

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
« Anselme Payen »
9 place violet, 75015 Paris
N° FINESS 75 00 125 10**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00250
Contrôle sur pièces du 08/09/2023**

Mission conduite par

- Madame Christel ROUGY, coordonnatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Madame Diana DINU, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé-Environnement, Délégation départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris,

Note d'information

Mme Rougy et Mme Dinu ayant quitté la mission, conformément au courrier d'information annexé au présent rapport, elles ont été remplacées par Mme Dalhia Elenga, signataire du présent rapport et M. Lajusticia

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

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

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques 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	5
Contexte de la mission de contrôle.....	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement.....	6
Constats.....	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie.....	9
Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS)	12
Gestion de la qualité.....	13
Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	14
Fonctions support.....	15
Gestion des ressources humaines	15
Prises en charge.....	20
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	20
Respect des droits des personnes	22
Soins.....	22
Coordination avec les autres secteurs.....	24
Risques environnementaux.....	24
Conclusion	30
Glossaire.....	31
Annexes	32
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	32
Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice	34
Annexe 3 : Liste des documents demandés.....	35

Synthèse

Données générales sur l'établissement

Nom	Anselme Payen	Capacité hébergement permanent	108
Adresse	9 place violet	Places habilités aide sociale	108
Arrondissement	75015	Présence d'une UVP	16
Gestionnaire	CASVP	Places en UHR	0
Statut juridique	Public	Places en PASA	0

Le CASVP a signé un CPOM en 2023.

Éléments déclencheurs de la mission

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

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan, dans un calendrier prenant en compte la date prévisionnelle de signature du CPOM.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Le contrôle a été réalisé le 15 septembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 8 septembre 2023. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informées du ciblage et ont été rendues destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision.

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

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

Points forts de l'établissement relevés par la mission

- Un taux d'occupation supérieur à 95%,
- Présence d'un trio de tête complet (directeur, médecin coordonnateur, IDEC),
- Un taux d'absentéisme et de rotation des personnels en-dessous des médianes départementale, régionale et nationale,
- Un livret d'accueil et un contrat de séjour complets en matière de droits des résidents,
- Un suivi nutritionnel régulier des résidents avec des pesées à rythme mensuel.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

- Le temps de coordination du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.
- Les EIG ne sont pas déclarés aux autorités compétentes.
- L'absence d'AS à 2 étages et notamment l'après-midi et dans l'UVP ne permet pas de garantir la sécurité du résident.
- La mission constate un nombre important d'agents non titulaires le jour du contrôle.
- Les fiches de tâches des AS et ASO transmises sont pratiquement identiques, alors que ces personnels ont des qualifications différentes.
- Un nombre important de résidents ne disposent pas de PAP ou le PAP n'est pas actualisé depuis plus d'un an.
- La fiche récapitulative du DTA n'a pas été mise à jour (évaluations périodiques non inscrites voire diagnostics avant travaux).
- L'établissement ne dispose pas de convention de collecte propre à l'établissement.
- L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année N (2023).
- La direction doit s'assurer la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Ce plan s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD «Anselme Payen», situé au 9 place violet, 75015 Paris, FINESS n° 750012510, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

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

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 15 septembre 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 8 septembre 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 8 septembre 2023 auquel étaient jointes :

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 9 place violet, l'EHPAD Anselme Payen est géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) dont le siège social se situe au 5 boulevard Diderot dans le 12^{ème} arrondissement de Paris.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS de décembre 2021, le GMP s'élève à 771 et le PMP à 256.

Les 108 résidents accueillis en 2023 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Anselme Payen 2023					
IDF ¹ 2021	14,29%	40,31%	19,51%	17,92%	2,78%

Pour l'exercice 2022 :

- Le tarif hébergement est fixé à 92,86 € TTC pour les résidents de plus de 60 ans et à 113,18 € TTC pour les résidents de moins de 60 ans
- La base de calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance s'élève à 800 895,00 €
- La dotation globale de soins s'élève à 2 680 237,30 €.

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Anselme Payen		
Nom de l'organisme gestionnaire	CASVP		
Numéro FINESS géographique	750012510		
Numéro FINESS juridique	750720583		
Statut juridique	Public		
Option tarifaire	Tarif global		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ²	108	108
	HT ³	0	
	UVP ⁴		16
	PASA ⁵	0	
	UHR ⁶	0	
	UPHV ⁷	0	
	AJ ⁸	0	
	AN ⁹	0	
	PFR ¹⁰	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	108		

² Hébergement permanent³ Hébergement temporaire⁴ Unité de vie protégée / unité protégée⁵ Pôle d'activité et de soins adaptés⁶ Unité d'hébergement renforcée⁷ Unité pour personnes âgées vieillissantes⁸ Accueil de jour⁹ Accueil de nuit¹⁰ Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

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

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation 106 résidents sont accueillis le jour du contrôle soit un taux d'occupation de 98 pour 100.	
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR Les proportions des résidents classés dans les GIR 1 à 3 (■ %) et dans les GIR 1 à 2 (■ %) sont conformes à la réglementation.	

