

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Résidence Furtado-Heine » 5 rue Jacquier, 75014 Paris N° FINESS 75 083 120 8	
<u>RAPPORT DE CONTRÔLE</u> 2023_IDF_00256 Contrôle sur pièces du 24 novembre 2023	
<u>Mission conduite par</u> - Monsieur Jérôme FEYDEL, coordonnateur de la mission de contrôle, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence Régionale de santé d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France - Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France - Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris - Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris	
<u>Textes de référence</u>	- 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

AVERTISSEMENT

Un rapport de contrôle 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 ;
- Seul le rapport définitif, est communicable aux tiers ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

Il appartient au commanditaire du contrôle 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 depositaires 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 de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS).....	13
Gestion de la qualité	13
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	15
Fonctions support.....	17
Gestion des ressources humaines	17
Prise en charge	21
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	21
Respect des droits des personnes	24
Soins.....	25
Coordination avec les autres secteurs.....	28
Conclusion	32
Glossaire.....	34
Annexes	35
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	35
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	37

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Résidence Furtado-Heine	Capacité hébergement permanent	129
Adresse	5 rue Jacquier	Places habilités aide sociale	129
Arrondissement	75014	Présence d'une UVP	Oui (deux)
Gestionnaire	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris	Places en UHR	0
Statut juridique	Etablissement public	Places en PASA	0

Le CASVP a signé un CPOM en 2023

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).

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.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été lancé le 17 novembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis.

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

Points forts de l'établissement relevés par la mission

Gouvernance :

- Un taux d'occupation au-dessus de l'objectif cible de 95%
- Un plan d'amélioration continue de la qualité en place et suivi

Fonctions support :

- Des taux d'absentéisme et de rotation du personnel soulignant une stabilité des effectifs
- Des plans de développement des compétences complets

Prise en charge :

- Tous les résidents sont suivis par un médecin traitant
- Rythme de pesée mensuel en place dans l'établissement et suivi des poids ainsi que des IMC

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Écarts :

- L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour
- Le plan bleu transmis n'est pas un document permettant de répondre à l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confrontés
- L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur
- Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements
- L'ensemble des EIG ne sont pas transmis à la Ville de Paris et à l'ARS
- Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches

- Les résidents ne disposent pas tous d'un PAP datant de moins d'un an
- La mission ne peut s'assurer de la nature des évaluations réalisées à l'admission du résident
- La mission ne peut apprécier le temps de réponse aux appels-malades et déterminer s'il garantit la sécurité des résidents

Remarques :

- Les EI ne font pas l'objet d'une description détaillée.
- La procédure transmise ne fait pas ressortir de modalité de révision systématique annuelle du PAP et la participation du résident à sa révision.
- La mission constate que la durée de prescription de la contention n'est pas renseignée dans le dossier informatisé du résident.
- En l'absence de transmission du RAMA, la mission ne peut s'assurer que les contentions sont comptabilisées et analysées.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « Résidence Furtado-Heine », situé au 5 rue Jacquier, 75014 Paris, FINESS n°75 083 120 8, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-elles diligenté, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), un contrôle sur pièces visant cet établissement. Ce contrôle a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

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.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

7. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
8. Respect des droits des personnes
9. Soins

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 17 novembre 2023 avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 17 novembre 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le même jour auquel étaient jointes :

- La lettre de mission où étaient précisés les thématiques abordées dans le cadre du contrôle,
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours),
- Les modalités opérationnelles :
 - o de connexion de l'inspecté aux outils sécurisés <https://collecte-pro.gouv.fr/> ainsi que <https://bluefiles.com/fr> qui ont été utilisés pour la transmission des documents,
 - o et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants).

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 délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informées du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

Présentation de l'établissement

Située au 5 rue Jacquier, la « résidence Furtado-Heine » est un EHPAD géré par le Centre d'Action Social de la Ville de Paris situé au 5 boulevard Diderot, 75012 Paris.

L'EHPAD a reçu son autorisation de fonctionnement le 23 janvier 2003 pour une capacité de 129 places. Le renouvellement d'autorisation de l'établissement est daté du 9 mars 2017

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR du 4 juillet 2022, le GMP de l'établissement s'élève à 766 le PMP est à 250. Aussi, le GMP de l'EHPAD est légèrement au-dessus et le PMP légèrement au-dessus de la moyenne des chiffres médians régionaux¹

Les 130 résidents accueillis au moment du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Jour du contrôle					
IDF ² 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Pour l'exercice 2023 :

- Le tarif hébergement est fixé à 81,70 € TTC pour les résidents de plus de 60 ans et à 101,21 € TTC pour les résidents de moins de 60 ans
- La base de calcul des tarifs dépendance s'élève à 918 818,00 €
- La dotation globale de soins s'élève à 3 051 370,81 €

¹ En Île-de-France, le GMP et le PMP validé médian s'élève respectivement à 740 et 223 d'après le tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

² La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021)

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Résidence Furtado-Heine		
Nom de l'organisme gestionnaire	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris		
Numéro FINESS géographique	750831208		
Numéro FINESS juridique	75 072 058 3		
Statut juridique	Etablissement public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Oui		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ³	129	129
	HT ⁴		
	UVP ⁵		23 et 14
	PASA ⁶		
	UHR ⁷		
	UPHV ⁸		
	AJ ⁹		
	AN ¹⁰		
	PFR ¹¹		
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	129		

³ Hébergement permanent

⁴ Hébergement temporaire

⁵ Unité de vie protégée / unité protégée

⁶ Pôle d'activité et de soins adaptés

⁷ Unité d'hébergement renforcée

⁸ Unité pour personnes âgées vieillissantes

⁹ Accueil de jour

¹⁰ Accueil de nuit

¹¹ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : noté « E » : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

Remarque : noté « R » : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé

Gouvernance
Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Conformité aux conditions d'autorisation L'EHPAD accueille le jour du contrôle 125 résidents en hébergement permanent. Le taux d'occupation le jour du contrôle est de 96,90 %, ce qui est conforme aux objectifs du CPOM (95 %). 41 résidents sont sous tutelle, 16 sous curatelle dont 14 sous curatelle renforcée. 2 résidents sont sous mandataire spécial, 9 sous habilitation familiale. 1 résident est sous sauvegarde de justice et 1 résident a une protection juridique en cours d'élaboration. L'EHPAD ne dispose pas de PASA ni d'UHR.	
1.1.12		
	Répartition des résidents en fonction du GIR La répartition des résidents par GIR le jour du contrôle est la suivante : — GIR 1 : % — GIR 2 : % — GIR 3 : % — GIR 4 : % — GIR 5 : % — GIR 6 : % La proportion de résidents classés GIR 1 à 2 (+ de 10 % de la capacité) et de ceux classés GIR 1 à 3 (+ de 15 %) est conforme à la réglementation.	
1.1.3.1		

