

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) « Saint-Augustin »
Adresse 68 rue des Plantes 75 014 PARIS
N° FINESS 75 004 771 4**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2024_IDF_00007
Contrôle sur place le 13/02/2024**

Mission conduite par

- 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, coordonnatrice de la mission ;
- Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Marc LEBRET, chargé du contrôle des ESMS parisiens, sous – direction de l'autonomie, Direction des solidarités, désigné sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame le Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée en application de l'article L 1421-1 du Code de la santé publique (CSP), ARS Ile-de-France, Délégation départementale de Paris.

Accompagnée par

- Madame Yamina NOURI, cheffe de projet à la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France et stagiaire ICARS en formation à l'école des hautes études en santé publique.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

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

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission d'inspection	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement.....	7
Constats.....	9
Gouvernance	10
Conformité aux conditions de l'autorisation	10
Management et Stratégie	12
Animation et fonctionnement des instances	15
Gestion de la qualité	16
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	18
Fonctions support.....	20
Gestion des ressources humaines	20
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	25
Sécurités	25
Prises en charge.....	26
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	26
Respect des droits des personnes	28
Vie sociale et relationnelle	29
Vie quotidienne. Hébergement	31
Soins	32
Relations avec l'extérieur.....	38
Coordination avec les autres secteurs.....	38
Récapitulatif des écarts et des remarques	39
Écarts	39
Remarques	40
Conclusion	41
Glossaire.....	43
Annexes	44
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	44
Annexe 2 : Liste des documents demandés.....	46
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées.....	50

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	EHPAD « Saint-Augustin »	Capacité hébergement permanent	92 places d'HP et 6 places d'HT
Adresse	68 rue des Plantes	Places habilitées aide sociale	98
Arrondissement	75 014 PARIS	Présence d'une UVP	3 UVP de 12 places soit 36 places
Gestionnaire	Association « Notre-Dame de Bon Secours »	Places en UHR	12
Statut juridique	Privé à but non lucratif	Places en PASA	0

L'établissement a signé un CPOM en décembre 2021.

Éléments déclencheurs de la mission

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

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné à partir du 13 février 2024 conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièces et sur place. 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 positifs et les remarques ont porté sur les thématiques suivantes :

Points positifs de l'établissement relevés par la mission

GOUVERNANCE :

Management et Stratégie :

- Une équipe d'encadrement solide, à l'écoute ;
- Une direction soutenue par le siège.

FONCTIONS SUPPORT :

1. Gestion des ressources humaines
 - Des salariés soudés.
2. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
 - Des locaux agréables, spacieux et bien entretenus.

PRISE EN CHARGE :

Soins :

- Un bon suivi des résidents disposant tous un médecin traitant ;
- L'utilisation d'une valise pour le bien-être et pour l'accompagnement palliatif.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 15 écarts et 23 remarques. Les principaux sont :

Ecarts :

- Une culture de la classification entre EI et EIG et de la déclaration des EIG perfectible ;
- Des fiches de tâches communes aux AS et AVS faisant craindre des glissements de tâches ;
- Un non-respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Fédération Française de Nutrition (FFN), en date du 10 novembre 2021, relatives au « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » ;
- Des modalités de traçabilité de l'administration des médicaments pouvant être source d'erreur.

Remarques :

- Une formation insuffisante du personnel à la bientraitance ;
- Des salariés insuffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées ;
- Une absence de procédure en cas d'urgence affichée dans les postes de soins ;
- Des dates d'ouverture des flacons multi-doses sur les chariots de distribution non systématiquement indiquées ;
- Une absence de liste de médicaments à ne pas broyer.

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

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD « SAINT AUGUSTIN » (FINESS : 75 004 771 4), situé à 68 rue des Plantes 75014 PARIS dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 13 février 2024, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISE EN CHARGE

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

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

15. Environnements
16. Coordination avec les autres secteurs.

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 68 rue des Plantes 75014 PARIS, l'EHPAD « SAINT AUGUSTIN » est géré par l'association Notre Dame de Bon Secours, située 68 rue des Plantes 75014 PARIS.

L'EHPAD est ouvert depuis le 09 février 2015 et dispose de 92 places en hébergement permanent et 6 places d'hébergement temporaire.

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

L'EHPAD est conçu pour accueillir sur l'ensemble de ses places des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il est doté de trois unités de vie protégée (UVP) et d'une unité d'hébergement renforcé (UHR).

Le GMP et le PMP de l'établissement ont fait l'objet d'une validation en janvier et février 2024. Ils s'élèvent respectivement à [REDACTED] et [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les 97 résidents accueillis le jour du contrôle étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD « Saint-Augustin »	[REDACTED]				
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Pour l'exercice 2023 :

- Le tarif hébergement est fixé à 101,06 € TTC pour les résidents de plus de 60 ans et à 123,62 € TTC pour les résidents de moins de 60 ans et pour l'hébergement temporaire
- Le montant du forfait global dépendance autorisé s'élève à 757 440,00 € (223 084,00 € à la charge de la Ville de Paris)
- La dotation globale de soins s'élève à **2 827 159,55 €**.

Le CPOM est signé le 07 décembre 2021 pour une entrée en vigueur le 01 janvier 2022. Ses principaux objectifs sont :

- Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes
- Améliorer :
 - La prise en charge des troubles psychi-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer
 - L'hygiène bucco-dentaire des résidents
- Maintenir et tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD
- Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge
- Développement durable de Paris et responsabilisation sociétale des établissements (RSE)

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

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	EHPAD « Saint-Augustin »		
Nom de l'organisme gestionnaire	Fondation Notre-Dame de Bon Secours		
Numéro FINESS géographique	75 004 771 4		
Numéro FINESS juridique	75 080 367 8		
Statut juridique	EHPAD associatif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
PUI	Sans PUI		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP	92	92
	Dont UHR	12	12
	HT	6	6
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	98		

	Année 2018	Année 2024
PMP Validé		
GMP Validé		

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

Consignes de lecture :

Écart : toute non-conformité à une référence juridique.

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

L'EHPAD « Saint-Augustin », créé par arrêté conjoint du Préfet de Paris et du Maire de Paris en date du 26 janvier 2010 est géré par l'association « Notre Dame de Bon Secours » située 68 rue des Plantes 75 014 PARIS. Cette association a été reconnue d'utilité publique en 1926.

L'association « Notre Dame de Bon Secours » assure la gestion de :

- 2 EHPAD (« Saint-Augustin » et « Sainte-Monique ») ;
- 1 accueil de jour auquel est rattachée une plateforme de répit ;
- 1 résidence autonomie ;
- Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) « Giordano Bruno » ;
- Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) « Sainte- Geneviève ».

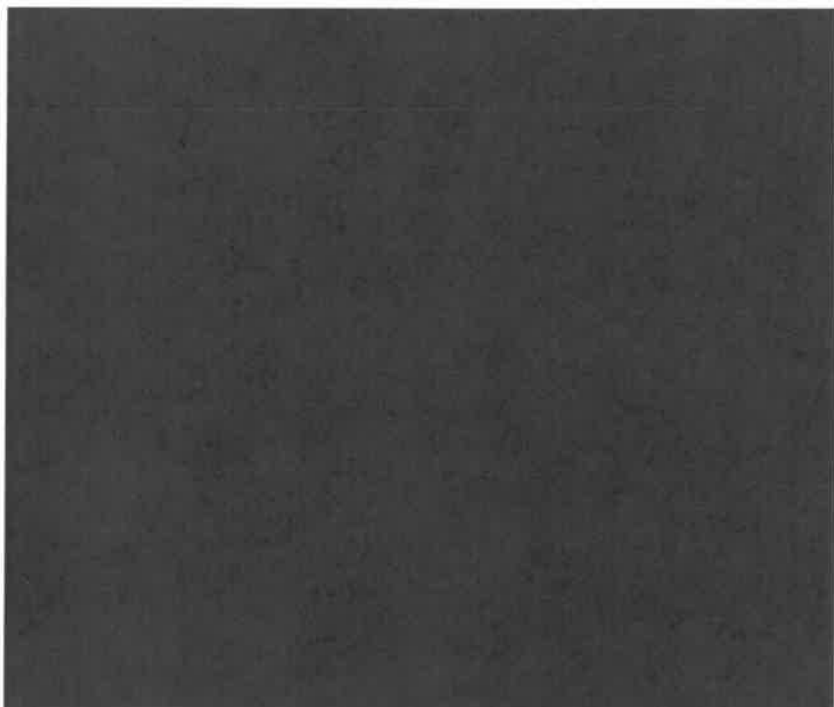
L'ensemble de ces structures se situe au sein d'un même site.

La capacité autorisée est de 98 places dont 92 places d'hébergement permanent et 6 places d'hébergement temporaire, toutes habilitées à l'aide sociale.

L'établissement est organisé autour de 3 UVP, 2 unités de vie dites « ouvertes » (UVO) et d'une UHR de 12 places.

Le jour de la visite d'inspection, 97 résidents étaient présents dans l'établissement, soit un taux d'occupation de 98,98 %.

La répartition des résidents par GIR au jour du contrôle par unité est la suivante :



La moyenne d'âge est de 84,5 ans.

●résidents sont sous curatelle (●curatelles renforcées et ●curatelles simples), ● sous tutelle (● tutelles aux biens et à la personne et ■■■■■ aux biens) ● sous sauvegarde de justice et ● sous habilitation familiale. Ces résidents sont tous en unité de vie ouverte.

Hébergement temporaire :

L'établissement est autorisé pour 6 places d'hébergement temporaire mais ces places ne sont pas utilisées pour ce type d'hébergement. Il est prévu dans le cadre du CPOM le transfert de ces places à l'EHPAD « Sainte-Monique ».

UHR :

Le personnel de l'UHR est composé de médecin, IDE, AS, ASG, psychomotricienne, psychologue. Les professionnels sont formés spécifiquement et le travail en UHR se fait sur la base du volontariat. En journée sont présentes ● AS dont ● présentées comme ASG par l'établissement. La mission note l'absence d'attestation de formation d'ASG dans le dossier d'une AS exerçant comme ASG à l'UHR.

Remarque n°1 : L'attestation de formation d'ASG d'une AS exerçant en UHR n'est pas présente dans son dossier.

