des plannings sans que cette variation ne se justifie par l'évolution des besoins des résidents.

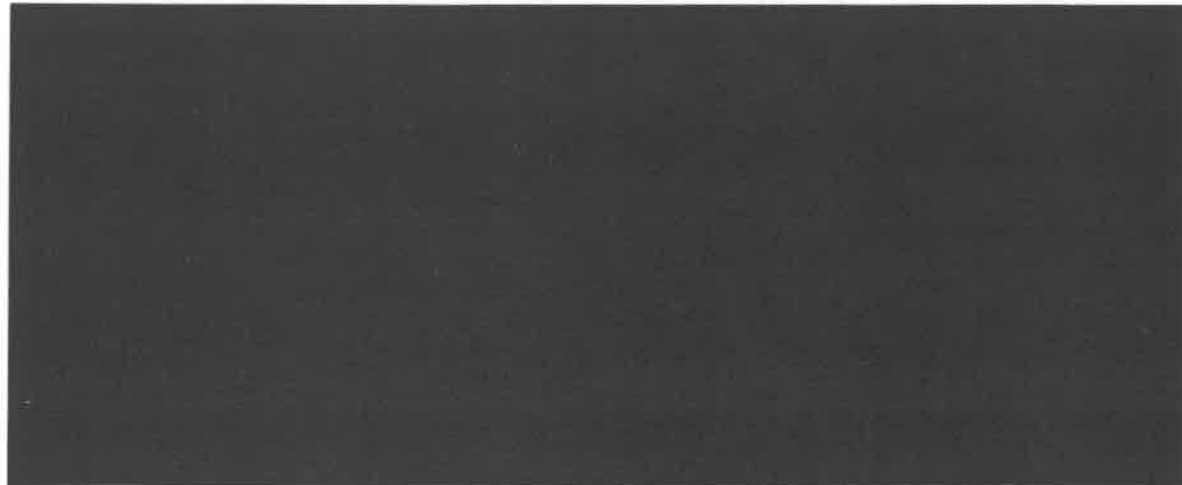
• Gestion des absences imprévues et taux d'encadrement [N° IGAS : 2.1.4.7]

Il existe une procédure prévoyant l'organisation des soins en mode adapté datée du 28/06/2021 qui définit l'organisation des soins mise en place lors de l'absence d'un ou plusieurs personnels soignants (IDE/AS) initialement prévus en situation normale. La procédure détaille les prérequis, les grands principes (continuité des soins dans le respect de la réglementation), la conduite à tenir en cas d'absence d'IDE, d'AS de jour, d'AS de nuit.

En cas d'absence d'IDE, les actes de soins et la distribution des médicaments sont organisés, ils ne peuvent pas être réalisés par les AS/AES. En cas d'absence d'AS, l'UVP est prioritaire dans l'organisation.

Concernant le taux d'encadrement, le CPOM prévoit dans son objectif N°2 « Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes », une action 1 qui vise à assurer l'adéquation entre la charge de travail en soins et en dépendance et les effectifs présents et notamment de :

- *Lisser sur 5 ans la charge en soins par IDE (HP uniquement) avec comme indicateur de suivi : Charge en soins par IDE = (PMP X capacité autorisée HP / nombre IDE) cible <4 300 points PMP ;*
- *Lisser sur 5 ans la prise en charge en dépendance par AS/AMP (HP uniquement) avec comme indicateur de suivi : Charge en dépendance par AS/AMP = (GMP X capacité autorisée HP / nombre AS/AMP) cible <3 200 points GMP.*



Il ressort par ailleurs des entretiens avec des personnels soignants, qu'ils doivent accompagner 10 à 12 résidents et qu'ils ne peuvent pas passer le temps nécessaire (au moins 30 mn) pour faire les toilettes, notamment sur les étages où se trouvent des résidents nécessitant une prise en charge plus lourde. Ce ressenti peut être lié à l'inadéquation de la coupe PATHOS/AGGIR du fait de l'augmentation du niveau de dépendance.

ECART 10 : L'encadrement des personnels soignants n'est pas suffisant pour assurer la prise en charge des résidents au regard du CPOM.

- **Les temps d'échange [N° IGAS : 2.1.3.1]**

Concernant les transmissions entre les équipes, les temps de transmission sont prévus dans les fiches de poste, en l'absence de jonction entre le personnel de nuit et le personnel de jour, les transmissions se font via [redacted] il y a par ailleurs toujours un membre du CODIR à l'ouverture.

Il a des *briefings* tous les jours à 10h avec l'ensemble de l'équipe présente (10 à 15 mn).

Pour les AS, des transmissions ont lieu avec l'IDEC à 15h tous les jours (20 à 45 mn).

La responsable hébergement anime avec la gouvernante des réunions avec les ASH (transmissions et formations).

Il y a un CLAN (comité de liaison en alimentation et nutrition) tous les 2 ou 3 mois avec l'IDEC, la Médco et l'ergothérapeute.

• **La commission de coordination gériatrique**

La commission de coordination gériatrique, qui doit se tenir réglementairement tous les ans, ne s'est pas tenue pendant 4 ans (la dernière commission s'est tenue en 2019).

Une réunion s'est tenue le 16/11/2023 en présence de la directrice, le médecin coordinateur, le médecin prescripteur, l'ergothérapeute, la psychologue, la cadre de santé, un médecin traitant, un pharmacien, 4 kinésithérapeutes et une stagiaire de direction.

Les points à l'ordre du jour étaient les suivants :

- Point sur l'année en cours,
- PATHOS et évaluation par la Medco,
- Les projets de l'établissement,
- Points divers.

Il y a une traçabilité de ce temps d'échange via le compte rendu de la réunion.

4. Formation :

• **Le plan de développement des compétences [N° IGAS : 2.1.2.1]**

L'établissement a transmis des plans de formations et des plans de sensibilisations 2022 et 2023 qui correspondent davantage à un visuel des programmations de formations.

➤ Les sensibilisations en interne

Lors de l'inspection, l'établissement a transmis un document portant sur les sensibilisations internes programmées sur les mois de janvier à juillet 2024 et indiquant s'il s'agit d'une sensibilisation recommandée, d'une sensibilisation obligatoire ou d'une formation qualité, les thèmes suivants sont listés avec un prénom ou une fonction en face (pas systématiquement), sans autre information sur ce document.

Les thématiques sont les suivantes :

Sensibilisation recommandée	Sensibilisation obligatoire	Qualité
<ul style="list-style-type: none">- Projet d'accompagnement personnalisé- Règles de bonnes pratiques contention- Accueil personnalisé- Sortie à l'insu- Suicide- Fin de vie et soins palliatifs- Hydratation- Stupéfiants- Arts de la table- Référentiel AS- Fugue	<ul style="list-style-type: none">- Douleur- Circuit du médicament- Escarres- Promotion de la bientraitance- Continence- Prévention de la canicule- Valeurs	<ul style="list-style-type: none">- Lettre des procédures- Nettoyage de la plonge et cuisine- Accueillir un nouveau résident- Température dans les étages- Troubles du comportement- Utilisation des moteurs- Service du petit déjeuner : arts de la table et du service- Mener un temps d'animation flash- Bientraitance- Frigo des étages pour AS- Chambre à blanc- Fin de vie et culte- L'agressivité chez les résidents : que faire ?- Dossiers administratifs- E-learning éthique- Tri des déchets

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Traçabilité sur [REDACTED] - Accueil de séjour temporaire - Distribution des médicaments - Gestion [REDACTED] saisir un EIG |
|--|--|

Il a été possible de recouper cette programmation avec le calendrier médical et de soins 2024 indiquant les sensibilisations obligatoires, qui sont dispensées par l'IDEC parfois conjointement avec la Médco. Il existe des petits écarts dans la planification des thématiques entre les 2 documents. L'IDEC conserve dans son bureau les listes d'émargement des agents ayant participé aux sessions de sensibilisation.

L'établissement a également transmis le tableau synthétique des sensibilisations effectuées sur l'année 2023 : par thématiques, le nombre de participants, le nombre de séances et les dates.