Commentaire complémentaire

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement Un règlement de fonctionnement a été transmis à la mission. Il s'agit d'un règlement de fonctionnement commun à l'ensemble des EHPAD du CASVP. La mission constate que le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté par le Conseil d'Administration du CASVP (Dernier règlement de fonctionnement adopté le 10/10/2019).	Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté par le Conseil d'Administration du CASVP
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement L'ensemble des éléments attendus sont présents dans le règlement de fonctionnement (respect des droits des personnes prises en charge, modalités d'association des familles, organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, sûreté des personnes et des biens),..	
1.2.1.4	Le projet d'établissement La mission a été destinataire d'un projet d'établissement. Celui-ci couvre la période 2016-2021 et n'est donc plus à jour.	Ecart 1 : Le projet d'établissement n'est pas à jour ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Comme indiqué supra, le projet d'établissement n'est pas à jour. La mission alerte l'établissement sur le fait que le futur projet d'établissement devra respecter les dispositions du Décret no 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux (contenu minimal du projet).	
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> Le gestionnaire a transmis un modèle de plan bleu à personnaliser selon l'EHPAD concerné. Il n'est pas complété avec les données propres à l'EHPAD « Anselme Payen ».	Ecart 2 : Le modèle de plan bleu transmis est vierge ce qui contrevient à l'instruction interministérielle DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
1.2.2.1	<u>Directeur de l'établissement et organigramme de la structure</u> Le directeur est en poste depuis le [REDACTED]. Il dispose d'un contrat [REDACTED]. La direction a transmis un organigramme. Si les liens hiérarchiques ne sont pas clairement indiqués, l'organigramme est néanmoins précis et montre un fonctionnement de l'établissement organisé en 4 pôles : — Le pôle administratif mutualisé avec l'EHPAD « Huguette Valsecchi », — Les services hôteliers (la cuisine est mutualisée avec l'EHPAD « Huguette Valsecchi », — Le pôle « soins chevet » sous la responsabilité d'une cadre de santé, — Le pôle « médecins et auxiliaires médicaux ». Il est indiqué pour chaque poste, le nom du professionnel et sa quotité de travail. Il permet également de distinguer les agents titulaires et les agents contractuels. <u>Fiche de poste/Lettre de mission du directeur</u> Le directeur dispose d'une feuille de route qui lui a été remise au moment de sa nomination. Celle-ci indique qu'il revient au directeur entre autres d'optimiser la gestion financière de l'établissement dans un objectif d'équilibre budgétaire, de travailler sur la qualité de vie au travail au sein de l'EHPAD et de mettre en œuvre le CPOM.	
1.2.2.6		
1.2.2.7	<u>Diplômes du directeur</u> Le directeur est titulaire [REDACTED] <u>Astreintes administratives</u> Des astreintes administratives sont mises en place pour les deux EHPAD (Anselme Payen et Huguette Valsecchi). Les astreintes sont assurées à tour de rôle pendant une semaine par le directeur, la cadre de santé d'Anselme Payen, 1 IDE d'Anselme Payen, 2 IDE de l'EHPAD Huguette Valsecchi et l'adjoint ressources d'Huguette Valsecchi.	
1.2.2.8		Remarque 2 : La procédure d'astreinte n'est pas à jour.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Une procédure astreinte a été transmise. Elle précise les différentes situations pour lesquelles l'astreinte doit être sollicitée. Cette procédure est à actualiser. Elle date de 2017 et fait encore référence à la DDASS (remplacée par l'ARS en 2010).	
1.2.2.10	Délégation de pouvoirs Les délégations ont été formalisées par écrit.	
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC Une IDEC est présente dans la structure. Son diplôme [REDACTED] a été transmis. Son inscription à l'ordre infirmier, quant à elle, n'a pas été transmise.	Ecart 3 : L'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise. Référence : Article L4311-15 du CSP
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Un médecin coordonnateur est présent dans la structure. Elle est présente à hauteur d'1 ETP mais son contrat indique un temps de coordination de 0,5 ETP. L'organigramme précise lui un temps de coordination de 0,6 ETP. La mission constate que son temps de coordination est inférieur au temps minimal réglementaire (0,8 ETP pour un EHPAD de 108 places).	Ecart 4 : Le temps de coordination du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation. Référence : Article D312-156 du CASF
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le diplôme [REDACTED] du médecin coordonnateur ont été transmis mais pas son inscription à l'ordre des médecins.	Ecart 5 : L'inscription à l'ordre des médecins du médecin coordonnateur n'a pas été transmise. Référence : Article R4112-1 du CSP

Commentaire complémentaire

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Conseil de la Vie Sociale Un CVS est en place dans l'établissement. Les dernières élections se sont tenues le 23 juin 2022. Le CVS est composé de : -4 représentants des personnes accueillies, 2 titulaires et 2 suppléants, -6 représentants des familles et représentants légaux, 2 titulaires et 4 suppléants, -2 représentants du personnel, 1 titulaire et un suppléant -1 représentant de l'organisme gestionnaire, 1 titulaire et pas de suppléant. L'établissement a transmis le projet de règlement intérieur établi suite aux élections de juin 2022. Celui-ci devait être soumis au vote du CVS en 2023 après modifications dans le cadre de l'entrée en vigueur du Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 « portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation ». Le règlement intérieur adopté en CVS n'a pas été transmis. L'établissement n'a transmis que le compte rendu du CVS du 15 novembre 2022. En l'absence de transmission d'autres comptes rendus, la mission ne peut s'assurer que le CVS se réunit au moins trois fois par an.	Ecart 6 : Il n'a pas été transmis de règlement de fonctionnement du CVS valide. Référence : Article D. 311-19 du CASF Ecart 7 : La mission ne peut s'assurer que le CVS se réunit au moins trois fois par an. Référence : Article D311-16 du CASF
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS L'établissement n'a transmis qu'un compte-rendu de CVS, celui du 15 novembre 2022. Il y est fait mention d'une allégation de maltraitance de la part d'une AS faisant l'objet d'une enquête administrative. Sont également évoquées 3 chutes ayant nécessité une hospitalisation. Si ce compte-rendu permet de constater que le CVS est informé des EI et dysfonctionnement au sein de l'EHPAD, en l'absence d'autres comptes rendus, la mission ne peut s'assurer qu'un bilan annuel ainsi que les retours d'expérience soient présentés au CVS.	Remarque 3 : La mission ne peut s'assurer qu'un bilan annuel des EI et dysfonctionnements ainsi que les retours d'expérience soient présentés au CVS.

Commentaire complémentaire

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.4.1.7	Plan d'amélioration continue de la qualité Il n'a pas été transmis de plan d'amélioration continue de la qualité.	Remarque 4 : Aucun plan d'amélioration continue de la qualité n'a été transmis.
1.4.2.1	Évaluations interne et externe L'établissement a fait l'objet d'une évaluation externe en 2016 et d'une évaluation interne en 2018. Celles-ci ont été transmises à la mission d'inspection. Le PACQ n'ayant pas été transmis, la mission ne peut s'assurer que les conclusions de l'évaluation externe aient été incluse dans ce dernier.	Remarque 5 : La mission ne peut s'assurer que les actions engagées suite au rapport d'évaluation externe ont été incluses dans le PACQ
1.4.3.1	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance Les plans de développement de compétences 2022 et 2023 indiquent que 5 personnels soignants ont suivi une formation à la bientraitance en 2022 et qu'il est prévu que 7 personnels en bénéficient également en 2023. En l'absence de transmission du plan de développement des compétences 2024, la mission ne peut s'assurer que des personnels vont bénéficier d'une formation à la bientraitance en 2024. Le livret d'accueil du résident ne fait pas mention d'une politique de promotion de la bientraitance. Celle-ci est néanmoins formalisée dans le projet d'établissement.	Remarque 6 : En l'absence de transmission de plan de développement des compétences 2024, la mission ne peut s'assurer que des personnels vont bénéficier d'une formation à la bientraitance en 2024. Remarque 7 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil
1.4.3.2	Procédure en cas de violence/harcèlement sexuel La procédure de déclaration des EI/EIG encourage le personnel à faire remonter et enregistrer dans le logiciel [REDACTED] tous les cas de violence. La procédure de signalement des EI/EIG ne mentionne pas expressément les cas de violence ou de harcèlement sexuel mais inclut ce type d'événements dans ceux devant être déclarés et enregistrés sur le logiciel [REDACTED] La direction de l'établissement indique qu'aucune situation n'a fait l'objet d'un signalement au procureur.	
1.4.3.3	Procédure de signalement en cas d'agression Cf supra	