Les locaux, conformes au cahier des charges, sont composés de :

- Une entrée sécurisée avec badge ;
- Un espace de convivialité où sont pris les repas et où sont proposées des animations avec une cuisine ouverte mais sécurisée par une barrière ;
- Une salle Snoezelen pouvant être utilisée par la psychologue, la psychomotricienne, et pour de la relaxation par les AS ;
- Une petite pièce à part pouvant être utilisée pour des activités ou une rencontre avec les proches ;
- Des espaces de service ;
- Une terrasse.

Un projet spécifique à l'UHR est inclus dans le projet d'établissement.

Il est indiqué que « l'admission à l'UHR se fait après confirmation du diagnostic puis une évaluation des symptômes psycho-comportementaux à l'aide du test NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique, version soignante). Le maintien ou non dans cette unité est réévalué tous les 6 mois ou plus fréquemment si nécessaire ».

Le projet spécifie que la prise en charge est quant à elle surtout axée sur des ateliers thérapeutiques dans le but de stimuler les fonctions cognitives préservées des résidents et leurs fonctions sensorielles. Les plannings d'animation présentés à la mission d'inspection prévoient notamment les activités suivantes :

- Art-thérapie ;
- Atelier mémoire ;
- Atelier cuisine ;
- Snoezelen ;
- Atelier psychomotricité.

Management et Stratégie

1. La gouvernance

La directrice de l'EHPAD « Saint-Augustin » exerce ses fonctions depuis [REDACTED] CDI et à temps plein. Elle assure également la direction du centre d'accueil de jour (CAJ) et de la plateforme de répit (PFR). Elle est entrée dans l'établissement en tant que chargée de mission [REDACTED] avant de devenir adjointe de direction [REDACTED] puis directrice adjointe [REDACTED].

Elle est titulaire d'un Master [REDACTED]

Elle dispose d'une fiche de poste de directeur d'établissement commune à l'ensemble des établissements de l'association. Elle fixe les responsabilités du directeur dans les domaines suivants :

- Gestion budgétaire, financière et comptable ;
- Gestion du personnel ;
- Vie institutionnelle.

Elle dispose d'une délégation de pouvoirs du directeur général de l'association qui l'autorise à « déléguer une partie de ses pouvoirs à l'un ou plusieurs cadres placés sous son autorité, à la condition que ces derniers possèdent la compétence et l'autorité nécessaires et aient à leur disposition les moyens d'exercer ces pouvoirs ».

Son contrat a été transmis. Il ne précise pas qu'elle assure en plus de la direction de l'EHPAD, la direction de l'accueil de jour et de la PFR qui lui est rattachée.

Ecart n°1 : Le contrat de la directrice n'indique pas qu'elle assure la direction du centre d'accueil de jour et de la plateforme de répit.

Référence : D312-176-5 du CASF

L'adjointe de direction est [REDACTED] remplacée [REDACTED] par une adjointe de direction en CDD [REDACTED].

L'IDEC exerce ses fonctions [REDACTED] en CDI et à temps plein. Son diplôme d'IDE et une attestation de réussite au diplôme universitaire d'IDE coordonnateur ont été transmis.

Le médecin coordonnateur est quant à lui présent dans la structure [REDACTED] en CDI et à [REDACTED] ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF. Il est titulaire d'une capacité de médecine en gériatrie. Celle-ci a été transmise.

Il est présent au sein de l'EHPAD à raison de 3 jours par semaine (mardi, mercredi et jeudi) de 9h à 17h. Il peut sur son temps de travail soutenir les autres structures de l'association en cas d'absence de personnel médical. Il n'effectue pas d'astreinte, la nuit une IDE répond aux urgences.

L'établissement dispose également d'un médecin prescripteur en CDI recruté à [REDACTED] ETP ([REDACTED] ETP à Saint-Augustin et [REDACTED] ETP à Sainte-Monique). Son jour de présence est le lundi. Elle est titulaire d'une capacité de médecine en gériatrie. Son diplôme a été transmis.

Un organigramme de l'établissement a été transmis. Celui-ci est affiché dans l'établissement. En date de septembre 2023, il précise les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les agents. Il n'est cependant pas indiqué par catégorie de personnels le nom des salariés et les ETP correspondants.

Un tableau des astreintes pour les mois d'octobre 2023 à mars 2024 a été communiqué. Les astreintes sont assurées par l'adjointe de direction, l'IDE référente (IDER), l'IDEC et la gouvernante à tour de rôle pendant une semaine. La directrice assure des astreintes en remplacement des personnes en congés.

Il n'a pas été transmis de procédure d'astreinte.

Remarque n°2 : Aucune procédure relative aux astreintes n'a été transmise.

Une procédure en cas d'absence de la direction, prévue, non programmée ou en tant de crise, a été transmise.

Elle prévoit que l'adjointe de direction, le Directeur général de l'association ou les directrices du FAM « Sainte Geneviève » et de l'EHPAD « Sainte Monique » prennent le relais pour assurer la direction ou apporter leur soutien.

2. Les outils de pilotage

Le projet d'établissement :

L'établissement a transmis un projet d'établissement couvrant la période 2021-2026.

Il s'articule autour de 6 axes :

- Les fondements du projet avec une présentation de l'association, de l'offre sanitaire et médico-sociale dans le 14^{ème} arrondissement, de la population et du dispositif de prise en soins de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés de l'association ;
- Le projet institutionnel qui propose un focus sur l'établissement (les équipes et l'organisation architecturale de l'EHPAD en unités de vie) et détaille les objectifs du projet d'établissement (sauvegarder l'identité de chacun, respecter sa dignité, préserver ses droits et libertés dans une dimension éthique, encourager l'autonomie, adapter l'environnement et la relation d'aide-soignant-soigné, prévenir et soigner les maladies, et enfin développer une vie sociale et vaincre l'isolement) ;
- Le projet de soins avec un projet spécifique pour l'UHR ;
- Le projet hôtelier ;
- Le projet d'animation ;
- Les projets futurs (création d'un PASA, recrutement d'un médecin prescripteur, développement de la télémedecine et création d'un espace enfant).

Le règlement de fonctionnement :

La direction n'a pas transmis le règlement de fonctionnement de l'établissement.

La mission ne l'a pas non plus vu affiché dans l'établissement.

Ecart n°2 : Il n'a pas été transmis à la mission de règlement de fonctionnement.
Référence : Article L311-7 du CASF

Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement.
Référence : Article R.311-34 CASF

Le plan bleu :

L'établissement a transmis le plan bleu de l'établissement.

Celui-ci est complet et répond aux attendus de la réglementation. Il contient les modalités d'organisation spécifique à mettre en œuvre selon les risques, les modalités de la continuité d'activité et les modalités de la reprise d'activité.

Réunions EHPAD :

- CODIR

Un CODIR est prévu toutes les 3 semaines le mardi matin en présence de la directrice, l'IDEC, l'IDER, la psychologue, la gouvernante, l'adjointe de direction et du médecin coordonnateur. Y sont systématiquement abordées différentes thématiques comme les ressources humaines, les résidents et les familles. D'autres sujets peuvent être mis à l'ordre du jour comme les vaccinations COVID ou grippe, la démarche qualité, la restauration...

Ces CODIR font l'objet d'un compte rendu. Les comptes rendus pour les années 2021, 2022 et 2023 ont été transmis.

- Réunions institutionnelles :

Une réunion institutionnelle se tient une fois par trimestre avec l'ensemble des salariés. Cette réunion permet d'aborder différents sujets d'actualité de l'EHPAD (travaux, point RH) et de sensibiliser les équipes sur différents aspects (bienveillance, respect des horaires et heures de pauses...).

Les comptes rendus de ces réunions ont été transmis pour l'année 2023.

- Réunions EHPAD/Association :

Une réunion mensuelle se tient entre le gestionnaire et les directeurs des différentes structures. Les ordres du jour sont fixés autour de 6 axes :

- L'association ;
- Les établissements et services ;
- RH ;
- Finances ;
- Technique ;
- Informatique.

Il a également été indiqué à la mission que la présence sur le même site du siège et des différents établissements facilitait les échanges informels et permettait une communication fluide.

3. Climat social :

Il ressort des entretiens menés que le climat social au sein de l'établissement est bon. La nouvelle direction est présentée comme soutenant et à l'écoute. S'il a été indiqué un taux d'absentéisme de ● %, celui-ci s'explique par des absences programmées (congés maternités ou sans solde pour formation) qui ne provoquent pas de désorganisation dans la structure.

Deux réunions « droit d'expression des salariés » ont eu lieu les 18 et 25 octobre 2023 réunissant 41 participants (ASH, soignants, IDE, psychomotricienne, animatrice), soit près des ■ du personnel de l'établissement. Ces réunions ont permis l'expression de nombreux souhaits concernant la mise à jour des prescriptions médicales, les moyens humains et matériels, la formation, le collectif de travail et les relations avec les familles.

Des « actions à engager » ont été indiquées : la formation Montessori pour tous, une réflexion autour du recrutement d'une secrétaire médicale, une amélioration de l'information avant nouvelles admissions et le changement de pharmacie.

Animation et fonctionnement des instances

Le CVS :

Les dernières élections se sont tenues en mars 2021. Le dernier règlement de fonctionnement approuvé lors de la séance de mars 2023 a été transmis.

Le CVS est composé d'après la liste des membres transmise de :

- 1 représentant des résidents ;
- 3 représentants des familles (dont la présidente du CVS) ;
- 1 représentant des salariés ;
- 1 représentant de la Fondation.

A la lecture des comptes-rendus des CVS de 2023 il apparaît que le CVS est composé de :

- 2 représentant des résidents ;
- 3 représentants des familles (dont la présidente du CVS) ;
- 2 représentants des salariés ;
- 1 représentant de la Fondation.

Les prochaines élections doivent se tenir en 2024. L'établissement devra se conformer à la nouvelle réglementation en matière de composition et de fonctionnement du CVS.

Le CVS se réunit régulièrement :

- 4 réunions se sont tenues en 2021 ;
- 5 réunions ont eu lieu en 2022 ;
- 3 séances se sont déroulées en 2023.

Le compte-rendu de la réunion de novembre 2023 est affiché. Les comptes rendus sont signés par la présidente du CVS.

Les sujets abordés lors des CVS sont nombreux et ont porté, entre autres, sur les ressources humaines (postes vacants, recrutements), les animations, l'actualité covid, le projet d'établissement, les formations, le budget, les projets en cours...