➤ Les formations externes

L'établissement a également remis le plan de formation 2023 dispensé par l'institut de formation KORIAN indiquant les thèmes, dates et coût des formations ainsi que les noms des stagiaires.

Les thèmes sont notamment les suivants : Sauvetage secourisme du travail, thérapies comportementales, HACCP et plan de maîtrise sanitaire, impulser une démarche de QVT, comprendre et accompagner les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, dialogue social, culture organisationnelle : méthodes et outils, pratiques du GIRage en EHPAD, initiation bureautique.

Une formation est diplômante (CQP Gouvernant établissement de santé) pour un agent qui n'est plus dans les effectifs de l'établissement.

Le plan de formation 2022 a également été transmis.

L'un des objectifs de l'axe 2 du projet d'établissement consiste à assurer des cycles de formation pour développer et/ou maintenir le niveau de compétences (réaliser tous les EAP, favoriser les VAE, construire le plan de formation annuellement avec les RPX entre autres, favoriser les formations e-learning, décliner les formations internes prévues au calendrier Korian).

Le projet d'établissement indique dans sa partie consacrée à l'unité accueillant des résidents Parkinson, un manque de formations spécifiques aux divers syndromes parkinsoniens (facteur potentiellement vecteur d'inadaptation).

La mission constate que l'offre de formation est étoffée et les entretiens avec les personnels corroborent la régularité et la diversité des formations/sensibilisations proposées.

5. Accueil des nouveaux salariés : [N° IGAS : 2.1.2.5]

L'établissement a transmis, lors du contrôle sur pièces, un livret de bienvenue pour les nouveaux salariés de KORIAN, rappelant les valeurs du groupe (Confiance, initiative, responsabilité), en indiquant les grandes lignes des primes et avantages, le remboursement des frais de transports, la mutuelle santé et prévoyance, la communication interne, l'hygiène et la sécurité, la mission emploi handicap, la diversité.

Il dispose également d'un livret d'accueil des collaborateurs propre à l'EHPAD Saint-Simon avec une fiche établissement, une description de la répartition des locaux, la vie au sein de

32/61

l'établissement (lieu de pause, modalités pour les repas, affichage des plannings, date de versement du salaire, les démarches en cas d'arrêt de travail), l'organigramme de l'établissement, le plan d'accès, les numéros d'urgence, les plans d'évacuation de sécurité incendie ainsi que la liste des référents sécurité incendie.

Lors de l'inspection, l'établissement a remis à l'équipe une note portant sur l'élaboration du parcours intégration salarié datée du 2/11/2023, les objectifs de ce parcours sont de formaliser une procédure à suivre pour l'intégration d'un nouveau salarié, de faciliter au maximum l'organisation de l'intégration et de fidéliser les équipes en proposant un suivi et un accompagnement de qualité.

Le document décrit les étapes à suivre et les documents à utiliser dans le cadre de la préparation de l'arrivée et au moment de la prise de poste du salarié.

6. Dossier du personnel et qualification [N° IGAS : 2.1.4.10]

La mission a eu accès aux dossiers du personnel, rangés dans des placards fermés par un cadenas et situés dans le bureau de l'attachée de direction.

Les dossiers des agents en CDI sont organisés globalement de la même manière :

- **Renseignements généraux** : fiche de renseignements, attestation sur l'honneur d'avoir reçu certains documents (dont la charte de bientraitance, la charte d'incitation au signalement des EI, la fiche des valeurs et de l'engagement éthique de KORIAN), attestation de réception de matériel, courrier d'information sur le système de vidéosurveillance, CNI ou titre de séjour, attestation de sécurité sociale, RIB, dossier de candidature, extrait de casier judiciaire N°3, diplôme. Et pour certains personnels : attestation du N° ADELI/RPPS, inscription à l'ordre...
- **Contrat de travail** : déclaration préalable à l'embauche, contrat de travail signé, fiche de fonction et fiche de poste signées...
- **Médical** : dossier médical d'embauche (certificats de vaccination à jour, convocation à la visite médicale, fiche d'aptitude, RQTH...), arrêts de travail maladie/maternité, accidents de travail/maladies professionnelles.
- **Gestion administrative** : absences autorisées, bons de délégation pour les représentants du personnel, notes de frais...
- **Discipline** : convocation disciplinaire, courriers disciplinaires...
- **Vie professionnelle** : carrière professionnelle (entretiens annuels, courriers de demande d'évolution ou de mobilité), formations (courriers de demandes de formation, attestations des stages de formation professionnelle, dossiers de prise en charge CIF, VAE...).

Il a été procédé à la vérification de l'ensemble des contrats de travail des dossiers des agents en CDI ainsi que les diplômes des membres de la Direction et personnels soignants. Il manquait le dossier de l'ergothérapeute (le contrat de travail et le diplôme n'ont pu être consultés), le diplôme de la psychomotricienne n'était pas dans son dossier et il n'y avait pas de dossiers pour les kinésithérapeutes libéraux qui interviennent au sein de l'établissement.

En ce qui concerne les diplômes des dossiers consultés :

- La directrice (dont le dossier n'est pas sur site) est détentricrice d'un master [REDACTED]

- La Médco possède des diplômes [REDACTED]
d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence, et un DE de docteur



La mission a comptabilisé [REDACTED] d'agents en CDD classés dans un autre placard. En cas de besoin de remplacement, l'établissement a recours à l'application [REDACTED] qui est utilisée lorsque l'établissement est à la recherche de remplaçants dans le cadre d'absences inopinées, par exemple le matin même. HUBLO est essentiellement utilisée pour les postes de soignants, infirmiers ou cuisiniers. L'établissement possède un pool de collaborateurs qualifiés sur HUBLO.

Un contrôle des contrats par échantillonnage a démontré qu'une partie des contrats ne mentionne pas le nom de l'agent remplacé sur la durée de la période.

Le jour de l'inspection, des dossiers des personnels indiqués comme étant en CDI dans l'organigramme ne se trouvaient pas parmi les dossiers « CDI » : poste d'ergothérapeute, poste d'agent d'accueil à 0,4 ETP, postes d'ASH pour 2 agents et postes d'employé polyvalent de restauration pour 2 agents.

Il manquait un contrat de travail dans un dossier d'AS de nuit. Des contrats de travail d'agents ayant un diplôme d'AS n'ont pas été actualisés (ils portent sur des postes d'AVS).

Malgré ces différents constats, la mission considère que les dossiers des personnels sont globalement bien tenus et que la procédure de gestion administrative des personnels est satisfaisante.

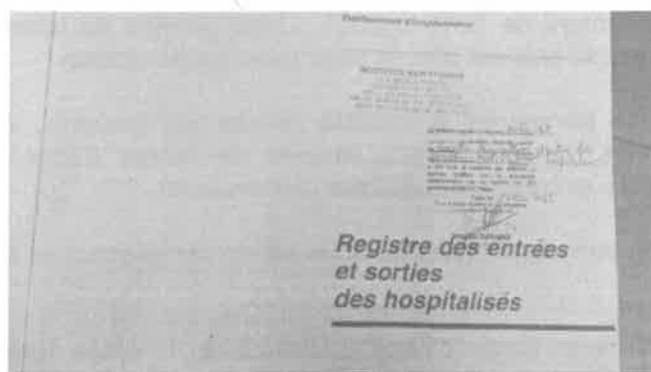
L'établissement n'a pas constitué de dossier administratif pour les professionnels libéraux qui interviennent auprès des résidents. Il a été précisé que plusieurs professionnels libéraux refusent de signer des contrats (Cf. partie relative aux partenariats).

B. Gestion de l'information

Le RAMA transmis concerne l'année 2022 et fait état d'une absence de MEDCO de janvier à août 2022. Il est essentiellement issu du logiciel [REDACTED] complété par des observations.

Le RAMA relate de la charge médicale, des caractéristiques de la population accueillie et des hospitalisations. Les indicateurs liés à la mortalité sont partiellement analysés. L'établissement a accueilli 80 résidents d'un établissement en travaux et d'autres via le dispositif ARS.

Le RAMA n'indique pas s'il y a eu des événements indésirables, ni des complications liées aux soins.