Commentaire complémentaire

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	<u>Le règlement de fonctionnement</u> La direction a transmis le règlement de fonctionnement adopté par délibération du Conseil d'Administration du CASVP le 10 octobre 2019, après avis du Comité Technique du 2019 et consultation des conseils de la vie sociale des EHPAD.	
1.2.1.2	<u>Le contenu du règlement de fonctionnement</u> L'ensemble des éléments attendus sont présents dans le règlement de fonctionnement (respect des droits des personnes prises en charge, modalités d'association des familles, organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, sûreté des personnes et des biens).	
1.2.1.4	<u>Le projet d'établissement</u> La direction a transmis le projet d'établissement couvrant la période 2014-2019. Celui-ci n'est donc plus à jour.	Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.
1.2.1.5	<u>Le contenu du projet d'établissement</u> Comme indiqué supra, le projet d'établissement n'est pas à jour. La mission alerte l'établissement sur le fait que le futur projet d'établissement devra respecter les dispositions du Décret no 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux (contenu minimal du projet).	
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> La direction a transmis un plan bleu en date de juin 2023. Celui-ci est signé par la directrice. Si le document transmis porte pas sur de nombreux risques auxquels l'établissement peut être confronté (canicule, panne d'énergie, incendie, risque biologique...) et les modalités de réponse à ceux-ci, certains ne sont pas mentionnés (cyber attaque, risque d'attentats). De plus, certaines annexes n'ont pas été transmises.(annexe II à VI).	Ecart 2 : Le plan bleu transmis n'est pas un document permettant de répondre à l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confronté ce qui contrevient à l'article D312-160 du CASF et l'INSTRUCTION INTERMINISTÉ-RIELLE N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure Une directrice est présente [REDACTED] au sein de la structure. Un organigramme de la structure a été transmis. Il présente les liens hiérarchiques entre les différents salariés ainsi que les noms, fonctions et quotité de travail de chaque agent. Fiche de poste/Lettre de mission du directeur La directrice dispose d'une fiche de poste signée en date de novembre 2023. Celle-ci décrit les activités principales liées au poste (management opérationnel de l'établissement, la gestion administrative et budgétaire de l'établissement, la définition et mise en œuvre du projet d'établissement, entretien et renforcement d'un réseau gérontologique auprès de partenaires institutionnels, hospitaliers associatifs et autres...).	
1.2.2.6		
1.2.2.7	Diplômes du directeur La directrice est titulaire [REDACTED] Astreintes administratives La direction a transmis un planning des astreintes pour la période octobre 2023 – janvier 2024. Les astreintes sont assurées à tour de rôle pour une semaine par la directrice, la directrice adjointe en charges des ressources, la directrice adjointe en charge des soins, deux IDE et le responsable animation. La missions attire l'attention sur le fait que les astreintes assurées par le responsable animation et les IDE doivent être faite sur la base du volontariat. Une procédure « astreinte administrative » précisant les cas où la personne d'astreinte doit être sollicitée a été transmise. Cette procédure est à actualiser. Elle date de 2019 et fait encore référence à la DDASS (remplacée par l'ARS en 2010).	Remarque 1 : La procédure relative aux astreintes n'est pas à jour.
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Les délégations de pouvoir données à la directrice ont été formalisées par écrit.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Une IDEC est présente sur la structure [REDACTED] Son diplôme [REDACTED] a été transmis. Son inscription à l'ordre national des infirmiers n'a quant à lui pas été fourni.	Ecart 3 : L'attestation d'inscription à l'ordre national des infirmiers de l'IDEC n'a pas été transmis. Référence : Article L4312-1 du CSP

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Le poste de médecin coordonnateur est vacant. La mission alerte la direction sur le fait que le temps de présence minimal de médecin coordonnateur pour un établissement de 129 places est de 0,80 ETP et non de 0,6 ETP comme indiqué sur l'organigramme.	Ecart 4 : L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Cf supra.	

Commentaire complémentaire

Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Conseil de la Vie Sociale Le CVS est composé des membres titulaires suivants : – 3 représentants des personnes accueillies (dont le président) – 3 représentants des familles – 2 représentants des professionnels – 1 représentant des bénévoles – 1 représentant de l'organisme gestionnaire Le CVS s'est réuni 4 fois en 2022 et deux fois entre mars et juillet 2023. Les sujets évoqués en CVS sont variés (travaux, animation, présentation des différents groupes de travail et instances au sein de l'EHPAD, accessibilité numérique, animaux de compagnie collectifs...).	
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS A la lecture des comptes rendus des réunions de CVS transmis, il apparaît que les EI et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD ne sont pas présentés au CVS.	Ecart 5 : Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

Commentaire complémentaire

Gestion de la qualité

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	Plan d'amélioration continue de la qualité La direction a transmis un PACQ. Toutes les actions dont l'échéance étaient antérieures au 31/12/2023 sont réalisées. D'autres sont à mettre en place mais en attente du recrutement du médecin coordonnateur (Informez le résident et recherchez le consentement aux soins).	
1.4.2.1	Évaluations interne et externe L'établissement a transmis une évaluation interne en date de 2022. Elle s'articule autour de 3 axes : – La personne – Les professionnels – L'ESMS Pour chacun de ces 3 axes, les thématiques suivantes sont évaluées : – Bienveillance et éthique – Droit de la personne accompagnée – Expression et participation de la personne accompagnée – Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement – Accompagnement à l'autonomie – Accompagnement à la santé – Continuité et fluidité des parcours Les principaux points d'amélioration identifiés concernent la co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement (personne et professionnels), la continuité et fluidité des parcours (personne), l'accompagnement à la santé (professionnels), l'accompagnement à l'autonomie (ESMS) et la démarche qualité et gestion des risques (ESMS).	
1.4.3.1	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance La politique de bientraitance et de lutte contre la maltraitance est formalisée dans le projet d'établissement. D'après les plans de développement des compétences transmis, 2 agents ont été formés à la bientraitance en 2022 et 9 en 2023. Pour 2024, il est prévu que 12 agents bénéficient d'une formation sur cette thématique. Le livret d'accueil ne fait pas mention d'une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Remarque 2 : La politique de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.3.2	Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel La procédure de déclaration des EI/EIG encourage le personnel à faire remonter et enregistrer dans le logiciel [REDACTED] tous les cas de violence. Ces situations sont enregistrées dans la liste des EI/EIG et un accompagnement du personnel victime doit être assuré. La procédure de signalement des EI/EIG ne mentionne pas expressément les cas de violence ou de harcèlement sexuel mais inclut ce type d'événements dans ceux devant être déclarés et enregistrés sur le logiciel [REDACTED]	Remarque 3 : L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux cas de violence ou de harcèlement sexuel.
1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression La procédure de signalement en cas d'agression est incluse dans celle de gestion des EI/EIG. S'il n'y pas mention de l'article L.313-24 du CASF, la charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables, annexée à la procédure de gestion des EI/EIG, précise bien que le professionnel signalant ne sera pas sanctionné tant qu'il n'a pas manqué délibérément aux règles de sécurité ou aux bonnes pratiques professionnelles.	

