

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)
«Notre Dame des Champs »
49 rue Notre Dame des Champs, 75006 Paris
N° FINESS 75 080 043 5**

**RAPPORT DE CONTRÔLE
N° 2023_IDF_00254
Contrôle sur pièces du 17/11/2023**

Mission conduite par

- Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile de France
- Madame Vanessa OLLIVIER, chargée de suivi d'établissements pour personnes âgées, Directions des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris

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 disjointer, 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 6

 Contexte de la mission de contrôle..... 6

 Modalités de mise en œuvre 6

 Présentation de l’établissement..... 7

Constats 9

 Gouvernance..... 10

 Conformité aux conditions de l’autorisation 10

 Management et Stratégie..... 10

 Animation et fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) 15

 Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables 17

 Fonctions support..... 19

 Gestion des ressources humaines..... 19

 Prise en charge 27

 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie 27

 Respect des droits des personnes..... 29

 Soins..... 30

 Relations avec l’extérieur 32

 Coordination avec les autres secteurs 32

Conclusion..... 36

Glossaire..... 38

Annexes 39

 Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle 39

 Annexe 2 : Liste des documents demandés..... 41

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	Notre Dame des Champs	Capacité hébergement permanent	66
Adresse	49 rue Notre Dame des Champs	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	75006	Présence d'une UVP	non
Gestionnaire	Petites Sœurs des Pauvres	Places en UHR	0
Statut juridique	Congrégation (Privé non lucratif)	Places en PASA	0
L'établissement a signé un CPOM en 2019			
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, l'EHPAD étant classé dans une catégorie de risque limité ne justifiant pas d'emblée d'un contrôle sur place (inspection).			
Méthodologie suivie et difficultés rencontrées			
Le contrôle a été réalisé le 17 novembre 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé à la même date. La délégation départementale de l'ARS et le conseil départemental ont été informés du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
Points forts de l'établissement relevés par la mission :			
• L'établissement a rédigé une Charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables. • Les agressions sexuelles sont clairement indiquées dans les événements indésirables graves. • L'établissement a rédigé une plaquette d'information sur la nature des dysfonctionnements et événements en EMS à déclarer à l'ARS selon les dispositifs en vigueur qui présente bien l'ensemble des événements indésirables graves à signaler à l'ARS. • Le protocole d'admission mentionne clairement que le consentement du futur résident est recherché. • Un taux d'occupation conforme à la réglementation. • Présence d'un trio de tête dans l'établissement. • Un CVS en place qui se réunit au moins trois fois par an. • Respect du droit des personnes. • Un livret d'accueil complet en matière de droits des résidents. • Un protocole douleur en place avec un suivi dans le RAMA de l'établissement. • Une démarche palliative en place. • Un rythme de pesée mensuel dans la structure.			
Principaux écarts et remarques constatés par la mission :			
Écarts : • Le projet d'établissement ne comporte pas tous les points prévus par la réglementation. • Les diplômes de la Directrice n'ont pas été transmis. • L'évaluation externe transmise date d'il y a plus de 5 ans.			

- Pas de présentation des EI/EIG et des dysfonctionnements de l'établissement au CVS.
- La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.
- L'établissement n'a fourni aucun RETEX d'EIG.
- L'établissement n'a pas déclaré d'EIG à l'ARS, la Ville de Paris n'apparaît pas comme autorité de déclaration.
- La directrice n'apparaît pas dans les effectifs.
- Instabilité de l'équipe de l'établissement.
- Les missions de certains membres de l'équipe soignante ne sont pas clairement définies.
- Le planning des petites sœurs n'apparaît pas et elles ne disposent pas de fiches de tâches heurées.
- L'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir indique un délai de réévaluation des contentions bien supérieur à celui indiqué dans la procédure d'évaluation et de maîtrise des contentions.
- Absence de révision annuelle des PAI de l'ensemble des résidents.
- L'établissement n'a transmis aucune information sur son système d'appel malade.