Une boîte aux lettres ainsi qu'une adresse mail sont disponibles pour tout contact avec le CVS.

*Le CVS est informé des EI et dysfonctionnements. Les actions correctrices mises en œuvre sont présentées. Cependant, au vu des comptes rendus transmis, il n'est pas procédé à une présentation d'une analyse et d'une synthèse de ces EI et dysfonctionnement une fois par an.

Remarque n°3 : Il n'est pas présenté au CVS une fois par an une synthèse et analyse des EI et dysfonctionnements.

Les résultats des enquêtes de satisfactions sont également présentés. Le principal axe d'améliorations qui ressort de la dernière enquête présentée au CVS de novembre 2023 est le développement de la communication et en particulier dans le domaine médical. Il a été indiqué que des mesures seront prises afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé.

Gestion de la qualité

La direction a transmis un document datant de septembre 2023 relatif à la démarche qualité et à la gestion des risques au sein de l'EHPAD « Saint-Augustin ».

Ce document précise qu'un comité de pilotage qualité composé de la directrice, de l'adjointe de direction, du médecin coordonnateur, de l'IDEC, de l'infirmière référente, de la gouvernante et de la psychologue se réunit au moins une fois par trimestre.

Sont repris lors de ces réunions les différents objectifs indiqués dans le plan d'amélioration continue de la qualité avec l'ensemble des personnes concernées. Il est indiqué que les objectifs reprennent les axes de travail définis par le CPOM, le projet d'établissement, la démarche d'analyse du risque infectieux (DARI) le traitement des EI, les suites données aux réunions internes (comités associatifs, séminaire...) et la trame d'auto-évaluation de la HAS.

En 2023, ce comité s'est réuni 8 fois entre mars et novembre selon le document transmis.

Le plan d'amélioration continue de la qualité en date de novembre 2023 a été transmis.

Il décline effectivement des objectifs à atteindre autour de 4 thématiques : DARI, auto-évaluation, CPOM et séminaire « fin de vie ». Les objectifs sont déclinés en actions précises facilitant le suivi de ce plan d'actions. Il est à noter que de nombreux objectifs sont issus de l'auto-évaluation.

L'évaluation de la qualité :

La direction a transmis l'évaluation de la qualité de l'établissement en date de décembre 2023 réalisée selon le nouveau référentiel de la HAS.

Si le bilan de cette évaluation est très positif, elle pointe comme principal axe de progrès une formalisation claire de la stratégie de l'EHPAD en matière d'optimisation des achats et de développement durable. Un plan d'actions suite à cette évaluation a été établi et transmis.

La promotion de la bientraitance :

La politique de bientraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, mais son intégration est prévue dans le plan d'action qualité transmis.

Dans ce même plan couvrant la période 2023-2026, il est indiqué que :

- Une stratégie bientraitance a été définie (action réalisée aux trois-quarts) et une charte de la bientraitance a été élaborée ;
- Des échanges sur la bientraitance sont prévus lors des groupes d'expression des salariés (action à moitié réalisée) ;
- Un plan de prévention, détection, signalement et gestion des risques de maltraitance et de violence est finalisé.

Les plans de développement des compétences transmis font apparaître que 12 salariés (soignants et agents logistiques) ont bénéficié d'une formation bientraitance en 2022. Cette formation étant mutualisée, la mission ne peut déterminer le nombre de salariés de l'EHPAD concernés par cette formation.

Aucune formation sur la bientraitance n'était prévue en 2023 et aucune précision n'est apportée concernant la tenue de cette formation en 2024.

Comme mentionné plus haut, il est cependant indiqué comme axe d'amélioration dans le compte rendu de la dernière réunion d'expression la mise en place d'une formation Montessori pour tous les salariés.

La charte de la bientraitance de l'association est par ailleurs affichée dans l'établissement.

Les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA) ainsi que les coordonnées des services de la Ville de Paris et de l'ARS sont également affichés au rez-de-chaussée.

Remarque n°4 : Peu de salariés de l'établissement ont bénéficié d'une formation à la bientraitance selon les plans de développement des compétences transmis.

Il a été par ailleurs indiqué que l'IDEC est référente bientraitance.

Deux « Groupes d'analyse de pratique » (GAP) se tiennent régulièrement (un GAP soignant et GAP cadres), animés par une psychologue extérieure à l'établissement. Sont abordés des questions autour des résidents et familles avec prises en charge difficile. Le contenu reste confidentiel.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

1. Gestion des réclamations :

La direction de l'établissement précise qu'il n'existe pas de registre des réclamations et que les insatisfactions sont remontées par mail. Elle indique également qu'une boîte aux lettres dont seule la directrice a la clé est à disposition pour recueillir les fiches de signalements à destination des familles, des résidents et des professionnels. La mission a pu constater sur place la mise à disposition de ce formulaire.

La gestion des réclamations fait l'objet d'une procédure commune à l'ensemble des structures de l'association à l'attention des résidents et des proches. Celle-ci a été transmise à la mission.

Elle précise, qu'« en cas de maltraitance, le déclarant, seul ou avec un proche, est reçu par la direction et le responsable de service. Si la situation le requiert, la direction transmet sans délai le signalement à la justice ».

Le document « Démarche qualité et gestion des risques au sein de l'EHPAD « Saint Augustin » » précise également que les salariés sont formés et encouragés à aider les résidents à remplir des fiches de signalement malgré leurs troubles cognitifs.

La direction indique par ailleurs tenir un tableau Excel de suivi des réclamations et qu'elle adresse les réponses aux familles par mail.

Celui-ci a été transmis à la mission. La mission constate que les réclamations sont recensées dans le même tableau que celui des EI. Il n'existe pas de distinction entre réclamations et EI. Seul l'émetteur de l'événement (visiteur, résident, personnel) permet de distinguer les réclamations des EI.

La mission constate que des réclamations faisant état d'actes de maltraitance [REDACTED] peuvent être classées comme EIG par la direction sans que cela fasse l'objet d'une déclaration aux autorités de tutelles.

2. Gestion des EI/EIG :

La direction a transmis une procédure de déclaration et suivi d'un événement indésirable.

Tout professionnel peut signaler un événement indésirable en remplissant la fiche déposée à la direction. La direction analyse et transmet si besoin, notamment à l'IDEC et IDE référente en cas de lien avec les soins. L'analyse de l'événement doit ensuite se faire en groupe avec les personnes concernées et l'IDEC ou IDE référente. La situation peut ensuite être présentée en réunion pluridisciplinaire sous forme de rappel des bonnes pratiques.

Lors des entretiens, il a été constaté que la définition d'événement indésirable donnée par les soignants correspondait principalement à des événements leur ayant posé difficulté. La notion d'événement indésirable lié aux soins n'était pas maîtrisée.

La direction a transmis à la mission 7 EIG pour les années 2022 et 2023 :



A la lecture du tableau des EI, la mission constate que des EI classés comme des actes de violence ou de maltraitance vis-à-vis d'un résident, ne sont pas considérés comme des EIG par la direction.

Ecart n°4 : La classification des EI entre événements indésirables simples, événements indésirables graves et événements indésirables associés aux soins n'est pas maîtrisée.
Référence : Article L331-8-1 du CASF

Depuis 2017, seuls [REDACTED] événements indésirables ont été déclarés à l'ARS : [REDACTED]

La Ville de Paris n'a pas été destinataire de ces EIG ni d'aucun EIG depuis 2017 alors que la procédure de déclaration et suivi d'un événement indésirable prévoit bien la transmission des EIG à l'ARS et à la Ville de Paris.

Ecart n°5 : L'ensemble des EIG définis dans l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales n'est pas transmis aux autorités de tutelle.
Référence : Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

3. Enquête de satisfaction :

Les résultats de deux questionnaires de satisfaction ont été transmis :

- 1 adressé aux résidents ou à leur famille en 2021
- 1 adressé uniquement aux familles en 2023.

Le questionnaire de satisfaction de 2023 a obtenu 36 réponses sur 98 résidents, soit un taux de réponse de 37%.

Les résultats font état entre autres d'un taux de satisfaction de [REDACTED] pour l'accompagnement global, de [REDACTED] pour la prise en soins et [REDACTED] % des répondants recommanderaient l'établissement à un tiers.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

1. Situation générale des effectifs :

Selon le tableau des effectifs et les documents transmis, l'établissement dispose du personnel suivant en CDI au jour de l'inspection :

	Personnes	ETP
Personnel de direction, administratif et animation :		
Directrice		
Adjointe de direction		
Animatrice		
Assistante administrative et animation		5
Agents d'accueil		9
Personnel soignant :		
Médecin coordonnateur		5
Médecin prescripteur		
IDEC		
IDE référente		
IDE		5
ASD		
AES + AMP		6
Psychologue		
Psychomotricienne		
Personnel services généraux :		
Gouvernante		
Technicien logistique		
Agents qualifiés		
TOTAL		

Il a été indiqué qu'un poste d'IDE était vacant (1 ETP) ainsi qu'un poste d'AS (1 ETP).

Le tableau des ETP comprend une catégorie « agents qualifiés » concernant ● salariés, sans autre précision, ce qui ne permet pas d'identifier les fonctions des personnes concernées. En recoupant avec l'organigramme et d'autres documents, ces personnels englobent les ASH et les AVS.

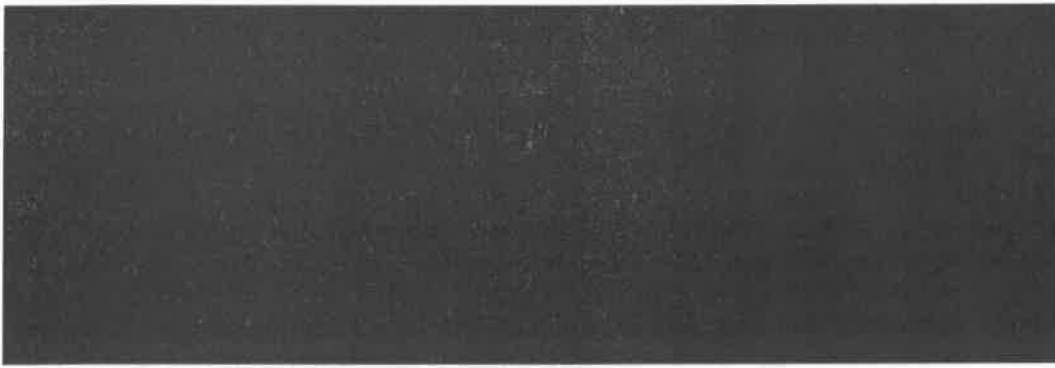
Remarque n°5 : Le tableau des effectifs transmis ne permet pas de connaître la fonction de l'ensemble du personnel de l'EHPAD.