Commentaire complémentaire

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/enquêtes de satisfaction	
	Le gestionnaire a transmis les enquêtes de satisfaction 2019 à destination des résidents et des familles. La mission ne peut s'assurer que d'autres enquêtes ont été menées depuis.	Remarque 8 : Les enquêtes de satisfaction transmises datant de 2019, la mission ne peut s'assurer que des enquêtes ont été menées les années suivantes.
1.5.1.1	Réclamation : Le gestionnaire a transmis une liste des réclamations reçues par mail (4 réclamations). Ces réclamations ne concernent que l'année 2023 alors qu'il était demandé de transmettre la liste des réclamations N et N-1. Ces réclamations ont fait l'objet d'une réponse rapide de la direction aux familles (entre 2 jours et 3 semaines). Le document transmis ne permet pas de savoir si ces réclamations ont fait l'objet d'une analyse afin de prendre des mesures correctrices. Une fiche de réclamation à destination des visiteurs, familles et proches des résidents visant à signaler tout dysfonctionnement a également été transmise. Cette fiche une fois remplie est à déposer dans une boîte aux lettres à l'accueil de l'établissement.	Remarque 9 : L'établissement n'a transmis que les réclamations de l'année 2023 reçues par mail alors qu'il était demandé de transmettre l'ensemble des réclamations N et N-1. Remarque 10 : La mission s'étonne qu'aucune réclamation réalisée via la fiche de réclamation n'ait été transmise.
1.5.1.3	Déclaration des EI/EIG Il existe une procédure de déclaration des EI communes à l'ensemble des EHPAD du CASVP. Le gestionnaire a transmis la liste des EI 2022 et 2023. La mission constate à la lecture de ce document que les EI ne font pas l'objet d'une description suffisante pour permettre une analyse et ainsi proposer des mesures correctrices. Cette absence de description ne permet pas non plus la classification de ces dysfonctionnements entre EI et EIG.	Remarque 11 : La mission constate sur le document fourni que les EI ne font pas l'objet d'une description suffisante pour permettre une analyse et ainsi proposer des mesures correctrices. Cette absence de description ne permet pas non plus la classification de ces dysfonctionnements entre EI et EIG.
1.5.1.5	Analyses et suivi des EI/EIG Deux RETEX ont été transmis. Ceux-ci concernent un EIG en date d'avril 2022 (absence de prémédication dans le cadre d'un soin nécessitant une prise en charge par l'HAD) et un EIG d'avril 2023 (décès d'un résident suite à une fausse route). Il est à noter que ces 2 EIG n'ont pas été transmis à la Ville de Paris ni à l'ARS. Ces RETEX comporte une description des EIG, une analyse et les mesures préventives ou correctrices à mettre en œuvre.	Ecart 8 : Les EIG ne sont pas transmis aux autorités compétentes ce qui contrevient à l'article R331-8 du CASF
1.5.1.6	Signalements et transmission des RETEX L'établissement a transmis un document indiquant qu'aucune situation n'a fait l'objet d'une déclaration auprès du procureur de la République.	