Remarques :

- Le projet spécifique pour l'hébergement temporaire n'a pas été transmis.
- L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas traités dans le règlement de fonctionnement.
- Le projet d'établissement 2017-2021 ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.
- La mission de contrôle n'a pas été en mesure d'apprécier le rôle et les missions des Petites Sœurs qui sont présentes dans l'organisation de l'établissement et notamment auprès des résidents.
- Il n'y a pas de procédure d'astreintes formalisée pour la direction et les astreintes médicales.
- Le PACQ n'est pas mis à jour à la suite des enquêtes de satisfaction internes.
- La procédure fournie par l'établissement pour les RETEX ne mentionne pas que les actions correctrices déterminées lors des RETEX doivent permettre la mise à jour du PACQ.
- La procédure de déclaration des EIG n'a pas été actualisée depuis 2019 et n'a pas été émargée ou signée.
- Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident, il n'y a pas de formations sur l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, la fin de vie, ni de formation diplômante.
- La direction n'a pas mis en place de groupe d'analyse des pratiques ou de groupe de parole et n'apporte pas de précisions sur le processus d'intégration des nouveaux salariés.
- Hormis pour les IDE, les absences ne sont pas systématiquement remplacées et de nombreuses arrivées en retard ou départs anticipés sont dénombrés sur le planning réalisé du mois d'Octobre 2023.
- La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches heurées des salariés de nuit.
- La nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission n'est pas présente dans les documents transmis par l'établissement.

Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement. 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 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.

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

Ainsi que les risques environnementaux au sein de la structure

Modalités de mise en œuvre

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

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

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

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 49 rue Notre Dame des Champs, l'EHPAD « Notre Dame des Champs » est géré par la congrégation des Petites Sœurs des Pauvres dont le siège social se situe au 71 rue de Picpus dans le 12ème arrondissement de Paris.

L'EHPAD « Notre Dame des Champs » a été autorisé par l'arrêté conjoint de l'ARS et de la Ville de Paris du 17 juin 2005 pour l'accueil de 67 personnes âgées dépendantes, 65 places sont dédiées à l'hébergement permanent et 2 sont dédiées à l'hébergement temporaire et 12 places en foyerlogement. Un arrêté modificatif du 29 juillet 2009 à augmenter les places en hébergements permanents à 66.

Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS du 15/03/2018, le GMP s'élève à [redacted] et le PMP à [redacted] Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles dans la moyenne des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et pour le PMP.

Les 62 résidents accueillis en 2022 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
[redacted]					
IDF ³ 2021	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 1 684 937,00 € en 2022, dont 120 585,00 € au titre de la dépendance et 1 449 422,37€ au titre du soin.

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

² Source : RAMA 2022

³ 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	Notre Dame des Champs		
Nom de l'organisme gestionnaire	Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres		
Numéro FINESS géographique	75 080 043 5		
Numéro FINESS juridique	75 003 962 0		
Statut juridique	Congrégation		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁴	66	66
	HT ⁵	2	2
	UVP ⁶	0	0
	PASA ⁷	0	0
	UHR ⁸	0	0
	UPHV ⁹	0	0
	AJ ¹⁰	0	0
	AN ¹¹	0	0
	PFR ¹²	0	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

⁴ Hébergement permanent
⁵ Hébergement temporaire
⁶ Unité de vie protégé / unité protégé
⁷ Pôle d'activité et de soins adaptés
⁸ Unité d'hébergement renforcée
⁹ Unité pour personnes âgées vieillissantes
¹⁰ Accueil de jour
¹¹ Accueil de nuit
¹² 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	Conformité aux conditions d'autorisation	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	Le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 63 le 24/11/2023. Le nombre de places en hébergement permanent (HP) autorisé est de 66 et 2 d'hébergement temporaire. 12 places sont également prévues pour un foyer logement. Le taux d'occupation est donc de 98% le 24/11/2023, ce qui est conforme aux conditions d'autorisation. Le projet spécifique pour l'hébergement temporaire n'a pas été transmis.		Remarque 1 : Le projet spécifique pour l'hébergement temporaire n'a pas été transmis.
1.1.3.1	Répartition des résidents en fonction du GIR La répartition des GIR de l'établissement est la suivante : -Proportion GIR 1 à 3 : [redacted] -Proportion GIR 1 à 2 : [redacted] Selon le nombre de résidents présents le jour du contrôle dont le GIR a été évalué (un résident avait un GIR non évalué le jour du contrôle) Ces proportions sont conformes à la réglementation.		