2. Organisation du travail :

Concernant les équipes soignantes, il ressort des plannings qu'il est prévu pour les AS/AES/AVS le personnel suivant :

- Le jour :

1^{er} étage :



Les plannings ne précisent pas que les personnels soignants non affectés à l'unité Coquelicot intervenant de 8h-30 à 20h et de 9h à 20h30 sont affectés à l'UHR.

4^{ème} étage :



5^{ème} étage



Il est prévu ● IDE par jour, 

- La nuit

Il est prévu ● AS/AMP de nuit (19h45 – 7h45) : 



Une IDE de nuit mutualisée avec l'EHPAD « Sainte Monique » et le FAM intervient spécifiquement sur l'UHR pour la distribution des médicaments.

Une procédure relative à la gestion d'absence inopinée du personnel a été transmise.

Celle-ci prévoit en cas d'absence d'un personnel soignant une réorganisation des équipes soignantes des autres étages afin de soutenir l'équipe concernée par l'absence.

Si l'absence concerne un soignant affecté à l'UHR, elle sera palliée par la réorganisation des équipes des unités de vie ouvertes du 4^{ème} ou 5^{ème} étage.

L'établissement dispose en outre d'un pool de CDD et de vacataires réguliers permettant de faire face aux absences. Il a également été indiqué que certains IDE faisaient des heures supplémentaires et que l'IDEC ou l'IDER pouvaient assurer des remplacements si besoin.

3. Les fiches de postes et fiches de tâches :

La direction a transmis des fiches de postes pour les IDE, les AS/AES et les ASH. Celles-ci sont précises quant à leurs missions et indiquent sous la responsabilité de quel salarié exerce le professionnel. Les fiches de postes des AVS n'ont pas été transmises.

Les fiches de poste sont le plus souvent datées de 2017 ou 2018, sauf pour la directrice et l'adjoint de direction, datées de 2020.

L'identification des besoins mais aussi des potentialités des résidents font parties des missions des AS et AMP indiquées dans leur fiche de poste.

L'information « de l'équipe soignante et notamment de l'IDE des dysfonctionnements constatés lors du débarrassage des plateaux (manque d'appétit, boulimie, ...) est mentionnée dans la fiche de poste ASH.

Aucune fiche de tâches n'a été transmises. Dans les postes de soins des fiches de tâches sont affichées par horaires (7h-30 – 19h30, 8h – 19h30, 8h30 – 20h et 9h – 20h30). Celles-ci sont communes aux AS/AES et aux AVS intervenant dans les unités (fiche de tâches « soignants »), ce qui sous-entend des glissements de tâches (soins d'hygiène, distribution des médicaments).

Ecart n°6 : Les fiches de tâches affichées dans les étages sont communes aux AS/AMP et aux AVS, ce qui sous-entend des glissements de tâches.

Référence : Article L311-3, 1° du CASF

4. Formations :

Un plan de développement des compétences a été transmis pour les années 2022, 2023 et 2024. Il décrit les formations externes suivies par le personnel de Saint-Augustin et des autres structures du site.

Il ressort de ces plans de développement de compétences que :

En 2022 :

- 3 formations ont été proposées (secrétaire médicale pour une ASH et colloques annuels sur le thème de la gériatrie et de la coordination pour le médecin coordonnateur et 1 formation shiatsu pour la psychomotricienne).

Comme indiqué supra, une formation sur la bientraitance a été proposé à 12 salariés des différentes structures de l'association. Le document transmis ne permet pas de connaître le nombre et la qualification des salariés de Saint-Augustin ayant suivi cette formation.

En 2023 :

- 2 salariés ont suivi une formation en vue d'obtenir le diplôme d'AS ;
- L'animatrice a suivi une formation « animation en EHPAD » ;
- Le médecin coordonnateur a participé à divers congrès (gériatrie, Alzheimer, prescription et parcours adapté aux personnes âgées) ;
- Des formations AFGSU niveau 1 et 2 sont prévues pour les salariés de l'ensemble des structures, mais la mission ne peut déterminer le nombre et qualification des salariés de l'EHPAD « Saint-Augustin » concernés par cette formation.

En 2024 :

- Il est prévu une formation en vue de l'obtention du diplôme d'AS pour 3 salariés.

Remarque 6 : En l'absence de transmission des attestations de formation, la mission d'inspection ne peut connaître l'ensemble des formations suivies par les salariés de l'EHPAD « Saint-Augustin ».

Remarque 7 : Peu de formations relatives à la prise en charge des personnes âgées (fin de vie, prise en charge de la douleur, prévention des escarres...) sont inscrites aux plans de développement des compétences.

Des formations internes sont dispensées par :

- Le médecin coordonnateur (grippe, canicule, maladie Alzheimer, troubles du comportement, nutrition) ;
- La psychologue (troubles du comportement).

Une formation sur la prévention des chutes est programmée.

D'autres thématiques font également l'objet de formations par des fournisseurs (matériel, transfert, incontinence...).

Une infirmière mobile d'hygiène (IMH) intervient également dans l'établissement pour assurer des formations à l'hygiène.

5. Dossiers du personnel :

La mission a examiné un échantillon de 5 dossiers du personnel.

La mission constate que :

- Seul un dossier (IDE) contenait la fiche de poste du salarié ;
- 2 salariés n'avaient pas de contrats signés par les deux parties ;
- Aucun dossier ne contient d'entretien professionnel annuel.

La mission constate également qu'un salarié n'ayant pas la qualification d'aide-soignant a été recruté en CDD en tant qu'« agent qualifié » en remplacement d'un AS.

Remarque 8 : Les dossiers des salariés en version papier étudiés par la mission sont incomplets. Il manque des documents essentiels et obligatoires.

Ecart n°7 : Un salarié n'ayant pas la qualification d'aide-soignant a été recruté en remplacement d'un AS, ce qui constitue un glissement de tâches susceptible de mettre en cause la sécurité du résident.

Référence : Article L311-3, 1° du CASF

6. Accueil du nouveau salarié :

Une procédure d'intégration d'un nouveau salarié en date de novembre 2023 a été transmise. Cette procédure est commune à l'ensemble des structures de l'association.

Elle prévoit :

- La signature du contrat de travail au service RH, l'organisation de la visite médicale d'embauche, la remise des documents relatifs à l'embauche et des outils de travail ;
- La visite du site et du bâtiment, organisée par un référent ;
- L'organisation du travail avec un binôme le jour de l'intégration ;
- L'organisation de l'entretien de fin de période d'essai au plus tard 15 jours avant la fin ;
- La participation du salarié à une journée d'intégration.

Il a été indiqué à la mission que les nouveaux salariés étaient présentés lors du brief et qu'ils bénéficiaient d'un accompagnement.

Gestion d'information

Dossiers administratifs des résidents :

La mission a procédé à l'étude d'un échantillon de 4 dossiers de résidents.

Ils sont bien tenus et comprennent les éléments attendus : contrats de séjour, annexes relatives à la désignation de la personne de confiance, aux directives anticipées, au droit à l'image...

Dossiers médicaux des résidents :

Les dossiers médicaux des résidents sont intégralement informatisés, dans le logiciel Netsoins. Il n'existe pas de version papier. Ils comprennent les éléments classiques attendus : antécédents, dépendances, risques, vaccination, traitements, observations, compte-rendu des paramédicaux, plan de soins, transmissions, projet personnalisé.

RAMA :

Le RAM 2022 transmis est très complet, il comprend des éléments chiffrés associés à des commentaires et interprétations permettant une mise en perspective.

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

1. Etat et accessibilité des locaux

L'établissement est constitué d'un bâtiment sur sept niveaux ainsi répartis :

-
-
-
-
-
-
-



Les locaux sont dans l'ensemble propres et bien entretenus.

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

2. Equipements :

Les chambres ne sont pas équipées de rails de transfert mais l'établissement dispose de lève malade (19). L'établissement dispose également de 50 matelas anti – escarres.

Sécurités

L'accès à l'EHPAD, les UVP, l'UHR, les postes de soins sont sécurisés. L'accès et la sortie des unités fermées sont sécurisées par un badge.

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

Les appels malades :

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

La mission d'inspection a testé le système d'appel qui a donné des résultats positifs.

Cependant, la mission n'a pas été destinataire des relevés des appels malades demandés (Cf. Annexe 2).

Ecart n°8 : Faute de transmission de relevés des appels malades, la mission ne peut s'assurer du bon fonctionnement du système.

Référence : Article L. 311-3 du CASF

Prises en charge

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

1. Admission :

L'admission est organisée par une procédure éditée en octobre 2023 étayant de manière exhaustive les différentes étapes de l'admission du résident :

- La phase administrative :

Recueil des documents administratifs demandés pour la constitution du dossier administratif du résident, préparation des différents documents à remettre au candidat (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, questionnaires et fiches de renseignement) ;

- La phase médicale :

Recueil des données médicales et des données du médecin traitant par l'équipe médicale et l'équipe de soins ;

- La phase hôtellerie :

Recueil des données et des habitudes sociales, à savoir la restauration, lingerie....

- La phase accueil physique du résident le jour de son admission.

Les premières données permettent d'établir une réévaluation. La consolidation de cette évaluation est prévue une semaine après l'admission. Ces différentes phases couvrent le parcours d'admission du résident et permettent de répondre à ses besoins.

Les demandes sont reçues par l'adjointe de direction qui transmet à une formation dont la composition inclut le médecin coordonnateur, le psychologue, l'IDEC ou l'IDE référente pour étudier la demande. Il est prévu une visite de préadmission.

La préadmission est réalisée et validée par cette même équipe.

Cette formation conduite par le médecin coordonnateur évalue l'état de santé, le niveau du handicap ou de la dépendance en vue d'établir les besoins du résident et le niveau de sa prise en charge.