Commentaire complémentaire

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1	Les effectifs L'établissement dispose selon l'organigramme transmis : - D'un directeur ([REDACTED]) - D'une adjointe « ressources » ([REDACTED] ETP) - D'une adjointe à compétence soins ([REDACTED]) Concernant l'équipe « soins chevet » sont indiqués : - 1 Cadre de santé ([REDACTED] ETP) - [REDACTED] IDE le matin pour [REDACTED] ETP (1 poste est vacant) et [REDACTED] l'après-midi pour [REDACTED] ETP (1 poste est vacant) - [REDACTED] poste d'IDE de nuit mutualisé avec l'EHPAD « Valsecchi » est actuellement vacant - [REDACTED] AS le matin, dont [REDACTED] CDD et [REDACTED] AS l'après-midi, dont [REDACTED] CDD. Un poste est vacant - [REDACTED] AS de nuit - [REDACTED] AMP le matin mais [REDACTED] poste est occupé par une AS d'après le tableau des effectifs transmis et [REDACTED] l'après-midi (Ces [REDACTED] postes sont occupés par des [REDACTED] et [REDACTED] des postes est occupé par une AS d'après le tableau des effectifs).	
2.1.1.3	L'absentéisme Les indicateurs ANAP renseignés par l'établissement sont les suivants : Pour la campagne 2022 (sur les données 2021) : -Taux d'absentéisme : 9,42% (médiane départementale à 12,01% / régionale à 12,21 / nationale à 11,94%), -Taux de rotation du personnel : 4,74% (médiane départementale à 13,52%/ régionale à 13,54%/ nationale à 13,54%). Pour la campagne 2021 (sur les données 2020) : -Taux d'absentéisme : 9,09% (médiane départementale à 13,51% / régionale à 12,49% / nationale à 11,68%), -Taux de rotation du personnel : 4,64% (médiane départementale à 14,63% / régionale à 14,17% / nationale à 12,5%). Les chiffres renseignés par l'établissement sont en-dessous des médianes départementale, régionale et nationale pour les deux années.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.6	<u>Le recours à l'intérim</u> L'EHPAD a recours à du personnel intérimaire (AS et IDE) mais il s'agit d'intérimaires réguliers.	
2.1.2.1	<u>Le plan de développement des compétences</u> Le gestionnaire a transmis le plan de développement des compétences pour les années 2022 et 2023. En 2022, outre la bientraitance, les formations suivantes ont été proposées : - Clinique et thérapie des traumatismes (1 personne) : - Infirmier en EHPAD (1 personne) - Aide-soignant en EHPAD (2 personnes) - Le travail de nuit (1 personne) - Connaissances de la personne âgée (3 personnes) - Les transmissions ciblées (1 personne) - Nutrition/Dénutrition de la personne âgée - Hygiène bucco-dentaire - Troubles de la déglutition (5 personnes) - Prise en charge de la douleur (3 personnes) - Relation avec les familles des résidents en EHPAD et à domicile (3 personnes) - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse (8 personnes) - Troubles du comportement chez la personne âgée – Comment les prévenir et comment les gérer (3 personnes) - Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD (2 personnes) - Soins et hygiène corporelle de la personne âgée (4 personnes) - Soins palliatifs pour le personnel en EHPAD (1 personne) - AFGSU Niveau 2 (13 personnes) - AFGSU Niveau 1 (2 personnes) - Mobilisation des personnes à mobilité réduite (6 personnes) Il est à noter, d'après le tableau fourni, que pour les formations ci-dessus, 29 demandes sont indiquées comme « abandonnées » soit environ 50 % des demandes n'ayant pas abouti.	Remarque 12 : La mission s'interroge sur le taux important des demandes de formation indiquées comme « abandonnées » en 2022 Remarque 13 : Le plan de développement des compétences transmis pour 2023 ne permet pas de savoir si les agents ont bénéficié des formations demandées.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Pour 2023, outre la bientraitance, les formations proposées ont porté entre autres sur les sujets suivants : - Soins palliatifs (2 personnes) - Alzheimer et maladies apparentées (1 personne) - Animation auprès des personnes âgées (1 personne) - Connaissances de la personne âgée – dépendance et simulation de vieillissement (7 personnes) - Les facteurs de stimulation sensorielle de la mémoire - Les transmissions ciblées (16 personnes) - Plaies et cicatrisation (3 personnes) - Nutrition / Dénutrition de la personne âgée et hygiène bucco-dentaire (16 personnes) - Prise en charge de la douleur (3 personnes) - Relation avec les familles des résidents en EHPAD et à domicile - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse (5 personnes) - Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD (2 personnes) - Troubles du comportement chez la personne âgée (2 personnes) - AFGSU Niveau 2 (20 personnes) - AFGSU Niveau 1 (6 personnes) - Mobilisation des personnes à mobilité réduite (4 personnes) La colonne « inscription » du document n'est pas remplie pour de nombreuses demandes, ce qui ne permet pas de savoir si les agents demandeurs ont pu bénéficier de ces actions de formation.	
2.1.2.5	Le livret d'accueil La direction n'a pas transmis de protocole d'accueil du nouvel arrivant. Seul un document listant entre autres les documents à faire signer ou à remettre à l'arrivée d'un nouveau salarié a été fourni.	Remarque 14 : L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'accueil du nouvel arrivant.

N°GAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
2.1.4.5	Les plannings Concernant le personnel « soins chevet », l'organisation type journalière est la suivante selon l'organigramme : — 1^{er}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} étage : Le matin : 1 AS (7h48-14h42) et 1 ASO (7h48-14h42) L'après-midi : 1 AS (13h38-21h20) et 1 ASO (13h38-21h20) 2^{ème} étage (UVP) : Le matin : 2 AMP (7h48-14h42) L'après-midi : 1 AMP (13h38-21h20) et 1 ASO (13h38-21h20) 6^{ème} étage (9 places) : Le matin : 1 AS (7h48-14h42) L'après-midi : 1 AS ou 1 ASO (13h38-21h20) L'établissement dispose également d'un poste d'AS volant depuis septembre 2023. Un deuxième poste était en attente de recrutement le jour du contrôle. Concernant les IDE, 2 sont présents le matin (7h-14h42) et 1 l'après-midi (13h38-21h20) pour l'ensemble de la structure. La nuit 4 AS et 0,5 ETP d'IDE (poste vacant) sont prévus. Le jour du contrôle : — Le matin : • IDE : 1 poste sur les 2 était occupé par une vacataire qui a fait une journée complète (8h-20h) • 1^{er} étage : 1 AS et 1 ASO • 2^{ème} étage (UVP) : 2 soignants présentés comme AMP dans l'organigramme mais ayant le grade d'AS selon le tableau des effectifs • 3^{ème} étage : 1 poste d'AS occupé par un intérimaire et 1 ASO • 4^{ème} étage : 1 AS et 1 ASO contractuel • 5^{ème} étage : 1 AS et 1 intérimaire • 6^{ème} étage : 1 AS	Remarque 15 : La mission constate un nombre important d'agents non titulaires le jour du contrôle et en particulier à l'UVP. Ecart 9 : L'absence le jour du contrôle d'AS sur 2 étages et notamment l'après-midi et dans l'UVP ne permet pas de garantir la sécurité du résident ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF. Remarque 16 : Les qualifications de certains personnels soignants ne sont pas identiques dans l'organigramme et le tableau des effectifs transmis.

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	— L'après-midi : • 1 IDE vacataire • 1^{er} étage : 2 ASO dont 1 stagiaire • 2^{ème} étage (UVP) : 2 ASO contractuels • 3^{ème} étage : 1 AS et 1 ASO • 4^{ème} étage : 1 salarié présenté comme AS dans l'organigramme mais titulaire d'un diplôme d'AMP selon le tableau des effectifs • 5^{ème} étage : 1 ASO et 1 poste d'AS occupé par un personnel en CDD et dont la qualification n'est pas précisée dans le tableau des effectifs. • 6^{ème} étage : 1 AS La mission constate par ailleurs que pour deux étages dont l'UVP (1^{er} et 2^{ème}), aucun AS n'apparaît au planning l'après-midi. Elle ne peut non plus s'assurer qu'un AS était présent au 5^{ème} étage.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches heurées Les fiches de poste des AS et des ASO et IDE ont été transmises. La mission constate qu'à l'exception de l'aide à la prise de médicaments (pour les AS) les fiches de tâches des AS et des ASO sont identiques alors que les qualifications ne sont pas les mêmes.	Ecart 10 : Les fiches de tâches des AS et ASO transmises sont pratiquement identiques, alors que ces personnels n'ont pas les mêmes qualifications. Référence : Articles L.4391-1 du CSP et L311-3, 1^o du CASF.
2.1.4.4	Le glissement de tâches Cf Supra.	
2.1.4.7	La gestion des absences imprévues L'établissement a transmis une procédure liée au remplacement des absences inopinées.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Celle-ci prévoit qu'en cas d'absence non prévue d'IDE, d'AS et ASO, le cadre de santé par ordre de priorité : - Sollicite les agents pour effectuer des heures supplémentaires, - Fait appel aux agents vacataires, - A recours à des intérimaires (après validation du directeur adjoint chargé des soins).	
2.1.4.10	La qualification du personnel de nuit D'après les documents transmis (organigramme, tableau des ETP ...), le personnel intervenant la nuit est diplômé AS. Leur fiche de tâches n'a pas été transmises.	Ecart 11 : Les fiches de tâches des AS de nuit n'ont pas été transmises. Référence : Article L311-3, 1° CASF