L'établissement tient à jour un registre d'entrées et sorties des visiteurs mentionnant le nom, le prénom, la date de la visite ainsi que l'heure d'arrivée et la personne visitée.

Il dispose également d'un registre d'entrées et sorties des résidents à jour et paraphé.

La mission d'inspection a regardé un échantillonnage de dossiers administratifs de résidents. Ils sont rangés dans des tiroirs fermés à clé, derrière le bureau de l'agent d'accueil et sont organisés dans des dossiers suspendus.

Les dossiers sont correctement rangés et constitués de sous-dossiers thématiques tels l'état civil, la pré-admission, le contrat de séjour et la facturation.

Il apparaît que le contenu des dossiers administratifs n'est pas systématiquement complet et à jour :

- Contrat de séjour manquant ou non daté et signé,
- Formulaire de recueil de consentement non renseigné, ni daté et signé,
- Annexes (liberté d'aller et venir, contentions...).

Aucun des dossiers étudiés n'avait les directrices anticipées, ni de PAI, les comptes rendus des réunions de synthèse, les copies de décision de mise sous protection juridique ou le formulaire du droit à l'image, CNIL.

La mission s'interroge sur le recueil du consentement de la personne accueillie en l'absence de notes ou de la signature de la personne accueillie ou de son représentant légal.

ECART 11 : Le niveau de complétude des dossiers des résidents est insuffisant et des contrats de séjours n'ont pas été signés par la personne accueillie ou son représentant légal comme le prévoit l'article D311 du CASF.

Le logiciel [REDACTED] héberge le dossier médical numérique, son accès est sécurisé. Il est utilisé par le MEDCO, les aides-soignantes, les infirmières, l'IDEC, tous les professionnels paramédicaux et quelques médecins traitants.

C. Bâtiments, espaces extérieurs et équipement

1. Etat et accessibilité des locaux

Le bâtiment est composé de 4 étages et d'un sous-sol à 2 niveaux. Il y a eu une rénovation de l'entièreté de l'établissement de 2018 à 2021. L'état général du bâtiment, des peintures, revêtements muraux et des sols est bon, le patrimoine est entretenu.

L'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite est possible, aussi bien pour les circulations horizontales (couloirs larges équipés de barres d'appui, sanitaires, locaux collectifs) et que pour les circulations verticales (ascenseurs).

Des places de parking sont disponibles au sous-sol de la résidence et sont accessibles aux PMR.

Il y a des espaces extérieurs (jardin d'hiver et terrasse au 1^{er} étage, terrasse au 2^{ème} étage). L'unité Aloïs au premier étage est sécurisée afin que les résidents ne circulent pas entre l'unité et le reste de l'étage.

1. Répartition des locaux

Sous-sol	Rez-de-chaussée	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage	3 ^{ème} étage	4 ^{ème} étage
*Parking (2 niveaux) *Blanchisserie *Local technique	*Hall d'accueil *Accueil *Salon de coiffure *Plateau de rééducation *Bureau de la direction *Salon des familles *Restaurant *Cuisine *Pôle médical *Bureau IDE/MEDEC *Salle de réunion *Salle de pause pour le personnel *Vestiaire des professionnels	*Infirmierie *Salon de télévision *espace multimédia *Jardin d'hiver *Terrasse	*Salon de télévision *Unité protégée (11 chambres Alzheimer) *Infirmierie *Terrasse *Bureau de la psychologue *Salon de relaxation	*Salon de télévision *Infirmierie *Bureau du responsable hébergement	*Salon de télévision *Infirmierie *Unité protégée (8 chambres Parkinson) *Bureau de la psychomotricienne *Salle de repos pour le personnel

Les locaux sont bien organisés et adaptés à l'accueil de personnes âgées dépendantes, l'architecture et l'aménagement intérieur sont adaptés à leur prise en charge.



Il a été constaté que les infirmeries du 1^{er} et 2^{ème} étage n'étaient pas fermées à clé. N'étaient également pas fermés : le local d'autocom, le local DASRI et un vestiaire du rez-de-chaussée.

Les différents affichages se trouvent au rez-de-chaussée, il n'y a en revanche pas d'affichages dans les étages. Il y a une signalétique à tous les niveaux.

Des audits sur la conformité de certaines « catégories » de l'établissement (Hébergement, méthodes, cuisine) sont effectuées régulièrement par la société [REDACTED]. L'audit du 24/04/2023 affiche un score satisfaisant à hauteur de [REDACTED], l'audit du 25/09/2023 affiche un score satisfaisant à hauteur de [REDACTED]. Les points de non-conformité sont détaillés dans le rapport d'audit.

La mission constate que l'état global du bâtiment et l'entretien des locaux appelle peu de remarques.

La salle de restauration est vaste. Tous les lieux communs sont propres et agréables. L'établissement dispose d'une salle de rééducation bien équipée et fréquemment utilisée.



Il a été constaté au sous-sol un stockage de denrées alimentaires et du stockage de matériels.



Parmi les denrées stockées, il y avait des packs d'eau minérale périmés.

Par ailleurs, la mission a pu constater que certains placards de rangement sont accessibles à tous et bien que les cartons soient pour la plupart vides et légers, du fait de leur équilibre précaire ces derniers pourraient tomber sur un résident.

Enfin, toute la durée de l'inspection, une salle avec des câbles électriques est restée ouverte et un fauteuil roulant bloquait sa fermeture. Cette situation a été expliquée par la présence de technicien le jour de la visite sur site. L'établissement doit veiller à la sécurité des résidents, à tout moment et cet impératif incombe également aux intervenants extérieurs, sous la supervision de la direction.



ECART 12 : En ne garantissant pas plusieurs conditions de sécurité du bâtiment, notamment la sécurisation des postes d'infirmier, des locaux d'entreposage et le local

technique, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF en ce qu'il n'offre pas un cadre sécurisé.

2. Equipements :

Les chambres de cet établissement premium sont spacieuses, bien équipées et celles qui sont occupées disposent de mobiliers personnalisés par les résidents et les sanitaires sont adaptés aux personnes âgées dépendantes. Certaines chambres sont équipées de rails, de fauteuils et de lève-malades.



Concernant l'UVP, le lieu de vie est sécurisé au 2^{ème} étage pour 11 personnes âgées atteintes de troubles psycho-comportementaux liés aux pathologies neurodégénératives de type Alzheimer ou maladies apparentées.

L'UVP comprend 11 chambres individuelles, un lieu de vie avec un espace repas, une cuisine thérapeutique ouverte, un espace d'activités, un espace détente, un poste de soin et une terrasse extérieure.



Chaque chambre dispose d'un lit Alzheimer médicalisé, d'une table de chevet, d'un bureau, d'une chaise, d'un fauteuil, d'une télévision, d'un placard avec coffre-fort. Deux chambres sont dotées de rails de transfert. Chaque chambre possède une salle de bains avec douche de plein pied, un lavabo, un WC, une sonnette d'alarme. L'UVP dispose d'affichages et de repères (repères visuels, affichage personnalisable pour aider le résident, signalétique pour indiquer les différents espaces).

Les espaces sont globalement bien équipés, un piano est à disposition et des cuisines à chaque niveau permettent de préparer des collations. La mission constate que sur deux étages l'espace commun est équipé d'un four. Celui-ci est rarement utilisé et la supervision des étages contrôle son utilisation. Il est très pratique de disposer d'une cuisine aussi bien équipée pour des animations avec les résidents de l'étage. Il convient de mieux sécuriser son accès pour éviter tout risque d'incident.



REMARQUE 10 : Les fours en libre accès sur plusieurs étages ne sont pas sécurisés.

D. Sécurités

[N° IGAS : 2.5.4.3]

L'établissement classé ERP de 4^{ème} catégorie de type J, a obtenu un avis favorable de la commission de sécurité du 15/03/2022.