Commentaire complémentaire

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction L'établissement a transmis un tableau de suivi des réclamations et de signalement. — 4 réclamations ont été enregistrées pour 2022 — 1 signalement a été noté en 2023. Les réclamations concernent des dysfonctionnements concernant le linge, la présence de fournis dans une salle de bain et la disparition de chocolats. Si les actions entreprises sont indiquées, il n'en est pas précisé la date, ce qui ne permet d'établir le délai de traitement de ces réclamations (à l'exception d'une réclamation au sujet de laquelle une réponse par mail le lendemain a été transmise). Le signalement concerne une télévision défectueuse et du linge manquant. Il est précisé que la télévision a été réparée rapidement mais rien n'est indiqué concernant les mesures prises s'agissant du linge.	Remarque 4 : Les résultats de l'enquête de satisfaction 2021 de l'EHPAD n'ont pas été présentés en CVS

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les enquêtes de satisfaction 2021 et 2022 à destination des résidents et des familles ont été transmises. Si les résultats sont positifs tant pour les résidents que pour les familles (environ ■ % de satisfaction globale), les principaux motifs d'insatisfaction concernent le manque d'information relatifs aux soins prodigués et à l'état de santé du résident et le manque de respect des habitudes de vie. La mission constate que si les résultats de l'enquête de satisfaction 2022 ont été présentés au CVS, ceux de l'enquête de satisfaction 2021 ne l'ont pas été.	
1.5.1.3	Déclaration des EI/EIG La direction a transmis une extraction ■ des EI de 2022 et 2023. La mission constate qu'ils ne font pas l'objet d'une description détaillée. Il est donc très difficile d'avoir une connaissance précise de l'événement, ce qui ne permet pas d'en faire une analyse et de prendre les mesures préventives et correctrices.	Remarque 5 : Les EI ne font pas l'objet d'une description détaillée.
1.5.1.5	Analyses et suivi des EI/EIG L'établissement a transmis à la mission de contrôle 3 EIG : - 2 EIG en date de 2023 (panne de radiateurs dans 46 chambres et 35 salles de bains en février, panne du seul monte-charge de l'établissement en juillet) - 1 EIG en date d'octobre 2022 (EHPAD non informé de la sortie d'hospitalisation d'une résidente) La mission constate que ces EIG n'ont pas été déclarés à la Ville de Paris et l'ARS. Par ailleurs, 2 EIG en date de mai 2022 ont été transmis à la Ville de Paris mais pas à la mission de contrôle.	
1.5.1.6	Signalements et transmission des RETEX La direction a transmis 4 RETEX pour des EIG datant de 2021, 2022 et 2023 (2 RETEX). Ces RETEX comporte une description des EIG, une analyse et les mesures préventives ou correctrices à mettre en œuvre. La mission constate que les EIG en question n'ont pas été transmis à la Ville de Paris et à l'ARS.	Ecart 6 : L'ensemble des EIG ne sont pas transmis à la Ville de Paris et à l'ARS, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.