Commentaire complémentaire

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
3.1.1.1	La procédure d'admission Le document transmis n'est pas une procédure d'admission mais un modus operandi très détaillé (du dossier instruit par le bureau du parcours du résident du CASVP au décès du résident à l'EHPAD) à destination du service des admissions. Il ressort de ce document que le directeur décide de l'admission ou la refuse après avis du médecin coordonnateur.	Remarque 17 : L'établissement n' a pas transmis la procédure d'admission.
3.2.1.2	Évaluation à l'admission D'après les documents transmis, les évaluations Norton, Braden, chutes, escarres, déglutition sont bien réalisées au moment de l'admission.	
3.1.3.3	Le PAP La procédure d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) mentionne que le référent du PAP est un professionnel de proximité (AS, AMP, ASO au chevet) choisi en fonction de l'étage d'accueil. Le psychologue des résidents supervise le projet d'accompagnement du résident, vient en aide au référent et renseigne [REDACTED]. Les autres professionnels (soignants, animateurs, agents de l'équipe hôtelière) participent aux différentes étapes du projet d'accompagnement, de sa conception à sa mise en œuvre. Les personnes accueillies participent à l'élaboration de son projet d'accompagnement si elle le souhaite. Si le résident ne souhaite pas participer à son projet d'accompagnement, l'équipe soignante élaborera un projet au regard des attentes observables du résident. La procédure prévoit que le PAP soit finalisé 6 mois après l'admission du résident et réactualisé au bout d'un an.	Ecart 12: Un nombre important de résidents ne disposent pas de PAP ou le PAP n'est pas actualisé depuis plus d'un an, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	La mission constate d'après la liste des résidents transmise que sur les 106 résidents présents : 68 % des résidents entrés dans l'EHPAD avant le 1er janvier 2023 disposant d'un PAP n'avaient pas de PAP actualisé depuis un an, 34 % des résidents entrés dans l'EHPAD avant le 1er janvier 2023 n'avaient pas de PAP, 43 % des résidents rentrés dans l'établissement depuis plus de 6 mois au jour du contrôle n'avaient pas de PAP.	
3.1.4.4	<u>La Commission de Coordination Gériatrique</u> Un compte-rendu d'une commission de coordination gériatrique a été transmis par l'EHPAD, celui-ci date de 2018.	Ecart 13 : Le dernier compte-rendu transmis par l'établissement de la commission de coordination gériatrique est en date de 2018 ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF car la commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an.
3.1.4.5	<u>Interventions des professionnels médicaux</u> 2 médecins traitants interviennent dont le médecin coordonnateur. Le premier suit 53 résidents et le second a en charge 55 résidents. Le nombre de résidents correspond à la capacité totale de l'établissement (108 résidents) et non au nombre de résidents présents au jour du contrôle (106). D'après le document, la répartition des résidents par médecin traitant se fait par étage (résidents du 1^{er}, 5^{ème} et 6^{ème} étage pour le premier médecin traitant et 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} pour le second). La mission s'interroge sur le respect du libre choix du médecin traitant par le résident.	Ecart 14 : Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant en fonction de son étage et non par choix. Référence : Articles L1110-8 du CSP et L. 311-3 du CASF
2.5.4.3	<u>Système d'appels-malade</u> D'après le questionnaire 7, l'établissement évalue la qualité du système d'appel à partir des « fréquences des anomalies techniques et/ou durée moyenne de réponse ». La réponse apportée ne permet à la mission de déterminer si ces critères suffisent à garantir la sécurité des résidents.	Ecart 15 : La réponse apportée concernant l'évaluation de la qualité du système d'appel malade ne permet à la mission de déterminer si ces critères suffisent à garantir la sécurité des résidents. Référence : Article L311-3, 1° du CASF
3.3.3.1	<u>Intervention des bénévoles</u> L'établissement a transmis une convention d'engagement réciproque entre l'EHPAD Anselme Payen et le bénévole alors qualifié comme « bénévole du CASVP ». La convention porte sur les missions confiées, les conditions d'exercice de ces missions, les engagements du CASVP, les engagements du bénévole ainsi que la durée de ses fonctions.	

Commentaire complémentaire

Respect des droits des personnes

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le livret d'accueil et le contrat de séjour L'établissement a transmis le livret d'accueil propre à l'EHPAD qui porte sur les services et prestations offerts ainsi que le cadre de vie au sein de la structure. Le livret précise que l'établissement s'engage à appliquer la charte des droits et libertés de la personne accueillie. D'après le contrat de séjour, le livret d'accueil est fourni avec une charte des droits et libertés de la personne hébergée et cette charte est affichée dans l'établissement. Le contrat de séjour est le modèle commun à tous les établissements du CASVP. En terme de droits, il renseigne le résident sur : le libre choix du praticien, les droits attachés à la protection des données personnelles, la désignation d'une personne de confiance, la rédaction des directives anticipées et l'appel à une personne qualifiée. Il est également précisé dans le contrat de séjour qu'il est joint avec la notice d'information et le formulaire relatif à la désignation d'une personne de confiance, la notice d'information et le formulaire relatif aux directives anticipées ainsi qu'une annexe définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident le cas échéant.	
3.2.2.2 3.2.2.5		
	Procédure relative aux contentions L'EHPAD n'a pas transmis de procédure relative aux contentions. Les procédures de contention sont mentionnées dans le RAMA. Il est indiqué qu'elles doivent être prescrites par le médecin et que toute contention doit être prescrite pour une durée limitée, ce qui permet de réévaluer régulièrement la pertinence de son maintien. L'évaluation se fait en équipe 1 fois par mois. Le RAMA indique que la contention à l'EHPAD Anselme Payen concerne surtout les 2 ridelles mises au lit la nuit pour éviter les chutes (environ 30 résidents).	Ecart 16 : Aucune procédure relative aux contentions n'a été transmise par l'établissement. La mission ne peut s'assurer que la liberté d'aller et venir du résident est respectée. Référence : Article L311-3 1° du CASF
3.2.3.1		