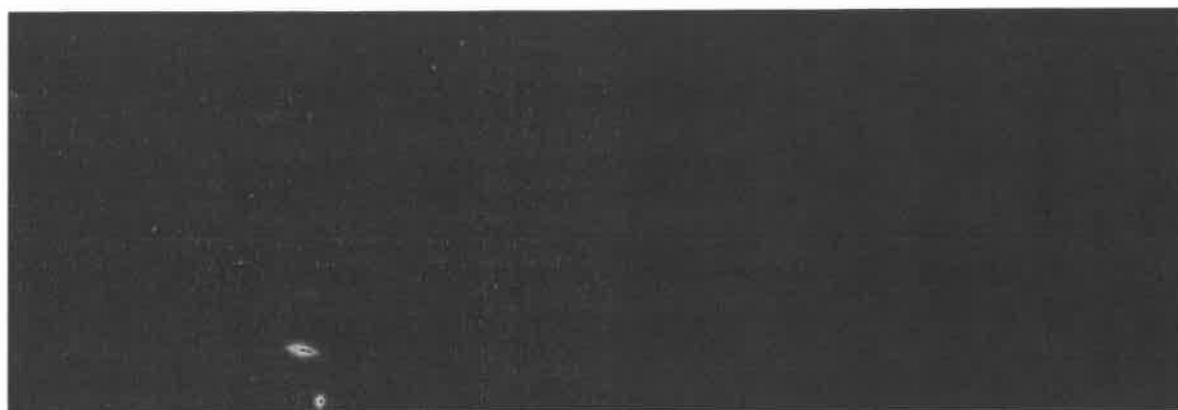
A la suite des travaux effectués dans l'établissement (notamment d'amélioration des mises aux normes de sécurité incendie et d'accessibilité), la visite périodique de la préfecture de Police qui a eu lieu le 7/03/2022 a conclu à un résultat satisfaisant à l'exception de l'ouverture de certaines portes verrouillées électro-magnétiquement. Il a été constaté que la mesure N°5 du procès-verbal du 30/03/2018 n'avait pas été réalisée. La Préfecture de Police émet tout de même, par courrier du 28 mars 2022 un avis favorable à la réception des travaux et à la poursuite de l'exploitation de l'établissement en lui demandant de veiller à la réalisation de l'ensemble des mesures de sécurité du procès-verbal.

Les consignes de sécurité au sein de l'établissement sont définies et affichées dans les locaux. Les agents ont régulièrement des formations relatives à la sécurité incendie (le jour de l'inspection une formation était en cours). Des convocations à une formation obligatoire incendie intitulée « Sécurité incendie : conduite à tenir et exercice d'extinction dans un ERP type U/J » prévue le 9 février 2024 sont classées dans les dossiers des agents.

La mission a invité l'établissement à sécuriser les ascenseurs après avoir eu connaissance d'un incident ayant causé un accident du travail. La direction a indiqué avoir pris les mesures nécessaires.

Il existe des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation : il y a des barres d'appui dans tous les couloirs et tous les sanitaires. Une commission chute se tient toutes les semaines.

Les chambres, salles de bains et toilettes sont équipées d'appel malades qui sont reliées à des postes situés au niveau des infirmeries.



ECART 13 : Certains temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs ce qui fait courir un risque pour les résidents en cas de besoin de prise en charge en urgence et contrevient à l'article L311-3 du CASF.

Concernant la prévention des risques de fugues, l'accès à l'UVP se fait par une porte d'entrée s'ouvrant avec un badge pour le personnel et d'un code pour les visiteurs.

L'EHPAD est équipée d'un système de vidéosurveillance depuis le 31/12/2012 qui permet de prévenir les risques de fugues des résidents ainsi que les risques d'intrusions ou d'effractions possibles. Les portes s'ouvrent à l'aide de badge et l'accès au parking se fait via un digicode. La direction indique avoir déployé des bracelets anti-fugues pour certains résidents.

Plusieurs cas de fugues se sont produits et certains AS ne connaissent pas la procédure à suivre dans cette situation.

REMARQUE 11 : La mission constate un manque d'acculturation au risque de fugue chez les professionnels.

III. Prises en charge

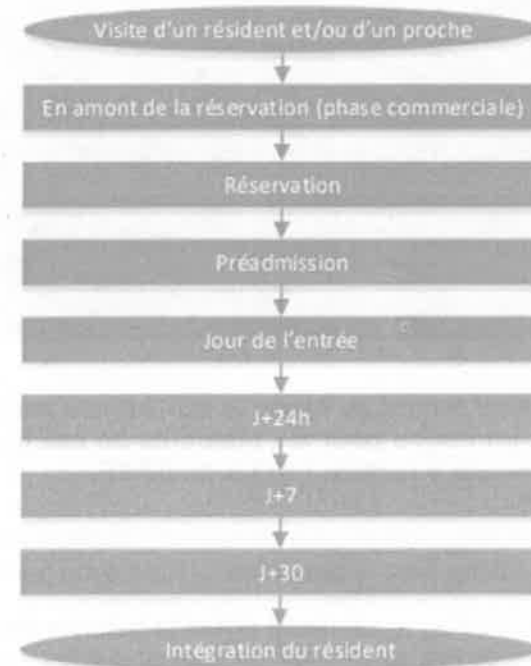
A. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie

1. Admission

[N° IGAS : 3.1.1.1] [N° IGAS : 3.2.1.2]

La procédure d'admission est assurée par la responsable des relations avec les familles. Elle est formalisée dans une procédure d'admission du nouveau résident.

La procédure est résumée comme suit :



Elle prévoit les actions à mener en identifiant les responsabilités précises des professionnels, leurs ordres chronologiques et les documents afférents à la démarche.

La procédure fait l'objet d'une révision (suivie dans le document) en 2018, 2020, 2022 et 2023.

Cette procédure est opérationnelle et invite à la personnalisation de l'accueil jusqu'à J+30. Il est notamment prévue une fiche « mieux vous connaître » pour permettre l'expression des souhaits du résident et des temps d'échange après les premiers jours. Des visites sont organisées en amont par la responsable des relations avec les familles. Un avis médical est donné avant l'admission, toutefois les entretiens menés avec les professionnels indiquent que la prise en compte de l'avis pluri professionnel avant l'admission pourrait être renforcée. Par ailleurs, l'entretien met en évidence des critères d'acceptation des dossiers restrictifs (ex : les personnes non sevrées de l'alcool ne sont pas admises).

La mission tient à rappeler l'importance d'admettre dans l'établissement des personnes en perte d'autonomie présentant des difficultés spécifiques compte tenu de ses capacités d'accompagnement et de la disponibilité des places.

2. Projet de vie individualisé

[N° IGAS : 3.1.3.3]

La procédure intitulée « Elaboration, révision et bilan du projet personnalisé en EHPAD » datée du 23/11/2015 indique que l'IDEC est le coordinateur de la réalisation des projets d'accueil et d'accompagnement (PAI). Ceux-ci sont réalisés en équipe pluridisciplinaire cadre de santé, psychologue, animatrice, kiné éventuellement, infirmière, soignants.

Cette procédure prévoit :

- Une réalisation du PAI dans les trois mois pour tout nouvel arrivant.
- Une révision au moins annuelle des PAI et à chaque fois que nécessaire (retour d'hospitalisation ou modification de l'état de santé).
- Le recueil du consentement du résident et de sa famille.
- La désignation du référent PAI.

La réalisation est suivie par la psychologue qui est en charge du suivi et de la coordination interprofessionnelle des projets en lien avec l'IDEC. Ce travail est particulièrement prenant mais permet une bonne connaissance des résidents par les équipes.

La consultation d'échantillon de projets indique que les projets complétés prévoient des activités variées et adaptées au résident. Les souhaits du résident ont été intégrés au projet.

Il ressort de l'extraction en date du 7 février que ■■■ projets n'ont pas encore été initiés (sur ■■■ des ■■■ résidents) dont une grande partie de personnes accueillies en unité spécifique. 15 projets sont à réévaluer. Parmi les projets de vie individualisés non réalisés, plusieurs datent de plus de 3 mois, notamment pour des entrées en juillet et août, soit plus de 6 mois. Pour un résident, le projet n'a pas été initié 10 mois après son entrée à l'EHPAD. Ces défaillances indiquent un manque de rigueur dans l'implication et la personnalisation des accompagnements proposés dans la structure.

ECART 14 : En ne réalisant pas systématiquement des projets d'accueil et d'accompagnement la structure contrevient à l'article L311-3 du CASF.