Le médecin coordonnateur donne son avis sur l'admission et établit un compte rendu de cette évaluation.

En général les refus d'admission sont liés aux profils ne correspondant pas aux prestations de l'établissement ou à une rétractation de la famille. Les cas de refus sont par conséquent peu nombreux.

S'il existe bien une procédure d'admission du nouveau résident avec les différentes étapes du parcours d'admission, il n'existe pas en revanche de procédure de communication en cas de refus d'admission.

Remarque n°9 : Il n'est pas prévu de procédure en cas de refus d'admission.

2. Les projets d'accompagnement personnalisés (PAP) :

L'aide-soignant en charge des toilettes du résident est en principe le référent PAP de celui-ci.

Selon le tableau de suivi réalisé par l'établissement, les résidents bénéficient dans leur grande majorité d'un PAP, seul 1/3 des résidents a un PAP à jour.

Presque la moitié des PAP est signée par le résident ou sa famille. Les autres PAP ne sont pas signés malgré les sollicitations de l'établissement. Il a été en effet indiqué à la mission que les familles étaient peu intéressées par la démarche du PAP.

Une petite partie n'est pas signée pour cause de non-retour des familles ou des tuteurs.

La mission d'inspection a constaté qu'un planning annuel et mensuel sont mis en place pour la mise à jour des PAP.

Résident éligible au PAP	Nombre de PAP fait	PAP a jour	Pourcentage PAP à jour	Pourcentage PAP faits
97	89	31	31,96%	91,75%

Respect des droits des personnes

L'établissement dispose de locaux permettant l'accueil des proches, des aidants dans de bonnes conditions. L'établissement a mis à la disposition des familles une salle d'accueil au rez-de-chaussée.

L'établissement est ouvert aux bénévoles qui interviennent le week-end.

Les tarifs fixés par la Ville de Paris au titre de l'hébergement et de la dépendance pour 2024 sont affichés.

Si le contrat de séjour indique qu'un coffre est à la disposition des résidents pour y déposer argent ou objet de valeur, le livret d'accueil ne fait pas mention de ce coffre. L'établissement dispose d'un coffre-fort dans le bureau de la directrice, mais il est utilisé pour l'argent liquide de l'EHPAD.

Remarque n°10 : Bien que l'établissement dispose d'un coffre-fort, celui-ci n'est pas mis à disposition des résidents pour y déposer argent ou objet de valeur.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans une salle réservée aux personnels et n'est donc pas visible des résidents et des familles.

Ecart n°9 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas affichée dans un endroit accessible aux résidents et à leurs proches.
Référence : Article L. 311-4 CASF

Concernant les possibilités d'accès à une personne qualifiée, si ce dispositif est présenté dans le livret d'accueil (nom des personnes et adresse mail de l'ARS), l'équipe d'inspection n'a pas vu la liste affichée dans l'établissement.

Remarque 11 : La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée dans l'établissement.

Personne de confiance :

Le contrat de séjour présente une annexe relative à la désignation de la personne de confiance. Il y est indiqué que « la désignation d'une personne de confiance est une démarche importante, puisque son avis sera sollicité dans des moments graves ».

Directives anticipées :

Une annexe relative aux directives anticipées est jointe au contrat de séjour. Celle-ci est composée d'une note d'information sur celles-ci et d'une trame permettant au résident de rédiger ses directives. L'annexe relative à la personne de confiance indique que celle-ci « peut être également en possession des directives anticipées du patient, s'il les a rédigées ».

Les contentions :

Les contentions sont prescrites par le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant et sont réévaluées en réunion pluridisciplinaire. Le consentement des familles est recherché.

Les contentions concernent actuellement 2 résidents.

Un protocole de contention a bien été transmis à la mission d'inspection.

Vie sociale et relationnelle

1. Restauration

La restauration est assurée par le prestataire Vitalrest depuis le 1^{er} mars 2023. L'EHPAD ne dispose pas d'une cuisine permettant de préparer les repas des résidents sur place.

Les repas en texture normale sont préparés en liaison froide et les repas en textures modifiées sont préparés principalement à l'EHPAD « Saint -Augustin ». Les ASH ont reçu des formations sur les fausses routes. Une cuisine centrale est en cours de création pour tout le site. Les menus du jour sont affichés à l'étage.

Les horaires des repas sont les suivants :

Petit-déjeuner : 7h30

Déjeuner : 12h30

Gouter : 15h30

Diner : 18h00 dans les UVP et UHR et 18h30 dans les UVO

L'EHPAD ne dispose pas de salle de restaurant collective pour l'ensemble de l'établissement. Les résidents des UVP et de l'UHR prennent leur repas dans leur unité tandis que les résidents des unités ouvertes prennent leur repas au 3^{ème} étage.

Il a été indiqué à la mission qu'une commission des menus se tenaient en présence de la directrice, de la gouvernante et de résidents au rythme d'une par trimestre. L'amélioration des menus de substitution est un objectif de la direction. Une diététicienne de la société Vitalrest intervient.

D'après l'enquête de satisfaction 2023, une amélioration a été constatée sur les repas et sur la quantité depuis le changement de prestataire.

Remarque 12 : Les menus de la semaine ne sont pas affichés.

2. Animation

L'équipe d'animation est composée d'une animatrice salariée à temps plein, diplômée en art thérapeutique à l'université Paris Descartes. Elle a été stagiaire au sein du CAJ de l'association Notre Dame de Bon Secours (NDBS) pendant 3 mois, puis a intégré en 2018 l'équipe de l'EHPAD « Saint Augustin » en tant qu'animatrice. Elle y a introduit « l'art-thérapie, les arts plastiques et la musicothérapie ». Elle a suivi une formation d'animatrice de 2 jours en 2023.

L'animatrice est présente du lundi au vendredi de 10h à 18h et exceptionnellement le samedi selon les événements proposés (spectacle organisé avec des artistes par exemple). En cas d'absence, une aide-soignante ayant bénéficié d'une formation en animation, peut assurer son remplacement. Les activités peuvent également voir la participation d'intervenants externes à l'instar de bénévoles ou du service civique.

Si l'animatrice est en charge de l'élaboration et coordination du programme d'animation, elle a pour objectif la participation de l'ensemble des professionnels selon leurs disponibilités, et ce afin d'intégrer les animations dans le projet de soin et d'accompagnement du résident.

Elle affirme se sentir soutenue par la direction dans la mise en place de projet qui ont vocation à améliorer la prise en charge des résidents.

Le mardi après-midi est sanctuarisé pour les réunions pluridisciplinaires regroupant l'ensemble du personnel en contact avec les résidents hors direction. Le jeudi correspond aux réunions dédiées aux résidents de l'UHR.

L'animatrice ne participe pas à la visite de préadmission, elle intervient une fois le résident admis afin de connaître ses habitudes de vie, ses besoins, ou encore pour rencontrer la famille. Cela permet d'élaborer un projet d'animation en cohérence avec les besoins des résidents.

L'animatrice participe au PAP en lien avec la psychologue, la psychomotricienne, un aide-soignant et dans la mesure du possible un IDE. Les PAP sont mis à jour tous les 6 mois pour les résidents d'UHR et tous les ans pour les autres.

L'animatrice indique à la mission d'inspection avoir très peu de contact avec les familles, si ce n'est au moment de leur rencontre à l'entrée du résident dans l'EHPAD. Elle est très en lien avec les autres professionnels de l'établissement.

Le projet d'animation fait partie intégrante du projet d'établissement (2021-2026). Il a pour base le cadre légal du plan régional grand âge 2007/2012 ainsi que la charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante article VI – valorisation de l'activité. Il prend appui sur les projets d'accompagnement personnalisés afin de répondre au mieux aux besoins des résidents tout en s'adaptant à leur état cognitif.

Un compte rendu après chaque animation est réalisé de façon non systématique, à destination des soignants, notamment ceux qui n'ont pas pu assister à l'animation. Ces comptes rendus, également inscrits dans NETSOINS, renseignent notamment sur la participation des résidents et permettent d'alerter sur une éventuelle problématique cognitive aggravée, ou au contraire sur une amélioration.

Le planning des activités est affiché à chaque étage de l'établissement. Les activités durent, selon la thématique, entre 45 minutes et une heure.

Les activités proposées peuvent être :

- Médiation animale ;
- Sport adapté ;
- Pâtisserie ;
- Théâtre (travail sur la mémoire, l'imaginaire, l'estime de soi...) ;
- Danse orientale (intervenant extérieur) ;
- Rencontre intergénérationnelle ;
- L'écoute musicale ;
- Lecture.

Il est également organisé des sorties à l'extérieur de l'EHPAD, uniquement pour les résidents hébergés en dehors de l'UHR vers le supermarché ou le square situés à côté de l'établissement. Leur organisation a connu un frein depuis la période COVID, mais tend à être relancée.

Il n'existe pas dans l'EHPAD de salle spécifiquement dédiée aux animations. Celles-ci se font dans les étages ou dans la salle polyvalente si besoin.

Remarque n° 13 : Une assistante administrative et animation est présente dans la structure à 0,6 ETP. Son rôle en terme d'animation n'a pu être identifié par la mission.

Vie quotidienne. Hébergement

Les chambres

Les unités ouvertes se situent au 4^{ème} et 5^{ème} étage. Les chambres d'une superficie comprise entre 20 m2 et 22 m2 sont équipées d'un lit médicalisé, d'une table mobile et de placards muraux. Les salles de bain sont équipées d'une douche, d'un WC et d'un lavabo.

Les résidents ont la possibilité d'amener leur mobilier personnel et de décorer leur intérieur. Il est indiqué dans le livret d'accueil que « l'établissement encourage la personnalisation de cet espace privé en aménageant une décoration selon ses goûts ».

La mission constate l'absence de rails de transfert dans les chambres.

Le linge

La lingerie est commune aux EHPAD « Sainte-Monique » et « Saint-Augustin » depuis fin 2022. Le linge plat est externalisé et le linge des résidents est traité sur place.

La configuration des locaux permet le respect de la marche en avant.

Si la qualité de l'entretien du linge est une des principales sources d'insatisfaction des résidents, il a été indiqué à la mission qu'il y avait moins de plaintes qu'auparavant. La directrice ne s'explique pas les raisons de la disparition fréquente du linge des résidents.