Commentaire complémentaire

Soins

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Convention EHPAD/Officine et circuit du médicament L'EHPAD dispose d'une PUI. Une procédure d'organisation du circuit du médicament dans les EHPAD avec une PUI a été transmise par l'établissement. Pour les ordonnances : le médecin prescrit dans TITAN. Les pharmaciens reçoivent les prescriptions via le DIR et valident les prescriptions directement via le logiciel TITAN. Les IDE commandent par mail.	
3.8.2.9		

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Les IDE ont un classeur contenant en 1ère de couverture les observations à respecter pour la prise du médicament : les troubles de la déglutition, l'autonomie, la surveillance de la prise. L'IDE et l'AS assurent la surveillance du résident. Ils signalent tout problème au médecin et le tracent dans le dossier informatisé du résident (DIR). Dans le cadre de la pharmacovigilance, en cas de problème lié au médicament, l'IDE fait une déclaration d'événement indésirable avec les éléments à disposition. Il avertit le cadre de santé et la PUI par mail. Délégation d'administration des médicaments par l'IDE	
3.8.2.22	Le protocole mentionne qu'en fonction des nécessités de service, sous le contrôle et la responsabilité de l'IDE, exclusivement pour des formes orales définies, il est possible de collaborer avec un aide-soignant formé si et seulement s'il s'agit d'un acte de la vie courante mentionné « AVQ » dans le DIR. La collaboration n'induit pas de transfert de responsabilité contrairement à la délégation. Les gestes réalisés par l'AS se font sous le contrôle et la responsabilité de l'IDE. En l'absence d'IDE de nuit, les traitements per os sont préparés par l'IDE d'après-midi et donnés par l'AS de nuit sauf liste de traitement spécifique. L'AS est autorisé à distribuer les médicaments après avoir reçu une formation par le MEDCO ou le directeur adjoint en charge des soins. Il existe une liste des médicaments que les AS sont autorisés à distribuer. En cas de doute, l'AS n'administre pas le traitement et en réfère à l'IDE. S'il n'y a pas d'IDE de nuit ni de médecin d'astreinte, l'AS ne donne pas le traitement et appelle le 15 en donnant tous les signes cliniques inquiétants, les constantes du résident et le nom du médicament ingéré si le malaise fait suite à la prise. Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur Un protocole douleur du CASVP en date de janvier 2016 a été transmis par l'établissement. Le protocole de lutte contre la douleur est conforme à la réglementation. D'après les documents transmis, une évaluation de la douleur par an par résident est bien réalisée. Protocole soins palliatifs et fin de vie Un protocole relatif aux soins palliatifs a été transmis par l'établissement. Il s'agit d'un protocole du CASVP. Ce protocole est conforme à la réglementation. Le RAMA mentionne les soins palliatifs et la fin de vie. Il mentionne que dans la majorité des cas les soins de confort de patients en fin de vie sont assurés dans l'établissement. Depuis 2021, en collaboration avec une équipe de recherche de [REDACTED], l'EHPAD est engagé dans une étude nationale, PADI-PALLI, qui vise à étudier les effets d'une démarche palliative intégrée et précoce sur la qualité des soins des résidents, le parcours de soins des résidents et sur la collaboration des différentes équipes qui interviennent dans ce parcours. Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Les résidents sont bien pesés tous mois pour la plupart. L'état nutritionnel des résidents est satisfaisant.	
3.8.2.24		
3.8.2.25		
3.4.3.9		

Commentaire complémentaire

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Personnels médicaux et paramédicaux libéraux 4.2.1.2	Le planning transmis par l'établissement mentionne la présence de deux orthophonistes et de deux kinésithérapeutes sont présentes le mardi et jeudi et le lundi et mercredi. La présence des kinésithérapeutes est régulière.	

Commentaire complémentaire

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
AMIANTE	L'établissement a transmis la fiche récapitulative datée d'avril 2016. La présence d'amiante étant avérée ; des évaluations périodiques auraient dû être réalisées depuis cette date et la fiche récapitulative aurait de fait dû être mise à jour.	Ecart 17 : La fiche récapitulative du DTA n'a pas été mise à jour (évaluations périodiques non inscrites voire diagnostics avant travaux) ce qui contrevient aux articles : -L.1334-12-1 à L.1334-17 -L.1337-2 à L.1337-5 -R.1334-14 à R.1334-29-9 du CSP
DASRI	L'établissement a transmis seulement un document de conventionnement avec la centrale d'achats [redacted] en charge de la gestion des marchés dont celui des DASRI avec le CASVP. Toutefois, même en cas de marché public, une convention spécifique entre une structure et un collecteur doit être établie. Elle doit reprendre le lieu de collecte, les fréquences de passage et les exutoires. Ce point est généralement libellé dans le CCTP. Seuls les feuillets N°4 des bons de prise en charge ont été transmis. Ils attestent seulement de la prise en charge des DASRI par le collecteur mais pas de leur élimination.	Ecart 18 : L'établissement ne dispose pas de convention de collecte propre à l'établissement. Référence : Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques Remarque 18 : L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination (feuille N°1 rempli par le producteur, le collecteur et l'installation de traitement).