Commentaire complémentaire

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	Effectifs de l'établissement Les effectifs présents dans l'établissement sont : -L'équipe de direction : la directrice (ETP), la directrice adjointe en charge des ressources (ETP) et la directrice adjointe en charge des soins (ETP). -L'équipe soin : un cadre de santé (ETP), IDE matin (ETP), matin après-midi (ETP) et IDE nuit (ETP). AS matin (ETP), AS après-midi (ETP), AS nuit (ETP), agents sociaux matin (ETP) et agents sociaux après-midi (ETP). Un psychologue du personnel (ETP), un psychologue des résidents (ETP) et deux pédicures (ETP chacun). Concernant l'effectif médical : le poste de médecin coordonnateur est vacant et quatre médecins traitants salariés sont présents (respectivement (ETP). -L'équipe administrative : personnels d'accueil (ETP), personnel de gestion (ETP), personnel d'admission (ETP), secrétaire médicale (ETP), personnel de régie (ETP) partagés avec Alquier Debrousse), personnel atelier (ETP), un personnel magasin (ETP) et un SLRH (poste vacant). -L'équipe de restauration : chef cuisinier (ETP), adjoints techniques, et agents sociaux (ETP). -L'équipe hôtelière : cadre hôtelier, adjoint technique (ETP), agents sociaux (ETP). L'entretien est assuré par une société extérieur via une équipe de bio nettoyage. -L'équipe animation : responsable animation (ETP) ainsi agent social affecté à l'animation (ETP). -L'équipe esthétique : coiffeuse (ETP) et socio esthéticienne (ETP).	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	<u>L'absentéisme</u> Les chiffres ANAP renseignés par l'établissement sont : Pour la campagne 2022 : -Pour l'absentéisme : 6.67% (médiane départementale : 12.01%/régionale : 12.21%/nationale : 11.94%). -Pour la rotation des personnels : 2.3% (médiane départementale : 13.52%/régionale : 13.54%/nationale : 13.54%). Pour la campagne 2023 : -Pour l'absentéisme : 4.85% (médiane départementale : 10.32%/régionale : 11.76%/nationale : 12.1%). -Pour la rotation des personnels : 1.67% (médiane départementale : 14.91%/régionale : 15%/nationale : 15%). Les chiffres de l'établissement sont en baisse et en-dessous des médianes. <u>Le recrutement par intérim</u> La mission n'a pas d'information précise quant au recours à l'intérim. D'après l'organigramme, les postes vacants sont occupés par des CDD. <u>Le plan de développement des compétences</u> L'établissement a transmis un tableau indiquant les personnels titulaires de l'AFGSU (1 et 2) ainsi que ses plans de développement des compétences pour les années 2022, 2023 et 2024. <u>Le plan 2022</u> contient les formations suivantes : -« SIMULATEUR DE VIEILLISSEMENT » pour douze personnels -« AFGSU 2 - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 2 » pour douze personnels -« AFGSU1 - Formation Gestes et soins d'urgence - niveau 1 » pour douze personnels -« Equipier d'évacuation (guide file et serre file) » en 3 sessions pour trente-six personnels -« Exercice d'évacuation et de mise en sécurité » en 3 sessions pour trente-six personnels -« H.A.C.C.P » pour huit personnels -« Manipulation d'extincteurs sur bacs à feu propres (Premier Témoin Incendie) » en 3 sessions pour trente-six personnels -« MOBILISATION DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE » pour douze personnels. -Des formations individuelles portant sur la bientraitance, la prise en charge des personnes âgées, la prise en charge de la douleur et des formations aux outils informatiques. <u>Le plan 2023</u> contient les formations suivantes :	
2.1.1.6		
2.1.2.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-« MOBILISATION DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE » pour douze personnels -« Equipier d'évacuation (guide file et serre file) » pour trente-six personnels -« Exercice d'évacuation et de mise en sécurité » pour trente-six personnels -« Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) » pour trente-six personnels -« H.A.C.C.P » pour six personnels -« AFGSU 2 - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 2 » pour douze personnels - Des formations individuelles portant sur la fin de vie et les directives anticipées, la prise en charge des maladies psychiatriques, la bientraitance, la connaissance de la personne âgée dépendante, le toucher-massage et les transmissions ciblées, la nutrition et la dénutrition ainsi que la prise en charge de la douleur. <u>Le plan 2024 contient les formations suivantes :</u> -« Bientraitance » pour 12 soignants -« LE TOUCHER MASSAGE : UNE ALTERNATIVE NON MEDICAMENTEUSE A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR » pour sept personnels -« LES TRANSMISSIONS CIBLEES » pour dix personnels -« NUTRITION / DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE ET HYGIENE BUCCO-DENTAIRE » pour seize personnels -« PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR » pour douze personnels -« RELATION AVEC LES FAMILLES DES RESIDENTS EN EHPAD ET A DOMICILE » pour treize personnels -« SECURISER LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE » pour dix-sept personnels -« TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LA PERSONNE AGEE » pour huit personnels -« AFGSU 2 - Formation Gestes et soins d'urgence - Niveau 2 » pour douze personnes -« AFGSU1 - Formation Gestes et soins d'urgence - niveau 1 » pour vingt-quatre personnels -« Equipier d'évacuation (guide file et serre file) » pour trente-six personnels -« Manipulation d'extincteurs sur bacs à feux propres (Premier Témoin Incendie) » pour soixante personnels -Des formations individuelles : Formation Word, compétences numériques, CAP cuisine, activité en espace Snoezelen, soins palliatifs.	
2.1.2.5	<u>Le livret d'accueil</u> L'établissement a transmis un livret d'accueil type du CASVP. Il n'a pas été transmis de livret d'accueil pour le salarié. Il a néanmoins été transmis un guide « Réussir l'accueil d'un nouvel agent.e en 6 étapes » à destination des supérieurs hiérarchiques directs. Celui prévoit entre autres la remise d'un kit de bienvenue au nouveau professionnel et les démarches à prévoir avant et après l'arrivée du nouveau collaborateur afin de favoriser au mieux son intégration. Ce guide propose que le futur agent soit accompagné par un « pair » volontaire pendant une période de 6 mois.	Remarque 6 : Il n'a pas été transmis de livret d'accueil pour le nouvel arrivant.
2.1.4.5	<u>Les plannings</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Concernant les IDE, il est prévu d'après les documents fournis la présence par jour de : – 2 IDE le matin – 2 IDE l'après-midi Concernant les AS/ASO il est prévu : – Le matin : • Au 1^{er} étage (2 UVP de 23 lits au total) : 3 AS minimum • Au 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage : 2 soignants minimum dont 1 AS • AU 6^{ème} étage (UVP de 14 lits) : 2 soignants minimum dont 1 AS – L'après-midi : • Au 1^{er} étage (2 UVP de 23 lits au total) : Au minimum 3 soignants dont 2 AS • Au 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage : 2 soignants minimum dont 1 AS • AU 6^{ème} étage (UVP de 14 lits) : 2 soignants minimum dont 1 AS La nuit, il est prévu la présence de 3 AS dans l'établissement.		
2.1.4.2	Les fiches de tâches heureées L'établissement a transmis des fiches de tâches heureées : IDE matin et après-midi ainsi qu'AS/ASO pour le matin, l'après-midi et de nuit. <u>Pour les fiches de tâches heureées des IDE :</u> -La fiche de tâches heureées matin porte sur la période de 7h à 14h48. Les activités des IDE tournent autour des actes de soins et de la distribution de traitements entre 8h et 12h45. A partir de 13h, les IDE assurent principalement les transmissions écrites, et orales en interéquipe. Les IDE du matin sont également responsables de la réorganisation des effectifs en cas d'absence d'AS ou ASO au chevet jusqu'à l'arrivée du cadre de Santé. Elles sont également en lien avec l'administrateur de garde le week-end ou les jours fériés. -La fiche de tâches heureées après-midi porte sur la période de 13h32 à 21h20. Comme pour les IDE de l'équipe du matin, le personnel infirmier assure les actes de soins ainsi que la préparation et la distribution des traitements avec les autres IDE présentes l'après-midi. A partir de 20h sont assurées les transmissions écrites et la traçabilité des soins puis, à 21h, les transmissions orales à l'équipe de nuit. L'établissement n'a pas transmis de fiche de tâches heureées pour les IDE intervenant la nuit. <u>Pour les fiches de tâches heureées AS/ASO :</u>	Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis de fiche de tâches heureées pour le personnel infirmier de nuit. Ecart 7 : Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches (Article L311-3, 1° du CASF). Remarque 8 : Il n'y a aucune mention des cas d'événements inattendus et de mention de contact au cadres de permanence ou d'astreinte dans les fiches de tâches heureées.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-La fiche de tâches heures matin porte sur la période de 7h à 14h48 et la fiche de tâches heures après-midi porte sur la période de 13h32 à 21h10. Les tâches pour les AS et les ASO sont identiques. Elles exercent les mêmes missions, ce qui constitue un glissement de tâches. -La fiche de tâches heures nuit porte sur la période de 21h à 7h. La répartition de la surveillance des étages est effectuée en fonction du nombre de personnels de nuit. La mission constate, au vu des plannings transmis, que l'établissement essaie d'assurer la présence d'au moins trois AS de nuit. Une IDE de nuit est également présente, celle-ci est présente en semaine et un week-end sur deux. Après un temps de transmission orale avec un IDE, les missions de l'équipe de nuit consistent en la sécurisation du bâtiment, le positionnement à l'étage d'affectation prévu dans la fiche de tâches pour effectuer les actes de change selon planification et besoins. Ils assurent également la surveillance des résidents et l'entretien des fauteuils roulants de l'étage ainsi que les locaux. Ils assurent des transmissions écrites dans le logiciel de l'établissement et dans le cahier de chaque étage entre 6h20 et 6h50. Aucune mention n'est faite sur la survenance d'événement inattendu ni du contact avec les cadres de permanence ou en astreinte	
2.1.4.4	<u>Le glissement de tâches</u> Cf supra (écart n°7)	Cf Ecart 7
2.1.4.7	<u>La gestion des absences imprévues</u> L'établissement n'a pas transmis de procédure de gestion des absences imprévues.	Ecart 8 : L'établissement n'a pas transmis de procédure de gestion des absences imprévues.
2.1.4.10	<u>La qualification du personnel de nuit</u> D'après les plannings transmis par l'établissement, l'équipe de nuit est composée de huit AS et d'une IDE. La présence d'au moins 3 AS est recherchée par l'établissement pour assurer le service de nuit et garantir la bonne prise en charge des résidents.	Référence : L311-3, 1° du CASF.