Remarque n°14 : La mission d'inspection constate que le traitement du linge des résidents demeure une source d'insatisfaction malgré une amélioration.

Les soins de nursings/changes

Le livret d'accueil précise que l'EHPAD met à disposition des protections en fonction des besoins des résidents.

Au 4^{ème} et 5^{ème} étage, un référent protections est désigné à tour de rôle parmi les soignants chaque semaine.

Soins

1. Locaux de soins :

Il existe un poste de soins avec un local à pharmacie par unité, soit deux par étage. L'accès au poste de soins est sécurisé avec un badge. Le local pharmacie donne sur le poste de soins et est sécurisé avec un badge limitant l'accès aux IDE, aux cadres infirmiers et au médecin coordonnateur.

Les postes de soins visités ont les caractéristiques suivantes :

Leur aspect est propre, avec nettoyage quotidien. On y trouve notamment un chariot d'urgence, du matériel nécessaire aux soins infirmiers, du matériel de pesée (deux chaises de pesée dans l'établissement). Le chariot d'urgence est scellé, le stock de médicaments urgents est conforme. Un défibrillateur externe est posé horizontalement, il est peu visible et il n'y a pas de signalétique. On ne trouve pas de lit d'examen, les soins étant réalisés en chambre.

Les numéros d'urgence sont affichés, mais il n'existe pas de procédure d'urgence affichée dans le poste de soins, en particulier pour le personnel de nuit. Les contacts des médecins traitants ne sont pas affichés, mais ils ne sont que trois médecins pour l'établissement.

L'accès et la sortie des unités fermées sont sécurisées par un badge.

En UVP et UHR, sur les portes figurent les noms et photographies des résidents (dont certaines arrachées par les résidents).

Il existe une salle Snoezelen en UHR, et un espace balnéothérapie dans l'établissement.

Ecart n°10 : Le défibrillateur automatique externe est peu visible et la signalétique associée n'est pas affichée.

Référence : Décret 2018-1186 du 19 décembre 2018.

Remarque n°15 : Il n'y a pas de procédure en cas d'urgence affichée dans les postes de soins.

2. Interventions des médecins et paramédicaux libéraux :

Trois médecins traitants prennent en charge les résidents : un médecin prescripteur (10 résidents) et deux médecins libéraux. Tous les résidents ont un médecin traitant.

Les conditions d'intervention des médecins libéraux ne font pas l'objet d'un contrat entre les professionnels et l'EHPAD.

Trois kinésithérapeutes libéraux interviennent. Il est prévu qu'ils fassent un bilan initial et en cours de prise en charge, avec traçabilité dans Netsoins. Les actes de kinésithérapie sont prescrits par le médecin traitant, ou le médecin coordonnateur si besoin. Les kinésithérapeutes pratiquent des séances individuelles et non en ateliers. Ils disposent d'une salle attitrée avec matériel adapté.

Il existe peu de lien avec les autres professionnels notamment sur les bilans et projets personnalisés.

D'après les documents transmis, seul un kinésithérapeute a signé un contrat avec l'EHPAD.

Ecart n°11 : Les conditions d'intervention des intervenants libéraux ne font pas l'objet d'un contrat entre les professionnels et l'EHPAD.

Référence : Article L314-12 du CASF

3. Circuit du médicament :

La direction a transmis la convention avec la pharmacie, la procédure relative au circuit du médicament et la procédure relative à l'entretien du chariot.

a) Prescription

Les trois médecins traitants exerçant dans l'établissement utilisent le logiciel Netsoins. Les ordonnances hospitalières sont faxées à la pharmacie et retranscrites dans Netsoins par un médecin traitant ou le médecin coordonnateur. Le logiciel de l'établissement n'est pas interconnecté avec celui de la pharmacie.

Les ordonnances consultées étaient conformes. Il n'y a pas de liste préférentielle de médicaments (LPM).

b) Dispensation

L'établissement a signé une convention avec la pharmacie des Gobelins, 75013, pour une dispensation avec préparation des doses à administrer.

Lors des entretiens, la recherche d'une nouvelle pharmacie a été évoquée, du fait de difficultés avec la pharmacie actuelle persistantes malgré l'organisation de temps d'échange. Ces difficultés concernent en particulier des livraisons trop tardives (traitements habituels, hors blister, nouveaux traitements) et des livraisons de traitements malgré arrêt.

Les traitements sont livrés en rouleaux, une fois par semaine. Un contrôle est fait à la livraison par un IDE, avec communication d'une fiche de non-conformité si nécessaire.

c) Stockage

Le stockage se fait dans les locaux pharmacie présents dans chaque unité. Le stockage des médicaments au réfrigérateur est conforme, avec surveillance des températures. Les stupéfiants sont stockés dans un coffre scellé dans le local pharmacie, sécurisé par clé et code, avec accès uniquement pour les IDE, cadres infirmiers et le médecin coordonnateur. Le registre est tenu à jour.

La mission constate que les dates d'ouverture des flacons multi-doses présents sur les chariots de distribution ne sont pas systématiquement indiquées. Il a été trouvé un stock tampon conforme (contenu conforme, contrôlé), mais il existe également un stock de médicament non conforme comprenant des médicaments nominatifs hors rouleaux, dont des antibiotiques et antidépresseurs, rangés par spécialité et non par résident, une boîte de médicament pouvant être utilisée pour plusieurs résidents. Cela peut engendrer des problèmes de traçabilité du lot du médicament administré.

Remarque n°16 : Les dates d'ouverture des flacons multi-doses présents sur les chariots de distribution ne sont pas systématiquement indiquées.

Ecart n°12 : Un stock de médicament comprenant des boîtes de médicaments pouvant chacune être utilisées pour plusieurs résidents, hors stock tampon, est présent dans un local à pharmacie. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF n'est pas respectée.

d) Préparation

L'original de la prescription est utilisé pour la vérification à la livraison et pour la préparation de boîtes individuelles à partir des éléments du rouleau.

La préparation des médicaments est réalisée uniquement par les IDE. Le local de préparation est conforme.

La préparation des médicaments à écraser est faite par l'IDE (machine à broyer, sachets individuels). Il n'y a pas de liste de médicaments à ne pas broyer.

Remarque n°17 : Il n'existe pas de liste de médicaments à ne pas broyer.

e) Administration, aide à la prise

L'aide à la prise des traitements est faite par les AS (aides-soignantes), utilisant les traitements préparés quotidiennement par les IDE en boîtes individuelles. L'AS vérifie le traitement, aide à la prise le résident, prend des notes sur un document qu'elle conserve, puis transmet à l'IDE qui trace la prise du traitement dans Netsoins. La traçabilité n'a donc pas lieu au moment de l'administration, et n'est pas faite par la personne ayant administré. La mission note qu'un système permettant cette traçabilité existe (tablettes), mais qu'il n'est pas utilisé.

Identitovigilance : Les ordonnances sont dans un classeur avec nom, numéro de chambre, photographie du résident. Les noms et photographies des résidents se trouvent sur les portes des chambres, mais souvent arrachées en UVP et UHR. Il n'y a pas de photo sur les boîtes individuelles de médicaments utilisées par les AS.

Une formation au circuit du médicament a été réalisée en juillet 2023 par l'assurance maladie dans l'établissement avec la participation du médecin coordonnateur, d'IDE et d'AS.

Ecart n°13 : La traçabilité de la distribution et administration des médicaments n'est pas satisfaisante. Elle est réalisée de façon différée, par un professionnel autre que celui ayant administré, ce qui peut être source de confusion ou d'oubli.

La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF n'est pas respectée.

Remarque n°18 : Il n'y a pas de photographies des résidents sur les boîtes nominatives de médicaments servant à l'administration.

4. Support de transmission et temps d'échanges :

Il existe différents temps d'échange auxquels participent les soignants au sein de l'établissement :

- Echanges équipe jour/nuit : l'organisation des plannings permet un temps d'échange avec transmissions orales entre les équipes de jour et de nuit de façon quotidienne.
- Réunion médicale : une réunion est organisée en présence du médecin coordonnateur, des cadres de santé et des IDE, les mardis, mercredis et jeudis (jours de présence du médecin coordonnateur).
- Réunion cadre de santé/IDE/AS trois fois par semaine.
- Brief quotidien avec l'ensemble du personnel permettant d'échanger des informations générales et particulières sur les résidents.
- Réunion pluridisciplinaire hebdomadaire : cadres/soignants/animation : échanges sur 2 résidents par unité, objectifs fixés pour chaque résident. Ces réunions font l'objet d'un compte-rendu.
- Temps d'échange sur les PAP, piloté par la psychologue.
- Réunion UHR toutes les semaines : échanges sur des résidents, évaluation NPI-ES.
- Commissions médicales inter établissement de l'association.

Commission gériatrique : Les comptes rendus de commission de coordination gériatrique en 2021 et en mai 2023 ont été fournis. En 2023 on trouve une présentation faite lors de la commission, mais pas de compte-rendu des échanges, et un faible nombre de participants.

est utilisé pour l'ensemble des éléments du dossier médical et pour les transmissions. Il n'y a pas d'autre support, en particulier papier, y compris pour les intervenants extérieurs. Le dossier médical est renseigné par le médecin coordonnateur. Les médecins traitants l'implémentent. La traçabilité de la prise des traitements est effectuée par les IDE et non les AS (Cf. circuit du médicament).

5. Protocoles :

Les protocoles suivants ont été transmis : contention, dénutrition, escarre, prévention suicide, chutes, analyse des chutes, douleur, circuit du médicament, ainsi qu'une liste des principales procédures et protocoles.

Ils sont accessibles dans les salles de soins.

Il existe un protocole de transfert d'un résident aux urgences, mais il paraît mal connu de l'ensemble des soignants.

6. Dossier de liaison d'urgence (DLU) :

Il n'existe pas de version papier éditée régulièrement du DLU. Les AS peuvent éditer le DLU dans [REDACTED] et ont la formation pour le faire.

Remarque n°19 : Le DLU est accessible uniquement via le logiciel [REDACTED] sans procédure dégradée en cas de panne informatique.

7. Echelles utilisées pour l'évaluation des résidents à l'entrée et pour le suivi :

L'ensemble des résidents de l'établissement présente une maladie neurodégénérative. L'EHPAD comprend, en plus des places d'EHPAD classiques, 4 unités fermées de 12 lits chacune : 3 UVP et 1 UHR.