LÉGIONELLES	Les résultats d'analyses de légionelles contiennent uniquement les données de l'année 2022. Les résultats d'analyses de légionelles comprennent le retour de boucle, le départ ECS ainsi que des chambres de l'établissement. On note l'absence de prélèvement au niveau du fond de ballon. Les résultats d'analyses de légionelles sont inférieurs au seuil de détection de 10 ufc/L. Des températures supérieures à 50°C ont été mesurées sur plusieurs points d'usage	Ecart 19 : L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année N (2023). Référence : Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau Remarque 19 : Bien que les ballons solaires semblent servir pour le préchauffage de l'eau chaude sanitaire, il serait souhaitable d'inclure le fond de ballon (dernier de la série) dans votre plan d'échantillonnage annuel. Remarque 20 : La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.
-------------	--	--

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	N°IGAS	Écarts	Texte de référence
1)	1.2.1.4	Le projet d'établissement n'est pas à jour. .	Article L311-8 du CASF
2)	1.2.1.6	Le modèle de plan bleu transmis est vierge.	Instruction interministérielle DGS/SS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
3)	1.2.2.12	L'inscription à l'ordre infirmier de l'IDEC n'a pas été transmise.	Article L4311-15 du CSP
4)	1.2.2.15	L'inscription à l'ordre des médecins du médecin coordonnateur n'a pas été transmise	Article R4112-1 du CSP
5)	1.2.2.14	Le temps de coordination du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	Article D312-156 du CASF
6)	1.3.3.1	Il n'a pas été transmis de règlement de fonctionnement du CVS validé.	Article D. 311-19 du CASF
7)	1.3.3.1	La mission ne peut s'assurer que le CVS se réunit au moins trois fois par an.	Article D311-16 du CASF
8)	1.5.1.5	Les EIG ne sont pas déclarés aux autorités compétentes.	Article R331-8 du CASF
9)	2.1.4.5	L'absence d'AS à 2 étages et notamment l'après-midi et dans l'UVP ne permet pas de garantir la sécurité du résident.	Article L311-3 du CASF
10)	2.1.4.2	Les fiches de tâches des AS et ASO transmises sont pratiquement identiques, alors que ces personnels ont des qualifications différentes.	Articles L.4391-1 du CSP et L311-3, 1° du CASF.
11)	2.1.4.10	Les fiches de tâches des AS de nuit n'ont pas été transmises.	Article L311-3, 1° du CASF

12)	3.1.3.3	Un nombre important de résidents ne disposent pas de PAP ou le PAP n'a pas été actualisé depuis plus d'un an.	Article L311-3 3° du CASF.
13)	3.1.4.4	Le dernier compte-rendu transmis par l'établissement de la commission de coordination gériatrique est en date de 2018 ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF car la commission de coordination gériatrique ne se réunit pas une fois par an.	Article D312-158, 3° du CASF
14)	3.1.4.5	Au vu du document transmis, le résident se voit attribuer un médecin traitant en fonction de son étage et non par choix.	Articles L1110-8 du CSP et L. 311-3 du CASF
15)	2.5.4.3	La réponse apportée concernant l'évaluation de la qualité du système d'appel malade ne permet à la mission de déterminer si ces critères suffisent à garantir la sécurité des résidents. Aucune procédure relative aux contentions n'a été transmise par l'établissement. La mission ne peut donc s'assurer que la liberté d'aller et venir du résident est respectée.	Article L311-3, 1° du CASF Article L311-3 1° du CASF
16)	3.2.3.1		
17)	Amiante	La fiche récapitulative du DTA n'a pas été mise à jour (évaluations périodiques non inscrites voire diagnostics avant travaux).	CSP Article L.1334-12-1 à L.1334-17 Articles L.1337-2 à L.1337-5 Articles R.1334-14 à R.1334-29-9 Décret n° 2011-629 du 3 juin 2011 relatif à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis CSP Article L.1335-2 Articles R.1335-1 à R.1335-14
18)	DASRI	L'établissement ne dispose pas de convention de collecte propre à l'établissement.	
19)	Légionnelles	L'établissement n'a pas fourni les analyses légionnelles de l'année N (2023).	Arrêté du 7 septembre 1999 modifié relatif aux contrôles des filières d'élimination des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques Arrêté du 1 ^{er} Février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).

Nbre	N° IGAS	Remarques	Texte de référence
1)	1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas le dernier adopté par le Conseil d'Administration du CASVP	
2)	1.2.2.8	La procédure d'astreinte n'est pas à jour.	
3)	1.3.3.2	La mission ne peut s'assurer qu'un bilan annuel des EI et dysfonctionnements ainsi que les retours d'expérience soient présentés au CVS.	
4)	1.4.1.7	Aucun plan d'amélioration continue de la qualité n'a été transmis	
5)	1.4.2.1	La mission ne peut s'assurer que les actions engagées suite au rapport d'évaluation externe ont été incluses dans le PACQ	
6)	1.4.3.1	En l'absence de transmission du plan de développement des compétences 2024, la mission ne peut s'assurer que des personnels vont bénéficier d'une formation à la bientraitance en 2024.	
7)	1.4.3.1	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil.	
8)	1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction transmises datant de 2019, la mission ne peut s'assurer que des enquêtes ont été menées les années suivantes.	
9)	1.5.1.1	L'établissement n'a transmis que les réclamations de l'année 2023 reçues par mail alors qu'il était demandé de transmettre l'ensemble des réclamations N et N-1.	
10)	1.5.1.1	La mission s'étonne qu'aucune réclamation réalisée via la fiche de liaison réclamation n'ait été transmise.	
11)	1.5.1.3	La mission constate sur le document fourni que les EI ne font pas l'objet d'une description suffisante pour permettre une analyse et ainsi proposer des mesures correctrices. Par ailleurs, cette absence de description ne permet pas non plus la classification de ces dysfonctionnements entre EI et EIG.	
12)	2.1.2.1	La mission s'interroge sur le taux important des demandes de formation indiquées comme « abandonnées » en 2022	

13)	2.1.2.1	Le plan de développement des compétences transmis pour 2023 ne permet pas de savoir si les agents ont bénéficié des formations demandées.
14)	2.1.2.5	L'établissement ne dispose pas d'un protocole d'accueil du nouvel arrivant.
15)	2.1.4.5	La mission constate un nombre important d'agents non titulaires le jour du contrôle.
16)	2.1.4.5	Les qualifications de certains personnels soignants ne sont pas identiques dans l'organigramme et le tableau des effectifs transmis.
17)	3.1.1.1	L'établissement n'a pas transmis la procédure d'admission.
18)	DASRI	L'établissement doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination (feuille N°1 rempli par le producteur, le collecteur et l'installation de traitement).
19)	Légionnelles	Bien que les ballons solaires semblent servir pour le préchauffage de l'eau chaude sanitaire, il serait souhaitable d'inclure le fond de ballon (dernier de la série) dans votre plan d'échantillonnage annuel.
20)	Légionnelles	La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Anselme Payen, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris a été réalisé le 15 septembre 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté les points positifs dans les domaines suivants :

- Un taux d'occupation supérieur à 95%,
- Présence d'un trio de tête complet (directeur, médecin coordonnateur, IDEC),
- Un taux d'absentéisme et de rotation des personnels en-dessous des médianes départementale, régionale et nationale,
- Un livret d'accueil et un contrat de séjour complets en matière de droits des résidents,
- Un suivi nutritionnel régulier des résidents avec des pesées à rythme mensuel.