B. Respect des droits des personnes

[N° IGAS : 3.2.2.2] [N° IGAS : 3.2.2.5] [N° IGAS : 3.2.3.1]

L'établissement dispose de locaux permettant l'accueil des proches et des aidants dans de bonnes conditions. Un salon est dédié à la réception des familles.

Les résidents sont informés de leurs droits au moment de l'admission avec la remise du livret d'accueil de l'établissement, du règlement de fonctionnement, de la charte des droits de la personne en situation de handicap ou de dépendance, de la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que le contrat de séjour et ses annexes.

Le contrat de séjour informe le résident du recours possible à une personne qualifiée, au défenseur des droits ainsi qu'au médiateur de la consommation. Le contrat de séjour comporte également des éléments relatifs à la désignation d'une personne de confiance par la personne accueillie ainsi que sur le recueil et la rédaction des directives anticipées. Sont également détaillés dans les annexes : l'autorisation relative au droit à l'image du résident, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la notice d'information relative aux données personnelles et aux droits du résident ainsi que l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident.

Une version du contrat de séjour adaptée à l'hébergement temporaire a également été transmise.

La mission relève qu'il n'y a pas de dispositions particulières pour le relevé du consentement type formulaire d'accord signé par la famille, l'ayant droit et/ou le résident le cas échéant. Celui-ci doit être placé dans le dossier et en annexe du contrat de séjour du résident.

La mission confirme l'affichage de la liste des personnes qualifiées à l'accueil de l'établissement.

La liste des personnes qualifiées datée de 2018 ainsi que la lettre de sollicitation sont accessibles dans un porte-document disposé à proximité de la salle de restauration, au rez-de-chaussée. La liste affichée n'est pas la dernière version émise par les autorités compétentes.

ECART 15 : La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas la dernière fixée par arrêté conjoint du Préfet de Paris, de la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé Île de France et de la Maire de Paris en date du 14 juin 2022 ce qui contrevient à l'article L311-5 du CASF.

L'établissement dispose d'une procédure relative aux contentions qui est générale à tous les établissements du groupe Korian. Il a été confirmé à la mission que les contentions font l'objet d'une prescription systématique par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant du résident avec avis complémentaire de l'ergothérapeute de l'établissement. Si une mesure de contention est envisagée, le consentement du résident est recherché et une information est faite des familles et/ou de la tutelle par le médecin coordonnateur. Le consentement, ou non, à la mesure de contention est tracée dans le logiciel de soins de l'établissement. Il a été indiqué à la mission que les principales raisons menant à une mesure de contention étaient une chute du résident ainsi que les demandes formulées par les familles ou le résident lui-même.

Le RAMA 2022 transmis fait état d'un taux de contention physiques de ■ dans l'établissement. La mission a pris connaissance d'un document de la commission gériatrique qui indique un taux en réalité proche de ■ et qu'un important travail devait être mené pour atteindre les 0%. Des professionnels ont indiqué que la contention la plus fréquente était celle au lit avec trois barrières ou matelas au sol en fonction du profil du résident. Une commission contention est en place dans l'EHPAD. Elle est composée du médecin coordonnateur, le cadre de santé, de l'ergothérapeute, du personnel infirmier et des aides-soignants. Elle se réunit tous les trois mois. L'établissement s'inscrit également dans une politique « zéro contention » et il est noté dans le RAMA 2022 une « nette diminution du taux de contentions depuis novembre 2022 ».

Le médecin coordonnateur de l'établissement a suivi une formation sur la contention au niveau du groupe Korian. Une sensibilisation sur les bonnes pratiques de la contention, assurée par l'ergothérapeute, est prévue pour février 2024.

ECART 16 : Contrairement à ce que prévoit l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention.

Au niveau des affichages, la mission n'a pas constaté d'espaces permettant la diffusion d'information dans les étages de l'établissement. Les menus de la semaine ne sont affichés qu'au rez-de-chaussée et dans les ascenseurs, le programme d'animation n'est disponible

qu'au rez-de-chaussée et les affichages relatifs au règlement de fonctionnement, numéro ALMA, la liste des personnes qualifiées, la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que les documents relatifs au CVS ne sont consultables que dans un porte-document au rez-de-chaussée.

REMARQUE 12 : La dispersion des informations à destination des résidents et de leurs proches nuit à la qualité de l'information.

C. Vie sociale et relationnelle

1. Restauration

Les repas ont lieu dans l'espace de restauration prévu au rez-de-chaussée ou en chambre. Il est indiqué sur les chariots de service aux étages quels résidents doivent être servis au déjeuner et au dîner, leur numéro de chambre ainsi que la texture de leur repas et leurs préférences alimentaires. Comme dit plus haut, les menus sont affichés dans et devant les ascenseurs ainsi qu'à l'entrée de la salle de restauration. Un plan de table est en place et indique par code couleur les textures et habitudes alimentaires du résident.

Le changement de texture de repas pour un résident est une mission du médecin coordonnateur. Elle est en lien avec la responsable hôtelière et la gouvernante ainsi que les IDE et les AS pour avoir toutes les remontées d'informations sur la nécessité d'une modification de texture. Un suivi des régimes alimentaires est fait par le médecin coordonnateur sur [REDACTED] avec une fiche identité du résident.

Un plateau test avec les textures entière, hachée et mixée du repas servi le jour de l'inspection a été mis à disposition de la mission. Celle-ci est satisfaite de la qualité offerte et note que le goût des plats se retrouvait dans toutes les textures servies.

Texture entière



Texture hachée



Texture mixée



Le petit déjeuner est servi entre 8h et 9h30, le déjeuner entre 12h30 et 13h30, le goûter entre 15h30 et 16h30 et le dîner entre 18h30 et 19h/19h15. Un menu de substitution est disponible sur demande. Une collation nocturne est donnée en cas de demande du résident.

REMARQUE 13 : Le temps entre le dîner et le petit déjeuner est de 13h/12h45 ce qui constitue un jeûne nocturne.

Comme indiqué préalablement, une commission restauration est en place dans l'établissement depuis le 14 novembre 2023. A l'occasion de cette première réunion, il a été remonté comme critique le manque de diversité et de contenu pour les dîners.

Des enquêtes de satisfaction permettent également aux résidents de s'exprimer sur le sujet de la restauration.

2. Animation

Le programme d'animation de la semaine est affiché et disponible à l'accueil de l'établissement. Le programme indique les membres de l'équipe d'animation pour la semaine, notamment les stagiaires participant, l'heure et le lieu des activités ainsi que leurs animateurs. Le programme n'est toutefois pas affiché ou diffusé dans tous les étages.

Au jour de l'inspection l'animatrice était en arrêt maladie et un alternant était présent. Un remplaçant était prévu pour pallier cette absence.

Programme d'animation de la semaine de l'inspection

LES RENDEZ-VOUS DE LA SEMAINE			
<p>COUPS ANIMATION DE LA SEMAINE :</p> <p>STAGIAIRES :</p> <p>PSYCHOMOTRICIENNES :</p> <p>TOUTES LES ANIMATIONS A PARTIR DE 14H00</p> <p>SEUL POUR LES ANIMATIONS 14H00-15H00</p>	<p>LUNDI 5 FÉVRIER SAINT AGATHE</p> <p>11h dans les étages : « Bonjour chers vous »</p> <p>15h15 au RDC : Atelier Alo Miro / discussion autour d'une œuvre d'art avec la fondation Art Explora</p> <p>15h30 au 1^{er} : Jeu d'adresse avec [REDACTED]</p>	<p>MARDI 6 FÉVRIER SAINT ELIZABETH</p> <p>10h45 au 3^{ème} : Atelier à thème croisé sur l'histoire d'art en partenariat avec la manufacture d'artisans</p> <p>14h45 au 1^{er} : Couture avec [REDACTED] Couture d'un sac à main</p> <p>18h45 au RDC : Groupe musical des musiciens de la parcours de la mémoire thématique</p>	<p>JEUDI 8 FÉVRIER SAINT JACQUELINE</p> <p>10h45 au 4^{ème} : Jeux de société avec la bibliothèque [REDACTED]</p> <p>15h30 au RDC / Salle le Miroir : Atelier théâtre avec [REDACTED]</p> <p>17h au 3^{ème} : Jeu du loto avec [REDACTED]</p>
	<p>VENDREDI 9 FÉVRIER SAINT APOULINE</p> <p>11h30 au 3^{ème} : Jeu de loto avec [REDACTED]</p> <p>14h30 au RDC / Salle le Miroir : Atelier avec [REDACTED]</p> <p>15h30 au RDC : Rendez-vous d'histoire de la cuisine de la région Charoite et Apollonien, les saisons de la cuisine</p>	<p>SAMEDI 10 FÉVRIER SAINT ARNAUD</p> <p>15h30 au 3^{ème} : Jeu du chamboule-tout avec les stagiaires</p> <p>15h30 au 4^{ème} : Activité avec [REDACTED]</p>	<p>DIMANCHE 11 FÉVRIER SAINT SAUVEUR</p> <p>15h30 au 3^{ème} : Atelier [REDACTED]</p> <p>15h30 au 4^{ème} : Atelier [REDACTED]</p>