D'après les entretiens, les scores et échelles suivants sont utilisés à l'entrée et/ou pour le suivi : GIR, MMSE, douleur Algoplus Doloplus, NPIES, chutes Tinetti (par kinésithérapeute ou psychomotricienne), dépression GDS. Ces informations ne sont pas retrouvées dans les documents transmis. Les 5 dossiers médicaux extraits de [REDACTED] contiennent les GIR, mais les autres évaluations n'y sont pas visibles. Une extraction des Algoplus pour l'ensemble des résidents a été transmise, mais elle ne comprend pas d'autres évaluations. Le risque d'escarre serait systématiquement évalué par les IDE, mais sans utilisation d'une échelle dédiée (Cf. infra).

L'évaluation des troubles de la déglutition ne semble pas systématique, et est rendu plus difficile du fait de l'absence d'orthophoniste.

L'évaluation du statut nutritionnel fait l'objet d'une partie dédiée.

Ecart n°14 : Les documents transmis ne permettent pas d'établir l'existence d'une évaluation multidimensionnelle initiale et de suivi, utilisant des scores et échelles validés. L'absence d'une telle évaluation contrevient aux articles D312-158 du CASF et L. 311-3 du CASF.

8. Evaluation de la douleur :

Elle est faite par les soignants, y compris les AS, à l'aide d'échelle de type Algoplus et Doloplus. Les documents transmis montrent que cette évaluation est régulière, et répétée si besoin.

9. Escarres :

Le repérage des résidents à risque est fait par les IDE et doit être tracé dans [REDACTED], sans utilisation d'une échelle dédiée. Des transmissions ont lieu lors des réunions d'équipe. En cas de soins importants, une HAD peut être mise en place. Sont présents dans l'établissement [REDACTED] résidents avec escarres, dont [REDACTED] en fin de vie. Un suivi par photo est possible. Des matelas anti escarres sont loués si besoin.

Un protocole plaie chronique/escarre a été transmis. Il concerne uniquement le traitement d'escarre et non le repérage du risque et la prévention des escarres.

Remarque n°20 : L'évaluation du risque d'escarre n'est pas faite à l'aide d'échelles d'évaluation. Il n'a pas été transmis de procédure comprenant le repérage du risque et la prévention des escarres.

10. Chutes :

Un protocole de conduite à tenir en cas de chute, et un protocole d'analyse des chutes ont été transmis. Il existe des fiches d'identification des patients à risque, et des fiches de chute à remplir systématiquement par le professionnel constatant la chute, tracée sur Netsoins. Cette conduite à tenir semble bien connue des professionnels.

L'extraction d'une liste des chutes est possible via Netsoins. Les « rapports chutes » transmis montrent 11 chutes en 2024 (Du 1er janvier au 13 février) dont 4 en UHR et 76 chutes en 2023 dont 22 en UHR.

Une commission chute a été mise en place. Des ateliers sont réalisés par la psychomotricienne.

11. Suivi buccodentaire :

Il est prévu une évaluation de l'état buccodentaire à l'admission. Les soins quotidiens sont effectués par les AS. L'Infirmière mobile d'hygiène (IMH) a fait des formations sur le sujet.

La CPAM a fait un bilan de l'ensemble des résidents lors d'une visite récente et émis des recommandations. Si nécessaire un recours à des dentistes/stomatologues extérieurs est possible.

12. Suivi nutritionnel :

Il n'existe pas de liste des résidents dénutris, mais les informations de Netsoins sont utilisables pour évaluer l'état nutritionnel. Le RAMA de 2022 fait état de 33% de résidents ayant un risque de dénutrition.

Surveillance du poids et IMC :

Les pesées sont réalisées selon un planning global, qui permet une pesée mensuelle pour chaque résident. Il existe deux chaises de pesée dans l'établissement. Le logiciel [REDACTED] n'émet pas d'alerte systématique en fonction du poids, mais le poids apparaît en rouge en cas d'IMC faible.

D'après l'analyse du document transmis de suivi de l'état nutritionnel, extrait de [REDACTED] pour l'ensemble des résidents :

- [REDACTED] ;
- [REDACTED] ;
- [REDACTED] ;

Ecart n°15 : D'après les documents fournis, le suivi du poids et de l'IMC des résidents, permettant d'évaluer leur état nutritionnel, n'est pas suffisant. Il n'y a pas de liste de résidents dénutris, ni de réunion de synthèse ou commission sur le thème de la dénutrition permettant une approche globale au niveau de l'établissement.

La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L. 311-3 du CASF n'est pas respectée.

Textures :

Elles sont renseignées systématiquement dans [REDACTED]. Lors des repas, une liste des textures des résidents est affichée dans la cuisine, mais peu visible (placard).

Régimes :

Sont renseignés pour certains résidents dans [REDACTED]

CNO :

Les CNO sont prescrits dans [REDACTED] et administrés par les AS.

Jeûne nocturne :

Le repas du soir est à 18h30, et le petit déjeuner est à 8h, soit un jeûne nocturne de plus de 12 heures. Si une collation nocturne est possible si besoin, celle-ci n'est pas proposée systématiquement.

Remarque n°21 : Les résidents sont soumis à une période de jeûne de plus de 12 heures, du fait d'une collation non proposée systématiquement.

Etat nutritionnel des résidents :

En se basant sur les critères de variation de poids et d'IMC, d'après les données disponibles (incomplètes pour les IMC, et non accessibles pour la sarcopénie), et considérant la définition de la dénutrition chez les personnes de 70 ans et plus de la HAS (2021) :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Compte-tenu du profil des résidents sous CNO, il est possible qu'il y ait un mauvais repérage de la dénutrition par les variations de poids.

Remarque n°22 : Seulement la moitié des résidents ayant au moins un critère phénotypique de dénutrition sont sous CNO.

13. Soins palliatifs :

L'association [REDACTED] intervient dans l'établissement pour les soins palliatifs.

Une valise confort peut être utilisée. Il existe un protocole fin de vie.

14. Toilettes :

Les toilettes sont réalisées une fois par jour par les aides-soignantes. Une aide-soignante a en charge 6 résidents en unité classique et 4 résidents en UHR. Des toilettes peuvent être faites en binôme si besoin notamment en UHR.

Les changes ont lieu matin, après-midi, et soir. Les protections ont un repère de saturation.

15. Vaccination :

La campagne organisée de vaccination antigrippale est suivie par la cadre de santé.

D'après les entretiens, le taux de vaccination antigrippal dans l'établissement durant la campagne 2023 est de plus de 80%, et on note 12 refus. D'après les documents transmis, 67 résidents ont reçu un vaccin antigrippal durant cette campagne soit environ 70% des résidents, dont 5 refus. Le format du document transmis (pdf avec doublons) ne facilite pas l'interprétation.

Il n'y a pas eu en 2023 de campagne organisée de vaccination anti-covid, principalement du fait d'une faible adhésion des résidents et familles.

Remarque n°23 : Le taux de vaccination antigrippale des résidents est peu élevé selon les documents transmis.

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

La filière gériatrique est celle de l'hôpital Bellan. Des téléconsultations en neuropsychogériatrie ont eu lieu jusqu'en 2022, puis interrompues faute de médecin disponible. L'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital [REDACTED] peut intervenir sur appel du médecin coordonnateur (facilitation d'hospitalisation en gériatrie pour éviter un passage aux urgences).

Si besoin de transfert aux urgences, le service d'urgence est le plus souvent celui de l'hôpital [REDACTED]. Les HAD Santé service et de l'APHP interviennent dans l'établissement, le plus souvent pour des pansements lourds.

L'association [REDACTED] intervient pour l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Une téléexpertise en dermatologie est donnée par l'hôpital [REDACTED]

Une infirmière mobile d'hygiène (IMH) intervient pour la prévention des infections associées aux soins, en lien avec le CPIAS.

Structures régionales d'appui : pour les questions en lien avec le médicament, la documentation de l'Omedit est utilisée.

Un manque en expertise psychiatrique est exprimé, du fait d'une insuffisance d'offre de soins psychiatrie.

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
1	Le contrat de la directrice n'indique pas qu'elle assure la direction du centre d'accueil de jour et de la plateforme de répit. Référence : D312-176-5 du CASF
2	Il n'a pas été transmis à la mission de règlement de fonctionnement. Référence : Article L311-7 du CASF
3	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans l'établissement. Référence : Article R.311-34 CASF
4	La classification des EI entre évènements indésirables simples, évènements indésirables graves et associés aux soins n'est pas maîtrisée. Référence : Article L331-8-1 du CASF
5	L'ensemble des EIG n'est pas transmis aux autorités de tutelle. Référence : Article L331-8-1 du CASF
6	Les fiches de tâches affichées dans les étages sont communes aux AS/AMP et aux AVS, ce qui sous-entend des glissements de tâches Référence : Article L311-3, 1° du CASF
7	Un salarié n'ayant pas la qualification d'aide-soignant a été recruté en remplacement d'un AS, ce qui constitue un glissement de tâches susceptible de mettre en cause la sécurité du résident. Référence : Article L311-3, 1° du CASF
8	Faute de transmission de relevés des appels malades, la mission ne peut s'assurer du bon fonctionnement du système. Référence : Article L. 311-3 du CASF
9	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas affichée dans un endroit accessible aux résidents et à leurs proches. Référence : Article L. 311-4 CASF
10	Le défibrillateur automatique externe est peu visible et la signalétique associée n'est pas affichée. Référence : Décret 2018-1186 du 19 décembre 2018.
11	Les conditions d'intervention des intervenants libéraux ne fait pas l'objet d'un contrat entre les professionnels et l'EHPAD. Référence : Article L314-12 du CASF
12	Un stock de médicament comprenant des boîtes de médicaments pouvant chacune être utilisées pour plusieurs résidents, hors stock tampon, est présent dans un local à pharmacie. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article. L. 311-3 du CASF n'est pas respectée.
13	La traçabilité de la distribution et administration des médicaments n'est pas satisfaisante. Elle est réalisée de façon différée, par un professionnel autre que celui ayant administré, ce qui peut être source de confusion ou d'oubli. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article. L. 311-3 du CASF n'est pas respectée.
14	Les documents transmis ne permettent pas d'établir l'existence d'une évaluation multidimensionnelle initiale et de suivi, utilisant des scores et échelles validés. L'absence d'une telle évaluation contrevient aux articles D312-158 du CASF et L. 311-3 du CASF.
15	D'après les documents fournis, le suivi du poids et de l'IMC des résidents, permettant d'évaluer leur état nutritionnel, n'est pas suffisant. Il n'y a pas de liste de résidents dénutris, ni de réunion de synthèse ou commission sur le thème de la dénutrition permettant une approche globale au niveau de l'établissement. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article. L. 311-3 du CASF n'est pas respectée