Commentaire complémentaire

Prise en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	<u>La procédure d'admission</u>	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a transmis deux procédures, la première portant sur la préadmission et la seconde sur l'admission et l'accueil du résident, les deux sont datées du 15 novembre 2023. La procédure de préadmission prévoit les modalités de recours au Bureau d'Accueil en Résidence pour rassembler les dossiers de demande, les modalités de contact pour les candidats et l'envoi du dossier médical à remplir pour étude par le médecin coordonnateur et l'organisation d'une visite préalable à l'admission comprenant une visite médicale menée par le médecin coordonnateur accompagné par le psychologue, l'adjointe en charge des soins et le cadre de santé selon leurs disponibilités. Pendant la visite de l'établissement le résident est informé du fonctionnement de l'établissement, des personnels présents dans l'établissement et sa potentielle chambre lui est présentée. Après cette visite, le médecin coordonnateur fait un retour sur les résultats de la visite médicale de préadmission à l'équipe de direction qui valide, ou non, l'admission. Après transmission de la validation de l'admission au résident, tous les personnels de l'établissement sont prévenus pour prévoir l'entrée du nouvel arrivant afin que la chambre, son intégration au plan de table et dans le programme d'animation ainsi que le dossier du résident soient préparés. La procédure d'admission prévoit l'accueil du résident le jour de son arrivée avec un entretien d'accueil portant sur la présentation du déroulement d'une journée type dans l'établissement, la présentation du soignant référent et son rôle, le recueil d'informations sur le résident concernant ses habitudes alimentaires ainsi que ses habitudes de vie. Toutes ces informations sont ensuite transmises aux personnels concernés pour assurer le respect de celles-ci. Un infirmier procède au recueil des principaux paramètres liés à l'état de santé du résident (tension artérielle, pouls, poids, taille, douleur) pour le renseigner dans le logiciel de soin de l'établissement.	
3.2.1.2	<u>Évaluation à l'admission</u> La procédure de préadmission et d'admission ne précisent les différentes évaluations réalisées pendant la visite de préadmission. <u>Le PAP</u> L'établissement a transmis : - la procédure d'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé, en date du 31 janvier 2023, ainsi que des annexes relatives à l'organisation et la répartition des référents PAP - le document de recueil des données du PAP - un planning prévisionnel d'élaboration des PAP - un document type « respect du sommeil » qui pourra être rempli par le résident s'il désire que les soignants ne rentrent pas dans sa chambre la nuit (après avis du médecin coordonnateur). L'établissement a également précisé qu'un référent PAP prenait en charge, en moyenne, trois résidents. Pour la procédure relative au PAP, tous les professionnels participent à sa conception et sa mise en œuvre mais les acteurs principaux sont :	Ecart 9 : La mission ne peut s'assurer de la nature des évaluations réalisées à l'admission du résident. Référence : Article D312-158 2° du CASF
3.1.3.3		Remarque 9 : La procédure transmise ne fait pas ressortir de modalité de révision systématique annuelle du PAP et la participation du résident à sa révision. Ecart 10 : Les résidents ne disposent pas tous d'un PAP datant de moins d'un an ce qui contrevient à l'article L311-3, 2° et 3° du CASF.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Le Comité de pilotage composé de la directrice, de la directrice adjointe en charge des soins, de la cadre de santé, du médecin coordonnateur et du psychologue des résidents et des familles. Il définit le cadre institutionnel des PAP, valide les projets proposés et assure leur suivi. -Le référent, un personnel en proximité avec le résident (AS/AMPI/ASO au chevet) qui est l'interlocuteur privilégié du résident et de sa famille avec qui il élabore le PAP en plus du psychologue. Le référent a pour mission d'effectuer le recueil de données initial et de renseigner le logiciel de soins, d'analyser la situation du résident dans l'établissement afin de fixer les objectifs à atteindre en associant ce dernier et de déterminer les actions à mettre en œuvre pour y parvenir. Le référent est également chargé de vérifier et d'évaluer leur bonne application. -Le psychologue des résidents et des familles supervise le PAP, vient en aide au référent pendant toute la durée du PAP, renseigne la partie « objectifs » sur le logiciel de soins de l'établissement et rédige l'avenant au contrat. Le PAP se construit donc à partir de la synthèse des informations renseignées par le résident sur ses habitudes de vie lors de la visite de préadmission, le jour de l'accueil et dans le mois qui suit l'accueil. Au cours de ce premier mois, il est pris connaissance des besoins et attentes observés et exprimés du résident et dans le deuxième mois après l'admission une rencontre entre le résident, accompagné par sa famille, un proche ou son représentant légal, le référent et le psychologue a lieu pour déterminer les objectifs de l'accompagnement. Après cet entretien, il est présentée une synthèse aux autres acteurs de l'élaboration du PAP afin de formaliser les aspects du projet et de le présenter au référent pour validation et signature. Le PAP est alors annexé au contrat de séjour. Une réunion annuelle entre le référent, le psychologue et le cadre de santé évalue s'il y a besoin de réajuster le PAP. L'établissement a transmis une liste des résidents indiquant s'ils disposaient d'un PAP ainsi que la date de sa dernière révision. Seuls 27 des 125 résidents sont indiqués comme disposant d'un PAP dont 8 datent de plus d'un an.	
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique L'établissement n'a pas transmis d'élément permettant d'établir la tenue d'une Commission de Coordination Gériatrique.	Ecart 11 : L'établissement n'a pas mis en place de Commission de Coordination Gériatrique se réunissant annuellement ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.
3.1.4.5	Interventions des professionnels médicaux Trois médecins traitants interviennent dans l'établissement et prennent en charge la totalité des résidents (respectivement 64, 42 et 23 résidents). Interviennent également dans la structure trois dentistes. L'établissement précise que tous les intervenants utilisent le logiciel de soin de l'établissement. D'après le document, la répartition des résidents par médecin traitant se fait par étage (résidents du 1^{er}, trois chambres du 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} étage pour le premier médecin traitant, 2^{ème} et le reste des chambres du 4^{ème} pour le second et enfin le troisième étage pour le dernier médecin traitant) La mission s'interroge sur le respect du libre choix du médecin traitant par le résident.	Ecart 12 : Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant en fonction de son étage et non par choix. Référence : L1110-8 du CSP et L. 311-3 du CASF
2.5.4.3	Système d'appels-malade	Ecart 13 : La mission ne peut apprécier le temps de réponse aux appels-malades et déterminer s'il