Le tableau des conventions de l'établissement indique des partenariats très diversifiés. L'établissement dispose de conventions avec l'association [REDACTED] pour la mise en place d'activités physiques adaptées pour les résidents, la société [REDACTED] pour des activités thérapeutiques et [REDACTED] pour des animations culturelles et sociales.

D. Vie quotidienne. Hébergement

Chaque résident dispose d'une chambre avec un mobilier fourni par l'établissement. Chaque résident dispose du droit d'aménager sa chambre avec de petits meubles et objets dans le respect des règles fixées dans le contrat de séjour (notamment ne pas gêner la prise en charge du résident). Des aménagements sont également possibles pour les chambres doubles tant qu'ils ne perturbent pas le voisin de chambre.

Le linge : L'entretien du linge est géré par des prestataires externes sauf pour certains résidents (notamment les résidents bénéficiaires de l'aide sociale). Dans ce cas, l'entretien du linge est assuré en interne par une lingère à temps complet.

Les soins de nursing/changes : Les AS assurent les changes des résidents. Ils assurent aussi leur toilette en suivant un plan de prise en charge défini selon le profil et l'autonomie du résident. Les résidents aux profils les plus lourds, demandant une assistance renforcée pour les actes de toilettes, sont pris en charge en binôme par deux AS ou un AS et un AVS. Pendant l'inspection, comme précédemment indiqué (Cf. ECART 9), il a été signalé à la mission la présence d'élèves BAC ASSP dans l'établissement effectuant leur stage d'étude. Ces élèves font l'objet d'un tutorat par un AS de l'étage et doivent toujours être accompagnés pendant la journée. Le jour de l'inspection, une stagiaire du deuxième étage n'était pas accompagnée par son binôme et accomplissait des actes de toilette seule.

Conformément à l'analyse traitant des ressources humaines, le manque de personnel a été signalé par des agents comme une difficulté pour assurer une prise en charge qualitative du résident et que cela entraînait des risques pour celui-ci.

E. Soins

1. Locaux de soins :

L'établissement dispose de plusieurs locaux dédiés aux soins et à la prise en charge des résidents.

Au rez-de-chaussée, l'établissement dispose d'un espace qui permet de recevoir les résidents pour les soins esthétiques et de coiffure.

Au même niveau se situe la salle de kinésithérapie qui est utilisée par les huit kinésithérapeutes libéraux intervenants dans l'établissement. L'espace est ouvert autant pour les résidents en hébergement permanent qu'aux résidents en hébergement temporaire qui auraient besoin de rééducation physique à la sortie d'un séjour en hôpital. La mission a pu s'entretenir avec le chef des kinésithérapeutes qui est « pleinement satisfait » de l'espace de la salle et de l'équipement disponible. Il échange avec la psychomotricienne pour adapter les équipements, si nécessaire. Il entretient également des rapports continus avec le médecin coordonnateur de l'établissement pour gérer les suivis des résidents identifiés comme ayant besoin de soins ainsi que dans le cadre des admissions pour donner un avis sur le besoin d'une prise en charge par un kinésithérapeute.

Egalement au rez-de-chaussée sont situés les bureaux du cadre de santé ainsi que les bureaux des IDE et la pharmacie. Le bureau des personnels infirmiers contient plusieurs classeurs dont la version papier des procédures relatives aux contentions et au circuit du médicament, les classeurs de rendez-vous des résidents par étage ainsi qu'une version imprimée du DLU de moins de six mois.

Sont également disposées des bannettes pour communiquer des documents au médecin prescripteur, aux médecins traitants des résidents, aux kinésithérapeutes ainsi que les services de radio à domicile et d'ambulance en lien avec l'établissement.

Le stockage des médicaments se fait dans un local fermé situé dans le bureau des infirmiers. Les piluliers des résidents sont situés dans cet espace, ils sont nominatifs, indiquent le numéro de chambre (à noter que les noms et prénoms des résidents sont affichés sur leur porte) et contiennent une photo du résident. L'IDEC a indiqué que les piluliers sans photographie correspondaient à des nouvelles entrées et que l'ajout serait fait par la suite. Les stupéfiants sont stockés dans deux coffres sécurisés par des codes, un pour le premier et deuxième étage et le second pour le troisième et le quatrième. Un relevé nominatif d'administration et de gestion de stupéfiants pour l'établissement est également entreposé avec les coffres.

Pour les étages, des postes de soins sont présents à chaque étage du 1^{er} au 4^{ème} avec un poste supplémentaire pour l'Unité de Vie Protégée située au 2^{ème}. Chaque poste contient un ordinateur, des rangements, dont un réfrigérateur, pour les traitements et médicaments ainsi qu'un écran affichant les appels du système d'appel malade.

Le jour de l'inspection, les postes de soins du 1^{er} et du 2^{ème} étage étaient ouverts et non sécurisés alors que certains contenaient des médicaments et traitements. Ce constat a fait l'objet d'un écart groupé avec d'autres éléments relatifs à la sécurité des résidents (Cf. ECART 12).

2. L'équipe de soins

L'équipe médicale de l'établissement compte :



Pour les intervenants extérieurs dans la structure, l'établissement compte :

■ médecins traitants,
■ kinésithérapeutes,
■ orthophonistes,
■ musicothérapeute,
■ podologue,
■ sophrologue,
■ psychiatre.

Il a été signalé à la mission qu'au jour de l'inspection ■ résidents n'étaient pas suivis par des médecins traitants. Dans l'intervalle, le médecin coordonnateur assure ce rôle.

La prise en charge médicale des résidents a fait l'objet d'un échange durant la visite sur site avec les professionnels. Il a notamment été évoqué :

- La tenue d'une évaluation multidimensionnelle faite à l'entrée du résident dans la structure par le cadre de santé, l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes ;
- La mise en place d'un suivi nutritionnel plus appuyé avec des pesées mensuelles pour l'intégralité des résidents et des bilans nutrition tous les six mois à un an par le médecin coordonnateur et le cadre de santé ;
- La tenue d'une commission chute deux fois par mois ;
- Un suivi des escarres et plaies chroniques par l'ergothérapeute qui met en place des formations internes ;
- Un suivi de la douleur au moins mensuel pour tous les résidents de l'établissement.

En l'absence de médecin dans l'équipe et compte tenu de l'impossibilité de l'équipe d'inspection de prendre connaissance d'informations médicales, les volets relatifs à la prise en charge nutritionnelle, le repérage des troubles de la déglutition, le suivi de la douleur, la prévention des chutes, les contentions, les soins palliatifs et la prise en charge médicamenteuse, ne peuvent faire l'objet d'une analyse dans ce présent rapport.

IV. Relations avec l'extérieur

En matière de coordination avec les autres secteurs, 3 conventions en cours de validité ont été transmises à la mission :

- Convention avec la pharmacie ■ le 08/11/2023, pour un an, renouvelable par tacite reconduction annuelle qui permet la délivrance de médicaments à l'EHPAD.
- Convention de coopération avec le service d'hospitalisation à domicile (HAD) de la ■ à compter du 27 février 2023, pour un an, renouvelable par tacite reconduction annuelle, pour la prise en charge des résidents en HAD.
- Convention avec l'hôpital ■ en matière d'hospitalisation à domicile signée le 28 janvier 2016 et entrée en vigueur le 01/02/2016 pour une durée de 1 an, renouvelable annuellement par tacite reconduction. La convention prévoit la prise en

49/61

charge des résidents en HAD et indique que chaque mission donne lieu systématiquement à la signature entre les 2 établissements d'un protocole de soins.