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
1	L'attestation de formation d'ASG d'une AS exerçant en UHR n'était pas présente dans son dossier.
2	Aucune procédure relative aux astreintes n'a été transmise.
3	Il n'est pas présenté au CVS une fois par an une synthèse et analyse des EI et dysfonctionnements.
4	Peu de salariés de l'établissement ont bénéficié d'une formation à la bientraitance selon les plans de développement des compétences transmis.
5	Le tableau des effectifs transmis ne permet pas de connaître la fonction de l'ensemble du personnel de l'EHPAD.
6	En l'absence de transmission des attestations de formation, la mission d'inspection ne peut connaître l'ensemble des formations suivies par les salariés de l'EHPAD « Saint-Augustin ».
7	Peu de formations relatives à la prise en charge des personnes âgées (fin de vie, prise en charge de la douleur, prévention des escarres...) sont inscrites aux plans de développement des compétences.
8	Les dossiers des salariés en version papier étudiés par la mission sont incomplets. Il manque des documents essentiels et obligatoires.
9	Il n'est pas prévu de procédure en cas de refus d'admission.
10	Bien que l'établissement dispose d'un coffre-fort, celui-ci n'est pas mis à disposition des résidents pour y déposer argent ou objet de valeur.
11	La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée dans l'établissement.
12	Les menus de la semaine ne sont pas affichés.
13	Une assistante administrative et animation est présente dans la structure à 0,6 ETP. Son rôle en terme d'animation n'a pu être identifié par la mission.
14	La mission d'inspection constate que le traitement du linge des résidents demeure une source d'insatisfaction malgré une amélioration.
15	Il n'y a pas de procédure en cas d'urgence affichée dans les postes de soins.
16	Les dates d'ouverture des flacons multi-doses présents sur les chariots de distribution ne sont pas systématiquement indiquées.
17	Il n'existe pas de liste de médicaments à ne pas broyer.
18	Il n'y a pas de photographies des résidents sur les boîtes nominatives de médicaments servant à l'administration.
19	Le DLU est accessible uniquement via le logiciel Netsoins, sans procédure dégradée en cas de panne informatique.
20	L'évaluation du risque d'escarre n'est pas faite à l'aide d'échelles d'évaluation. Il n'a pas été transmis de procédure comprenant le repérage du risque et la prévention des escarres.
21	Les résidents sont soumis à une période de jeûne de plus de 12 heures, du fait d'une collation non proposée systématiquement.
22	Seulement la moitié des résidents ayant au moins un critère phénotypique de dénutrition sont sous CNO.
23	Le taux de vaccination antigrippale des résidents est peu élevé selon les documents transmis.

Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD « Saint-Augustin » géré par l'Association « Notre-Dame de Bon Secours » s'est déroulée le 13 février 2024 dans de bonnes conditions.

La mission d'inspection a relevé des points positifs :

- Des locaux agréables, spacieux et bien entretenus ;
- Une équipe d'encadrement solide, à l'écoute ;
- Une direction soutenue par le siège ;
- Utilisation d'une valise pour le bien-être et pour l'accompagnement palliatif ;
- Des salariés soudés ;
- Un bon suivi des résidents disposant tous un médecin traitant.

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

- Gouvernance :
 - o Management et Stratégie :
 - Un règlement de fonctionnement non transmis et non affiché dans l'établissement.
 - o Gestion des risques et de la qualité :
 - Une culture de la classification entre EI et EIG et de la déclaration des EIG perfectible ;
 - Une formation insuffisante du personnel à la bientraitance.
- Fonctions support :
 - Des fiches de tâches communes aux AS et AVS faisant craindre des glissements de tâches ;
 - Des salariés insuffisamment formés à la prise en charge des personnes âgées.
- Prise en charge :
 - o Respect du droit des personnes :
 - Une charte des droits et libertés de la personne accueillie affichée dans un endroit non accessible aux résidents et à leurs proches.
 - o Soins
 - Non-respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Fédération Française de Nutrition (FFN), en date du 10 novembre 2021, relatives au « diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus » ;
 - Des modalités de traçabilité de l'administration des médicaments pouvant être source d'erreur.

actions de correction/ d'amélioration.

Paris, le 26/08/2024

Fanny REYNAUD



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

Dalhia ELENGA



Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
ARS Ile-de-France

Marc LEBRET



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

Glossaire

AMP : Aide 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
CNO : Compléments nutritionnels oraux
CNR : Crédits non reductibles
Covid : Corona Virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « *Hazard Analysis Critical Control Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
IMC : Indice de masse corporelle
MEDEC : Médecin coordonnateur
NPI-ES : Inventaire Neuropsychiatrique pour l'équipe soignante
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



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 : Fanny REYNAUD

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

Monsieur Marc LEBRET, chargé du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris ;

Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, chargée de mission « handicap », Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France ;

Madame le Docteur Anne SIMONDON, personne qualifiée, médecin référent – pôle autonomie, Délégation Départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France

Paris, le

12 FEB. 2024

Mesdames, Monsieur,

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Saint-Augustin » (FINESS 75 004 771 4) situé au 68 rue des Plantes 75014 PARIS, géré par l'association « Notre Dame de Bon Secours », et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

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

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalhia ELENGA, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;
- Madame le Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique (CSP), Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;

La mission est accompagnée de Madame Yamina NOURI, cheffe de projet à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF et élève inspectrice ICARS en formation à l'école des hautes études en santé publique (EHESP).

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **13 février 2024 à 8h30**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'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. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

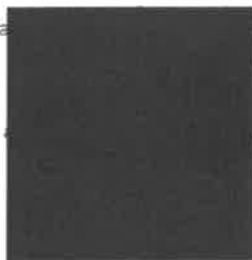
Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

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



Pour la Ma

Adjointe



Annexe 2 : Liste des documents demandés.

13/02/2024
EHPAD SAINT- AUGUSTIN

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

Documents à remettre immédiatement :

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

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- Gouvernance				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	Oui	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur Clé USB	Clé USB	Oui	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	Oui	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Non	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Oui	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Oui	
7	Planning des astreintes des 6 derniers mois	Clé USB	Oui	
8	Statut juridique du gestionnaire	Clé USB	Oui	
9	Procès-verbaux des assemblées générales, conseils d'administration et bureaux de l'organisme gestionnaire 2021/2022/2023	Clé USB	Oui	
10	Comptes rendus des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et 2023	Clé USB	Oui	
11	Comptes rendus des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et 2023 et 2024	Clé USB	Oui	
12	Comptes rendus des réunions d'équipes	Clé USB	Oui	
13	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Non	
14	Outils loi 2002 (Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement)	Clé USB	Non pour le règlement de fonctionnement	
15	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	Oui	
16	Comptes rendus des réunions des CVS 2021,2022,2023 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	Oui	
17	Comptes rendus des réunions avec les familles 2021/2022/2023	Clé USB	Non	
18	Projet d'établissement	Clé USB	Oui	
19	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Oui	
20	Récapitulatif des événements indésirables/événements indésirables graves et événements indésirables graves liés au soins (EIGS) recensés en 2020,2021,2022,2023,2024 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/Ville de Paris. Pour les EIGS, transmettre le volet 1 et 2.	Clé USB	Oui	
21	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	Oui	
22	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	Oui	

II	Fonction support			
23	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2022,2023 et janvier à février 2024</u>	Clé USB	Oui	
24	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel et non pdf</u>)	Clé USB	Oui	
25	Procédure accueil du nouveau salarié	Clé USB	Oui	
26	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB	Oui	
27	Plannings des équipes de soins jour/nuite et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + planning prévisionnel de mars 2024 Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	Oui	
28	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	Oui	
29	Dossiers RH des salariés	Consultation	Oui	
30	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Oui	
31	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	Oui	
32	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	Oui	
33	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2023)	Clé USB	Non	
34	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	Non	
35	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	Non	
36	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	Oui	
III- Prise en charge				
37	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, <u>protection juridique (format EXCEL et non pdf)</u>	Clé USB	Oui	
38	Procédure d'admission	Clé USB	Oui	
39	Dossiers des résidents : <u>projets de vie</u>	Consultation		
40	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI et <u>procédure</u>	Clé USB	Oui	
41	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	Oui	
42	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021,2022	Clé USB	Oui	
43	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	Oui	
44	Enquête de satisfaction 2021 et 2022 et éventuellement 2023	Clé USB	Oui	
45	Menus des 3 derniers mois	Clé USB	Oui	
46	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	Oui pour les fiches de poste	
47	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	Oui	
48	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	Oui	
49	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la <u>prise en charge médicamenteuse</u>	Clé USB	Oui	
50	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Oui	

51	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	Oui	
52	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	Oui	
53	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	Oui	
54	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Oui	
55	Nombre de chutes répertoriées, années 2022 et 2023	Clé USB	Oui	
56	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2022-2023 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2022-2023 (format Excel)	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON	Oui	
57	Extraction complète du dossier médical de 5 résidents pris au hasard, dont au moins 1 en UVP et 1 en UHR.	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON	Oui	
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2022-2023	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON	Oui	
59	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Dépôt bluefiles à l'attention du Dr SIMONDON	Oui	
60	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	RAMA 2022	
IV- Relations avec l'extérieur				
61	Dernier Plan bleu	Clé USB	Oui	
62	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Oui	
63	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	Non	

*Les pièces manquantes devront être transmises dans les meilleurs délais à l'adresse mail suivante :
fanny.reynaud@paris.fr*

*Et pour les documents à l'attention du Dr SIMONDON sur le site :
<https://bluefiles.orange-business.com/arsidf/depot-anne-simondon>*

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées.

- Directrice
- Médecin coordonnateur
- IDEC
- AS
- Psychologue
- Animatrice
- ASH
- Kinésithérapeute
- IDE
- Gouvernante



Liberté
Égalité
Fraternité

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



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