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a précisé qu'il avait conclu un marché avec une société afin de garantir la maintenance du système. La fréquence des appels et les anomalies sont visibles sur un ordinateur dans le bureau de la Directrice Adjointe des soins mais l'établissement n'a transmis aucun élément permettant à la mission d'apprécier le temps de réponse aux appels-malades.	garantit la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.
3.3.3.1	Intervention des bénévoles L'établissement a transmis plusieurs documents relatifs aux partenariats et interventions de bénévoles : -Une convention cadre entre le CASVP et l'Association « Les Petits Frères des Pauvres ». -Une convention de partenariat signée avec l'association « Être-là » qui vient accompagner et soutenir, avec leur accord, les résidents en situation de fin de vie et leurs familles en lien avec les démarches de soins. Une liste de bénévoles de l'association a également été transmise. -Une charte type du bénévole remplie et signée par une bénévole intervenant dans l'établissement. La charte est remise à chaque bénévole et détaille les principes régissant son action : les missions qui lui sont confiées, les principes de régularité et ponctualité, le savoir-être et le savoir-faire attendus, le principe de responsabilité civile lié à l'intervention dans l'établissement ainsi que les engagements à respecter et les conditions de dénonciation de la convention. -Une convention signée avec l'Association « Parole de Chien ». -Une convention signée avec la Fondation « Claude Pompidou ».	

Commentaire complémentaire

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Les droits du résident A son entrée dans l'établissement sont fournis au résident : -Le livret d'accueil de l'établissement mentionne l'existence et le rôle du CVS. -La charte des droits et libertés de la personne accueillie. -Le contrat de séjour Celui-ci mentionne le libre choix du médecin traitant et du kinésithérapeute, la protection des données personnelles du résident et les droits qui y sont attachés, la désignation de la personne de confiance ainsi que la rédaction des directives anticipées, le mode de règlement amiable des litiges avec le recours au Médiateur de la Ville de Paris ou à une personne qualifiée.	
3.2.2 3.2.2.5		

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	-Les annexes du contrat de séjour Elles correspondent à des notices d'informations et à des formulaires pour la désignation d'une personne de confiance, les directives anticipées, l'autorisation de recours à la télémédecine. Une annexe définit en outre les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident. Sont également remis la feuille des goûts alimentaires du résident, le programme d'animation, un état des lieux de la chambre du résident et l'organigramme de l'établissement.	
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions L'établissement a transmis un protocole de contention physique en date du 16 décembre 2021, ainsi qu'un tableau exemple anonymisé traçant les contentions prescrites par le même médecin à un étage de l'EHPAD. Le protocole prévoit une prise de décision dans un cadre pluridisciplinaire en appréciant le rapport bénéfice-risque de la contention. L'études des alternatives est également envisagée. La contention est alors mise en place sur prescription médicale disponible dans le dossier informatisé du résident précisant le type de contention et le motif. Toutes les contentions sont reportées sur tableau. Le résident et sa famille sont informés, le consentement du résident est recherché et tracé s'il est donné. L'équipe soignante est informée de la contention. La pose de la contention doit respecter la dignité du résident. Celui-ci ne doit pas être exclu de l'organisation sociale de l'établissement. Pendant que la contention est posée la sécurité du résident, son état cutané et son état psychologique sont surveillés et tracés dans son dossier. La réévaluation de la contention se fait chaque fois que nécessaire avec un minimum d'une fois par mois toujours en équipe pluridisciplinaire. L'établissement n'ayant pas fourni de RAMA, la mission ne peut évaluer si les contentions y sont comptabilisées et analysées.	Remarque 10 : La mission constate que la durée de prescription de la contention n'est pas renseignée dans le dossier informatisé du résident. Remarque 11 : En l'absence de transmission du RAMA, la mission ne peut s'assurer que les contentions sont comptabilisées et analysées.