Elle a également relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- Le temps de coordination du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation,
- La mission ne peut garantir que le CVS se réunisse à un rythme conforme à la réglementation,
- Les EIG ne sont pas transmis aux autorités compétentes,
- Les fiches de tâches des AS et ASO transmises sont pratiquement identiques, alors que ces personnels ont des qualifications différentes,
- D'après les documents transmis, aucun AS n'était présent à plusieurs étages et notamment à l'UVP l'après-midi du contrôle,
- De nombreux PAP ne sont pas à jour ou pas réalisés,
- La fiche récapitulative du DTA n'a pas été mise à jour,
- L'établissement ne dispose pas d'une convention DASRI propre et doit disposer des bordereaux de suivi de DASRI attestant de leur élimination
- L'établissement n'a pas fourni les analyses légionelles de l'année 2023.
- Bien que les ballons solaires semblent servir pour le préchauffage de l'eau chaude sanitaire, il serait souhaitable d'inclure le fond de ballon (dernier de la série) dans votre plan d'échantillonnage annuel.
- La direction doit s'assurer que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

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

Saint Denis, le 29/08/2024

Dalhia ELENGA



Coordnatrice de la mission
Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale
Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France

Fanny REYNAUD



Chargée du contrôle des ESMS parisiens
Ville de Paris

Sandra GROS-DAILLON



Technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire
Délégation Départementale de Paris
ARS Ile-de-France

Agence régionale de santé Ile-de-France
Rapport de contrôle N° 2023_IDF_00250

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « Hazard Analysis Critical Control Point »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
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 : Diana DINU

Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie
sanitaire, coordinatrice de la mission
d'inspection, Délégation Départementale de
Paris, ARS Ile-de-France

Madame Diana DINU, chargée de mission
personnes âgées, Délégation départementale de
Paris, ARS Ile-de-France

Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle
des ESMS Parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités

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

Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie
sanitaire, responsable du Pôle Santé
Environnement, Délégation Départementale de
Paris, ARS Ile-de-France

Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne
sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation
Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Saint-Denis, le 8 septembre 2023

Mesdames,

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

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

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur pièces de l'EHPAD résidence santé Anselme Payen (FINESS géographique 750012510) situé au 9 place Violet 75015 Paris 15, géré par le centre d'action sociale de la ville de Paris, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

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

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la prise en charge des résidents et la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de traitement des signalements ;
- Les risques environnementaux

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

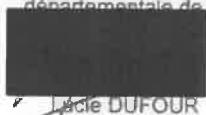
- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, coordinatrice de la mission d'inspection, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure de génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **vendredi 8 septembre 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai d'un mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet le cas échéant d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits sont susceptibles de conduire à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Pour La Directrice générale de l'Agence régionale
de santé d'Île-de-France et par délégation,
La directrice adjointe de la délégation
départementale de Paris



Laëtitia DUFOUR

Pour la Maire de Paris et par délégation,
La sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Gaëlle TURAN-PELLETIER

Annexe 2 : Lettre de mission modificatrice



Délégation Départementale de Paris
Agence Régionale de Santé Île-de-France

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

Affaire suivie par : Conrad Lajusticia
Courriel : [redacted]
Téléphone : [redacted]

Monsieur Omar Diawara
Directeur
EHPAD Résidence Anselme Payen
Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

Saint-Denis, le

29 AOÛT 2024

Monsieur le Directeur,

Le 8 septembre 2023, votre établissement « Résidence Anselme Payen » (N° FINESS 750012510), situé au 9 place Violet, 75015 Paris, géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, a fait l'objet d'un contrôle sur pièces, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et suivants ainsi que sur le fondement des articles L.1421-1 et L.1435-7 du Code de la santé publique, mené conjointement par l'ARS et la Ville de Paris. A cette occasion, il vous a été notifié la composition de la mission de contrôle. A la suite du départ d'agents de la mission, nous vous informons de leur remplacement par Madame Dalhia Elenga, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, qui sera co-signataire du rapport de contrôle et Monsieur Conrad Lajusticia, chargé de projet inspections EHPAD, qui exercera pleinement leurs missions dans le cadre de ce contrôle.

Ainsi, la mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

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

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

- Madame Dalhia ELENGA, coordinatrice de la mission de contrôle, Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale, Délégation départementale de Paris ;
- Monsieur Conrad LAJUSTICIA, chargé de projet inspections EHPAD, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique Délégation départementale de Paris ;

Les dispositions prévues par la lettre de mission du 8 septembre 2023 restent inchangées. Le présent courrier sera annexé au rapport qui vous sera transmis.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et, par délégation,

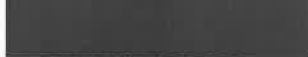
La Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris



Lucie DUFOUR

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,



Delphine CAZOR

Adjointe à la sous-directrice de l'Autonomie

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

Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

Anselme Payen

Q1	1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle
Q2	3	Règlement de fonctionnement
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement
Q2	5	Projet d'établissement
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation
Q4	19	Dernière évaluation externe
Q4	20	Dernière évaluation interne
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)
Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)
Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)
Q6	33	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE
Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie
Q7	35	Procédure d'admission des résidents
Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)

Q7	37	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique
Q7	38	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux
Q7	39	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)
Q7	40	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)
Q8	41	Livret d'accueil du résident
Q8	42	Contrat de séjour type et ses annexes
Q8	43	Procédure relative aux contentions
Q8	44	RAMA
Q9	45	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament
Q9	46	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS
Q9	47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur
Q9	48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie
Q9	49	La liste des intervenants paramédicaux libéraux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge
Q10	50	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)
Q10	51	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge
Q10	52	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés)
Q11	53	Relevé des évaluations dont a bénéficié le résident et le relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel disponible sur Collecte Pro)