L'établissement a transmis un tableau des conventions qui mentionne un partenariat avec l'équipe mobile de gériatrie externe (EMGE) [REDACTED]. L'avenant transmis indique une fin de la convention le 31/12/2014. Cette convention perdure puisque la direction indique que [REDACTED] patients sont actuellement suivis dans ce cadre.

Le tableau mentionne également une convention avec la filière d'accès plus fluide pour les services d'urgence et d'hospitalisation en gériatrie aigue avec le groupe hospitalier [REDACTED] (accolé à l'EHPAD), à compter de 2012 pour 3 ans et renouvelable par tacite reconduction. L'exemplaire de la convention transmis est non signé et non daté. Lors de l'entretien, il est indiqué que ce partenariat sera prochainement renouvelé. Des entretiens avec la direction et le médecin coordonnateur, il ressort qu'en matière de soins palliatifs c'est le réseau [REDACTED] qui intervient.

Une convention prestation de service en kinésithérapie avec [REDACTED] datant du 15/11/2023 et renouvelable par tacite reconduction est listée également, mais n'a pas été jointe.

Des entretiens menés, il ressort que les kinésithérapeutes exercent quotidiennement auprès des résidents. Une coordination avec le médecin coordonnateur est assurée par l'un d'entre eux. Le document intitulé « prise en charge kiné » indique que l'établissement dispose d'un plateau de rééducation composé de [REDACTED] kinésithérapeutes.

L'EHPAD n'a pas de convention avec une équipe de géronto-psychiatrie.

La mission constate qu'un nombre important de conventions (indiquées dans certaines pièces transmises) n'ont pas été communiquées. Par exemple, la direction indique avoir signé une convention avec le laboratoire [REDACTED] et un cabinet dentaire, toutefois aucune convention n'a été transmise.

Alors que le projet d'établissement analyse finement l'intégration de l'EHPAD dans son environnement, la mission constate que des liens n'ont pas été créés avec le DAC du territoire ou avec la CPTS.

ECART 17 : Les intervenants libéraux ne disposent pas tous de contrats ou conventions avec l'établissement ce qui fait courir un risque sur la stabilité et la sécurité de leurs interventions et contrevient aux articles L314-12 et R313-30-1 du CASF.

REMARQUE 14 : L'établissement ne s'est pas suffisamment inscrit dans l'environnement gériatrique du territoire.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	Le CPOM, levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des accompagnements, n'est pas suffisamment pris en compte dans le pilotage de l'établissement. De plus, le taux d'occupation de l'établissement reste très inférieur à l'objectif du CPOM.
E2	En ne présentant pas dans le règlement de fonctionnement l'ensemble des dispositions réglementaires, l'établissement contrevient à la l'article L311-7 du CASF et aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF.
E3	Il n'est pas présenté au CVS un bilan des EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD, ni des mesures correctrices mises en place ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.
E4	Au regard des comptes rendus reçus, le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2022 et 2023 et le CR du CVS n'est pas signé par le président, ce qui contrevient aux articles D311-16 et D311-20 du CASF.
E5	Le directeur de l'EHPAD étant membre de droit du CVS, sa composition telle que listée dans l'acte instituant le CVS n'est pas conforme au décret 2022-688 du 25 avril 2022.
E6	L'établissement, en ne déclarant pas à toutes les autorités administratives compétentes les dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ni l'ensemble des événements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées, contrevient aux articles L. 331-8-1, R.331-8 et 9 du CASF et L1413-14 du CSP.
E7	La protection des salariés déclarant un EIG n'est pas rappelée dans la fiche de procédure des EIG ni dans les affiches « signaler un EIG », ce qui contrevient à l'article L313-24 du CASF.
E8	Trois postes d'AS accomplissant les tâches décrites sur les fiches de postes d'AS sont occupés par des agents n'ayant pas le diplôme afférant, ainsi la répartition des missions entre les aides-soignants et les autres professionnels, notamment quant à la réalisation des soins, ne garantit par le respect des articles L.4391-1 et R.4311-4 du CSP et arrêté du 10 juin 2021.
E9	En faisant effectuer des toilettes à des stagiaires en l'absence d'accompagnement, l'établissement fait courir un risque pour la sécurité des prises en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.
E10	L'encadrement des personnels soignants n'est pas suffisant pour assurer la prise en charge des résidents au regard du CPOM.
E11	Le niveau de complétude des dossiers des résidents est insuffisant et des contrats de séjours n'ont pas été signés par la personne accueillie ou son représentant légal comme le prévoit l'article D311 du CASF.
E12	En ne garantissant pas plusieurs conditions de sécurité du bâtiment, notamment la sécurisation des postes d'infirmerie, des locaux d'entreposage et le local technique, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF en ce qu'il n'offre pas un cadre sécurisé.
E13	Certains temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs ce qui fait courir un risque pour les résidents en cas de besoin de prise en charge en urgence et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
E14	En ne réalisant pas systématiquement des projets d'accueil et d'accompagnement la structure contrevient à l'article L311-3 du CASF.

E15	La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas la dernière fixée par arrêté conjoint du Préfet de Paris, de la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé d'Île de France et de la Maire de Paris en date du 14 juin 2022 ce qui contrevient à l'article L311-5 du CASF.
E16	Contrairement à ce que prévoit l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention.
E17	Les intervenants libéraux ne disposent pas tous de contrats ou conventions avec l'établissement ce qui fait courir un risque sur la stabilité et la sécurité de leurs interventions et contrevient aux articles L314-12 et R313-30-1 du CASF.

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
R1	L'établissement n'a pas formalisé de procédure d'astreinte permettant d'assurer la continuité des missions de direction.
R2	La délégation de signature de la responsable des relations avec les familles n'est pas conforme au champ de la délégation telle qu'indiquée par l'établissement.
R3	Si le projet d'établissement a bien été réalisé et est en vigueur, la mission constate que l'existence de ce document n'est que formelle et qu'il ne correspond plus à la réalité de l'établissement.
R4	Le numéro d'appel des victimes de maltraitance n'est pas suffisamment visible dans l'établissement.
R5	L'établissement n'organise pas un temps d'analyse des pratiques.
R6	Il n'est pas mis à disposition de cahier de recueil des réclamations ou doléances des résidents et des familles permettant une vraie traçabilité, préalable à leur analyse et à leur traitement.
R7	La présence d'une aide-soignante dans l'organigramme alors qu'elle est mise à disposition dans un autre établissement fausse l'information en matière de ressources humaines et de taux d'encadrement réel.
R8	Malgré la stratégie de fidélisation engagée par la direction et l'effort de remplacement du personnel, la proportion importante de vacataires et le <i>turn over</i> des équipes demeurent des freins à l'objectif d'amélioration de la qualité et de la continuité des prises en charge.
R9	La répartition des agents de nuit est très variable selon les jours, passant de 4 agents à 9 en fonction des plannings sans que cette variation ne se justifie par l'évolution des besoins des résidents.
R10	Les fours en libre accès sur plusieurs étages ne sont pas sécurisés.
R11	La mission constate un manque d'acculturation au risque de fugue chez les professionnels.
R12	La dispersion des informations aux résidents et aux proches nuit à la qualité de l'information.
R13	Le temps entre le dîner et le petit déjeuner est de 13h/12h45 ce qui constitue un jeûne nocturne.
R14	L'établissement ne s'est pas suffisamment inscrit dans l'environnement gériatrique du territoire.