Commentaire complémentaire

Soins

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament L'établissement dispose d'une PUI et n'a donc pas de convention avec une officine de pharmacie.	
3.8.2.9	L'établissement a transmis la procédure d'organisation du circuit du médicament dans les EHPAD avec PUI commune à tous les établissements du CASVP, en date du 18 janvier 2022. Elle prévoit les modalités de prescription par le médecin, les modalités de commande à la PUI centrale par l'IDE, la préparation, la dispensation et les modalités de la livraison pharmaceutique. Sont détaillés les modalités de stockage des médicaments dans le poste de soins d'étage sécurisé, ainsi que dans l'armoire et le réfrigérateur également sécurisés. Sont aussi détaillées les modalités de stockage dans le chariot de médicament	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	ainsi que les cas de regroupement des médicaments « hors piluliers » dans des dispositifs fermés à clés et des traitements présents dans le chariot d'urgence. Sont également prévues les modalités de traçabilité des stocks et de bionettoyage des lieux de stockage. La procédure détaille le rôle de l'IDE dans le contrôle, la distribution, l'administration, la surveillance et la traçabilité des médicaments dans l'établissement. L'IDE doit assurer un contrôle des médicaments par rapport à l'ordonnance, assurer la distribution et l'administration des médicaments en assurant un travail d'identification et de traçage de la prise ou non-prise. Enfin, le personnel infirmier assure une surveillance post-administration, tout problème est signalé au médecin et tracé dans le dossier informatisé du résident.	
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE L'établissement a transmis le protocole de collaboration IDE et AS de distribution et aide à la prise des médicaments commun aux établissements du CASVP, en date du 15 septembre 2022. Le protocole définit les actes d'administration des médicaments, d'aide à la prise et de collaboration, énumère les situations spécifiques ou l'AS n'est pas autorisé à distribuer les traitements et précise que les actes réalisés par l'AS se sont sous la responsabilité de l'IDE. Le protocole porte également sur les modalités préparatoires à la collaboration IDE-AS qui nécessite une formation préalable de l'AS sur les consignes relatives aux traitements et les points de vigilance après la prise. La case « AVQ » doit avoir été cochée sur la prescription, signifiant l'absence de difficulté et de risque majeur liée à l'administration, pour permettre la coopération IDE-AS. Enfin, le protocole prévoit les modalités de préparation des médicaments par l'IDE et leur distribution par l'AS de jour et de nuit. Les sachets sont préparés par le personnel infirmier et placés dans un gobelet dédié identifié au nom et prénom du résident et placé dans le poste de soins sécurisé. Pour l'administration, l'AS ne peut distribuer que les traitements préparés par l'IDE et il doit procéder à un contrôle de conformité d'identité du résident avec les éléments indiqués sur le gobelet ainsi qu'à un contrôle de concordance entre le nombre de médicaments dans le sachet et celui inscrit. En cas de doute l'AS n'administre pas le traitement et en informe l'IDE. Quand il peut administrer le traitement l'AS aide le résident dans la prise et en informe l'IDE. L'AS signale à l'IDE toute difficulté ou comportement anormal avant, pendant et après l'administration du traitement. S'il n'y a pas d'IDE de nuit ni de médecin d'astreinte, l'AS ne donne pas le traitement et appelle le 15 pour signaler tout problème. Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur L'établissement a transmis deux procédures : Une procédure de dépistage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur, datée du 3 mai 2023, et une procédure de prise en charge de la douleur aiguë en date du 20 juin 2023. - La première porte sur l'identification de l'origine de la douleur pour la prévenir et la soulager. Elle précise que l'ensemble du personnel est concerné par la prise en charge de la douleur. Les évaluations douleurs sont notamment réalisées : - Tous les mois pour les résidents, - Dans les 48h suivant l'entrée pour les nouveaux résidents, - Si une douleur est signalée ou suspectée par le soignant, après mise en place d'un traitement, - A l'occasion de l'élaboration du PAP.	
3.8.2.24		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les échelles d'évaluation sont EVS et AlgoPlus. En cas d'évaluation faite par un AS/AMP/ASO au chevet, l'information doit être remontée le plus tôt possible à l'IDE ou au médecin pour transmission écrite dans le dossier informatique du résident en précisant toutes les informations relatives à la douleur et l'évaluation. La prise en charge médicamenteuse est ensuite mise en place, si nécessaire, sinon des alternatives non médicamenteuses sont prévues. La douleur est réévaluée après délivrance du traitement et si elle n'est pas soulagée, l'IDE se tourne vers un médecin pour déterminer la conduite à tenir. -La deuxième procédure porte sur les cas de douleurs présentant des signes de gravité (troubles de la conscience, marbrures, respirations inhabituelles, ...) chez les résidents algiques. La procédure détaille les points d'évaluation à contrôler afin de déterminer si le résident montre des signes de gravité pour déterminer si la mobilisation du médecin et de l'IDE ou du 15 est nécessaire. S'il n'y a pas de critère de gravité, et si l'IDE n'est pas sur place, l'AS administre le traitement antalgique préparé par l'IDE et identifié au nom du résident. Une nouvelle évaluation est faite après prise du traitement pour mesurer son efficacité. Le résultat de cette évaluation et tout changement de l'état du résident doit être tracé dans le logiciel de soins.	
3.8.2.25	Protocole soins palliatifs et fin de vie L'établissement a transmis plusieurs documents relatifs aux soins palliatifs : – Un document commun aux établissements du CASVP sur l'organisation des soins palliatifs en EHPAD, – Une grille d'évaluation du recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs, – Une note précisant la démarche à suivre si besoin d'une consultation palliative alors qu'aucun médecin n'est disponible – Et un document informatif sur l'équipe de soins palliatifs intervenant dans l'EHPAD (Pallidom). Le document relatif à l'organisation des soins palliatifs dans les établissements du CASVP, du 10 mars 2023, précise que tous les soignants prenant en charge un résident participent à identifier si celui-ci nécessite la mise en place de la démarche palliative. Si un résident est identifié, un échange IDE/AS/Médecin se met en place et une grille d'évaluation du recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs est remplie et si le score correspond au seuil fixé, le médecin coordonnateur et/ou l'IDEC recueillent les directives anticipées du résident et contactent la famille. Une réunion pluridisciplinaire entre le personnel de l'établissement et l'équipe mobile de soins palliatifs est organisée et la décision de mise en place de la démarche palliative est tracée dans le logiciel de soins puis annoncée au résident, sa famille et/ou sa personne de confiance ainsi que le personnel de l'établissement. La démarche engagée est réévaluée à 6 mois puis 1 an dans le PAP. L'établissement n'ayant pas fourni de RAMA, la mission ne peut évaluer si des éléments sur les soins palliatifs et la fin de vie y sont contenus.	
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel L'établissement a rempli le document envoyé par la mission. Tous les résidents ont bénéficié au moins d'une évaluation de son état nutritionnel, dont le résultat a été tracé, en 2023. De plus, l'établissement a transmis une procédure de suivi nutritionnel. Les poids et IMC correspondants sont renseignés.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le rythme d'une pesée mensuelle pour chaque résident est presque atteint , même pour les résidents nouvellement admis dans l'établissement. Les motifs d'absence de pesées sont tracés (« refus », « hospitalisation », « intaisable » et « anomalie »).	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux L'établissement a transmis une liste d'intervenants médicaux et paramédicaux dans l'établissement. Elle comprend : -Trois kinésithérapeutes. - Le premier intervenant [redacted] pour 38 résidents. Le second présent [redacted] pour un résident. - pour 17 résidents. Le troisième se déplaçant au rythme [redacted] pour un résident. -Un orthophoniste de l'équipe mobile de l'HEGP qui intervient pour les bilans de déglutition. -Un ergothérapeute de l'équipe mobile de de gériatrie de la Pitié Salpêtrière qui intervient sur demande. -Un diététicien du service EHPAD du CASVP qui se déplace si besoin.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Ecart	Référence juridique
1	1.2.1.4	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF	Article L311-8 du CASF
2	1.2.1.6	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 2 : Le plan bleu transmis n'est pas un document permettant de répondre à l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confronté.	-Article D312-160 du CASF -Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au

3	1.2.2.12	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 3 : L'attestation d'inscription à l'ordre national des infirmiers de l'IDEC n'a pas été transmis.	cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
4	1.2.2.14	Gouvernance – Management et stratégie	Ecart 4 : L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur.	Article D312-156 du CASF
5	1.3.3.2	Gouvernance – Animation et fonctionnement des instances	Ecart 5 : Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements.	Article R331-10 du CASF
6	1.5.1.6	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 6 : L'ensemble des EIG ne sont pas transmis à la Ville de Paris et à l'ARS.	Article L331-8-1 du CASF
7	2.1.4.2	Fonctions supports – Gestion des ressources humaines	Ecart 7 : Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches.	Article L311-3, 1° du CASF
8	2.1.4.4	Fonctions supports – Gestion des ressources humaines	Ecart 8 : L'établissement n'a pas transmis de procédure de gestion des absences imprévues.	Article L311-3, 1° du CASF.
9	3.2.1.2	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 9 : La mission ne peut s'assurer de la nature des évaluations réalisées à l'admission du résident.	Article D312-158 2° du CASF
10	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 10 : Les résidents ne disposent pas tous d'un PAP datant de moins d'un an.	Article L311-3, 2° et 3° du CASF