Conclusion

La mission, en s'appuyant sur les observations faites lors de la visite sur site, sur les documents consultés et sur les entretiens qu'elle a pu mener, a constaté les atouts et forces sur lesquelles l'établissement peut compter. L'établissement dispose en effet d'une équipe à l'écoute des résidents et de leurs proches, vigilante quant à la qualité de la prise en charge. Il convient de noter l'engagement important de la direction qui travaille à l'affirmation des valeurs de l'établissement au quotidien. La mission souhaite notamment saluer l'implication de tous les agents dans des comitologies fréquemment réunies permettant ainsi le dialogue, l'amélioration des pratiques et la valorisation du travail de chacun.

Trois bonnes pratiques méritent d'être soulignées :

- Le temps quotidien d'information de l'ensemble des agents, accompagné d'étirements pour prévenir les troubles musculo-squelettiques.

- Le « flash info » hebdomadaire transmis aux familles afin de maintenir un contact constant avec les proches et de les impliquer à la vie de l'établissement.

- La gestion des risques et la maturité de la réflexion d'anticipation des difficultés de l'été prochain (exercices attentats, repas de secours, anticipation des plannings des agents).

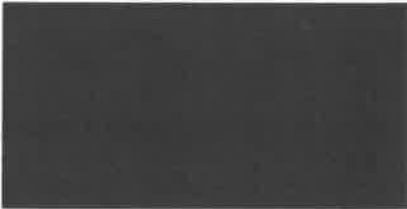
L'espace mis à disposition des résidents et notamment les deux terrasses extérieures sont également de réels atouts.

Malgré ces points positifs, la visite sur site et l'analyse des documents demandés (en grande partie communiqués à la mission) ont mis en lumière quelques difficultés et fragilités de l'établissement. En effet, malgré l'engagement de la direction en matière de gestion des RH, la mission constate un respect partiel du CPOM. Le taux d'occupation et le taux d'encadrement à capacitaire plein doivent encore considérablement progresser. La stabilité du personnel doit également être renforcée pour permettre la continuité dans la prise en charge des résidents, cet objectif est d'autant plus important que l'EHPAD Saint-Simon accueille plus spécifiquement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Enfin, la qualité en cuisine de cette résidence premium doit poursuivre sa démarche d'amélioration et une attention constante doit être apportée à la gestion managériale de l'établissement afin de conserver un climat social apaisé.

A la lumière des constats énumérés dans ce rapport, la mission encourage l'établissement et le gestionnaire à prendre les mesures correctives adéquates dans les plus brefs délais. Une grande partie des constats appelle des corrections dont la mise en œuvre peut être rapidement réalisée par l'établissement.

Paris, le 14 mars 2024

La coordonnatrice de la mission Marjolaine Garonnaire, inspectrice de l'action sanitaire et sociale pour la Délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France



Marjolaine GARONNAIRE

Madame Joëlle GRUSON, chargée de mission tarification des ESMS, sous-direction des ressources, Direction des Solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du CASF par la Ville de Paris.



Joëlle GRUSON

Madame Florence PEKAR, 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.



Florence PEKAR

Madame Maïguyem GOLSALA, 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



Maïguyem GOLSALA

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
EMGE : Equipe mobile de gériatrie externe
EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
PAI : projets d'accueil et d'accompagnement
PVI : Projet de vie personnalisé
PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés de l'inspection



Délégation Départementale de Paris
Agence régionale de santé Île-de-France

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

Affaire suivie par : Marjolaine GARONNAIRE

Madame Marjolaine GARONNAIRE
coordonnatrice de la mission d'inspection,
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale,
chargée de la coordination des JOP pour le
territoire parisien, Délégation Départementale de
Paris, ARS Île-de-France

Madame Joëlle GRUSON, Inspectrice de l'Action
Sanitaire et Sociale, chargée de mission
tarification des Etablissements et Services
Sociaux et Médico-Sociaux, sous-direction des
ressources, Direction des solidarités, Ville de
Paris

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

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

Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet
Secteur Personnes Agées, Délégation
Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 7 février 2024

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

Dans ce cadre, vous avez participé au contrôle sur pièces de l'EHPAD « Saint-Simon » (FINESS géographique 750831216) situé au 121 rue d'Avron, 75020 Paris, géré par la S.A. Korlan mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris, mené le 15 septembre 2023.

A l'occasion de ce contrôle, la mission a relevé ces constats :

- Des réponses insuffisantes au contrôle sur pièces
- Des incertitudes sur le circuit du médicament et la qualité des soins
- Un manque d'éléments sur la situation des effectifs de l'établissement et leurs qualifications professionnelles

Par conséquent, ces éléments ont motivé une inspection de l'EHPAD qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L313-13 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.

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

04751 Quai de la Rippe
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS IDF) :

- Madame Marjolaine GARONNAIRE coordonnatrice de la mission d'inspection, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, chargée de la coordination des JOP pour le territoire parisien, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France, désigné personne qualifiée conformément à l'article 1421-1 du Code de la santé publique

Pour sa composante Ville de Paris :

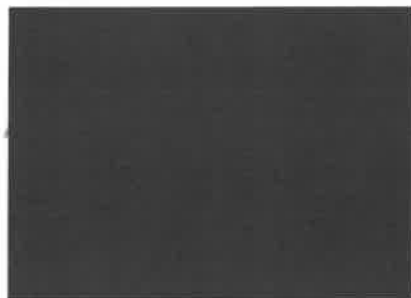
- Madame Joëlle GRUSON, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, chargée de mission tarification des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux, sous-direction des ressources, Direction des solidarités, Ville de Paris
- Madame Florence PEKAR, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction 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
- Madame Măguyem GOLSALA, 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

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **7 février 2024 à 9h00**. 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 trois 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 qui 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 sont susceptibles de conduire à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Pour la Directrice générale de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France et, par délégation,
Le Directeur de la Délégation départementale
de Paris



Annexe 2 : Liste des documents demandés

La mission a rappelé qu'elle disposait des documents communiqués lors du contrôle sur pièces mais a laissé à l'inspecté la possibilité de communiquer des documents actualisés et de transmettre les éléments manquants ou indisponibles lors du contrôle.

N°	Liste des pièces	Communiqué lors du contrôle de la pièce du 15.09.2023	Etat : transmis/consulté
1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	non	oui
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	non	non
3	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	non	Non
4	Règlement de fonctionnement	oui	Oui
5	Plan des locaux de l'établissement	oui	Oui
6	Projet d'établissement	oui	Oui
7	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	oui	oui
8	Organigramme	oui	oui
9	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui	Oui
10	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui	Oui
11	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Non	Non
12	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	non	Non
13	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui	Oui
14	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui	Oui
15	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Oui	Oui
16	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	Incomplet	Incomplet
17	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui	Oui
18	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui	Oui
19	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	Oui	oui
20	Dernière évaluation externe	Oui	Oui
21	Dernière évaluation interne	Oui	Oui
22	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui	Oui
23	Registre des plaintes et réclamations	non	non
24	Les trois dernières réclamations et leur traitement	non	non
25	Procédure de gestion des événements indésirables	Oui	oui
26	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	non	non

27	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	Non	non
28	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	Oui	oui
29	Registre du personnel N-1 & N-2	non	incomplet
30	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Non	non
31	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	non	oui
32	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	oui	oui
33	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	oui	Oui
34	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Partiel	Partiel
35	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui	Oui
36	Procédure d'admission des résidents	Oui	Oui
37	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	non	non
38	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	non	non
39	Les 2 derniers CR et feuilles d'emargement de la commission de coordination gériatrique	non	incomplet
40	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui	oui
41	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui	oui
42	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	non	Incomplet
43	Livret d'accueil du résident	oui	Oui
44	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	oui	Oui
45	Procédure relative aux contentions	oui	Oui
46	RAMA	oui	Oui
47	Convention pharmacie EHPAD	non	non
48	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui	oui
49	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	oui	Oui
50	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	oui	Oui
51	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...): avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui	Oui
52	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	Oui	Oui
53	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge	Oui	oui

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

- Directrice
- Chargée des relations avec les familles
- Psychologue
- Membre du CVS (famille d'une résidente)
- Membre du CVS (résident, président du CVS)
- Deux représentantes du personnel
- IDEC
- Responsable hôtelière,
- 2 Aides-soignantes
- 1 auxiliaire de vie sociale
- Médecin coordonnateur (appel téléphonique)