11	3.1.4.4	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 11 : L'établissement n' a pas mis en place de Commission de Coordination Gériatrique se réunissant annuellement.	Article D312-158, 3° du CASF
12	3.1.4.5	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 12 : Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant en fonction de son étage et non par choix.	Articles L1110-8 du CSP et L. 311-3 du CASF
13	2.5.4.3	Fonctions support - Sécurité	Ecart 13 : La mission ne peut apprécier le temps de réponse aux appels-malades et déterminer s'il garantit la sécurité des résidents.	Article L311-3, 1° du CASF

Nbre	Numéro IGAS	Référence rapport	Remarque
1	1.2.2.8	Gouvernance – Management et stratégie	Remarque 1 : La procédure relative aux astreintes n'est pas à jour.
2	1.4.3.1	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 2 : La politique de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.
3	1.4.3.2	Gouvernance – Gestion de la qualité	Remarque 3 : L'établissement ne dispose pas de procédure spécifique aux cas de violence ou de harcèlement sexuel.
4	1.5.1.1	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 4 : Les résultats de l'enquête de satisfaction 2021 de l'EHPAD n'ont pas été présentés en CVS
5	1.5.1.3	Gouvernance – Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 5 : Les EI ne font pas l'objet d'une description détaillée.
6	2.1.2.5	Fonctions supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 6 : Il n'a pas été transmis de livret d'accueil pour le nouvel arrivant.
7	2.1.4.2	Fonctions supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis de fiche de tâches hebdomadaires pour le personnel infirmier de nuit.

8	2.1.4.2	Fonctions supports – Gestion des ressources humaines	Remarque 8 : Il n'y a aucune mention des cas d'événements inattendus et de mention de contact au cadres de permanence ou d'astreinte dans les fiches de tâches heurées.
9	3.1.3.3	Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 9 : La procédure transmise ne fait pas ressortir de modalité de révision systématique annuelle du PAP et la participation du résident à sa révision.
10	3.2.3.1	Prise en charge – Respect des droits des personnes	Remarque 10 : La mission constate que la durée de prescription de la contention n'est pas renseignée dans le dossier informatisé du résident.
11	3.2.3.1	Prise en charge – Respect des droits des personnes	Remarque 11 : En l'absence de transmission du RAMA, la mission ne peut s'assurer que les contentions sont comptabilisées et analysées.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Furtado-Heine », géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, a été réalisé à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

Gouvernance :

- Un taux d'occupation au-dessus de l'objectif cible de 95%
- Un plan d'amélioration continue de la qualité en place et suivi

Fonctions support :

- Des taux d'absentéisme et de rotation du personnel soulignant une stabilité des effectifs
- Des plans de développement des compétences complets

Prise en charge :

- Tous les résidents sont suivis par un médecin traitant
- Un rythme de pesée mensuel en place dans l'établissement ainsi qu'un suivi des poids et des IMC

Elle a également relevé les dysfonctionnements principaux en matière de :

Gouvernance :

- L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour
- Le plan bleu transmis n'est pas un document permettant de répondre à l'ensemble des risques auxquels l'établissement peut être confronté
- L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur
- Le CVS n'est pas informé des EI et dysfonctionnements
- Les EI ne font pas l'objet d'une description détaillée.
- L'ensemble des EIG ne sont pas transmis à la Ville de Paris et à l'ARS

Fonctions support :

Les AS et ASO exercent les mêmes missions alors que ces personnels ne disposent pas des mêmes qualifications, ce qui constitue un glissement de tâches

Prise en charge :

- Les résidents ne disposent pas tous d'un PAP datant de moins d'un an
- La mission ne peut s'assurer de la nature des évaluations réalisées à l'admission du résident
- La mission ne peut apprécier le temps de réponse aux appels-malades et déterminer s'il garantit la sécurité des résidents
- La mission constate que la durée de prescription de la contention n'est pas renseignée dans le dossier informatisé du résident.
- En l'absence de transmission du RAMA, la mission ne peut s'assurer que les contentions sont comptabilisées et analysées.

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

Saint Denis, le 22/08/2024

Monsieur Jérôme FEYDEL

Coordinateur de la mission

Délégation départementale de Paris, ARS Île-de-



Madame Fanny REYNAUD



Chargée du contrôle des ESMS parisiens

Sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités

Glossaire

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

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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 : Conrad LAJUSTICIA

Mai : [REDACTED]

Monsieur Jérôme FEYDEL, coordonnateur de la mission d'inspection, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence Régionale de santé d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, 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

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

Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Saint-Denis, le 17 novembre 2023

Mesdames, Messieurs,

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.

Ce programme a pour objectif de faire, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Il prend en compte les axes suivants :

1. La gestion des ressources humaines ;
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD « Résidence Furtado-Heine » (FINESS géographique 750631208) situé au 5-7 rue Jacquier, 75014 Paris, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, qui sera mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Ce contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la prise en charge des résidents et la dispensation des soins ;

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 06 06
Relevance à la santé

94/98 Quai de la République
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
curs

- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de traitement des signalements ;

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Monsieur Jérôme FEYDEL, coordonnateur de la mission d'inspection, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet Secteur Personnes Agées, Délégation Départementale de Paris, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du 17 novembre 2023. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai de deux mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet le cas échéant 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


Tangy BODIN

Pour le Maire de Paris et par délégation.

Le Directeur Adjoint des Solidarités

Jacques BENOÎT

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces Furtado-Heine

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)	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
3	Projet spécifique du PASA	N/A
4	Dernier programme d'activités du PASA	N/A
5	Le projet spécifique d'hébergement temporaire	N/A
6	Règlement de fonctionnement	Oui
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Oui
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Oui
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	Oui
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	Oui
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
17	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	Partiellement
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	Non
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	Oui
22	Dernière évaluation externe	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Partiellement
25	Registre des plaintes et réclamations	Oui
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Oui
27	Procédure de gestion des événements indésirables	Oui
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	Oui
29	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	Partiellement
30	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	Oui
31	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
32	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Oui
33	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui

34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Partiellement
35	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	N/A
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	Oui
37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Oui
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Non
39	Procédure d'admission des résidents	Oui
40	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
41	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui
42	Les 2 derniers CR et feuilles d'émargement de la commission de coordination gériatrique	Non
43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
46	Livret d'accueil du résident	Oui
47	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
48	Procédure relative aux contentions	Oui
49	RAMA	Non
50	Convention pharmacie EHPAD	N/A
51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
54	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