Management et Stratégie

N°IGAS	Le règlement de fonctionnement	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement L'établissement a transmis à la mission un règlement de fonctionnement du 30 août 2020. Il a bien fait l'objet d'une consultation par le CVS et les instances représentatives du personnel.		
1.2.1.2	Le contenu du règlement de fonctionnement Le règlement de fonctionnement traite les points suivants prévus par la réglementation : -Les mesures relatives aux droits des personnes, le respect de leur dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité et de leur libre choix de prestations. -La prise en charge et l'accompagnement individuel ainsi que le droit à la participation à la conception et la mise en œuvre de son PAI. -L'accès et la confidentialité des informations concernant le résident. -Information sur les droits fondamentaux de la personne âgée, les protections particulières légales et contractuelles dont il bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition. -L'organisation et l'affectation des locaux. -Les modalités de rétablissement des prestations. -Les modalités des transferts et déplacements. -Les mesures à prendre en cas d'urgence et de situation exceptionnelle. -Les mesures de sûreté des personnes et biens. -Les règles de vie collective. -Les prestations délivrées. -La protection contre les violences. -La dépendance, la prise en charge médicale et paramédicale. - Les modalités d'association des familles et du CVS. La mission note que l'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas traité.	Remarque 2 : L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas traités dans le règlement de fonctionnement	
1.2.1.4	Le projet d'établissement L'établissement a transmis un projet d'établissement couvrant les années 2017-2021, avec un avenant de prolongation de 2022 à 2024. Les groupes de travail pour le prochain projet d'établissement ont été mis en place et leur avancée a été retardée du fait de l'épidémie de Covid.	Remarque 3 : Le projet d'établissement 2017-2021 ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Le projet d'établissement 2017-2021 ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.	
1.2.1.5	<u>Le contenu du projet d'établissement</u> Le projet d'établissement traite des points suivants, prévus par la réglementation : • Présentation de l'établissement (historiques, valeurs, environnement), • Présentation des enjeux et mission, • Nature de l'offre de service et organisation, • Management de l'EHPAD, • Projet social et logistique, • Perspectives d'évolution et de développement, • Politique d'amélioration des conditions de travail du personnel. Ne sont pas traités dans le projet d'établissement : • Les caractéristiques des personnes accueillies, • La personnalisation des PVI, • La politique de promotion de la bientraitance et prévention maltraitance, insuffisamment décrite, • Le projet d'animation.	Ecart 1 : Le projet d'établissement ne comporte pas tous les points prévus par la réglementation ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.
1.2.1.6	<u>Le plan bleu</u> L'établissement a transmis un plan bleu daté de juin 2023. Il contient les éléments attendus par la réglementation, mais la mission n'a pas retrouvé : • La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement, • La procédure de rappel du personnel, • La procédure de gestion des décès massifs, • La procédure pour la mise en place du retour d'expérience (RETEX) et de mise à jour du plan bleu. Ces compléments sont en accord avec l'instruction ministérielle 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.	Remarque 4 : Le plan bleu est à compléter pour être en accord avec l'instruction ministérielle 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.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1	Directeur de l'établissement et organigramme de la structure L'établissement a un mode de gouvernance propre : l'établissement étant autonome, il a un conseil d'administration. Une Mère supérieure est à la fois présidente du conseil d'administration de l'établissement et responsable hiérarchique du personnel. La Mère supérieure est donc directrice de l'établissement. L'organigramme fourni décrit bien les liens hiérarchiques et fonctionnels. La mission de contrôle n'a pas été en mesure d'apprécier le rôle et les missions des Petites Sœurs qui sont présentes dans l'organisation de l'établissement.	Remarque 5 : La mission de contrôle n'a pas été en mesure d'apprécier le rôle et les missions des Petites Sœurs qui sont présentes dans l'organisation de l'établissement et notamment auprès des résidents.
1.2.2.6	Fiche de poste/Lettre de mission du directeur La directrice est en poste La fiche de poste est complète et mentionne l'ensemble des missions principales du directeur d'EHPAD. Celles-ci sont : • La définition et conduite du projet d'établissement, • La collaboration à la mise en œuvre de la politique des ressources humaines, • La collaboration à la gestion administrative, budgétaire et financière, • La coordination avec les institutions et partenaires extérieurs.	
1.2.2.7	Diplômes du directeur La directrice n'a pas de contrat de travail car elle n'est pas rémunérée, étant Petite Sœur des Pauvres. Ses diplômes n'ont pas été fournis.	Ecart 2 : Les diplômes de la directrice n'ont pas été fournis ce qui contrevient à l'article D312-176-6 du CASF
1.2.2.8	Astreintes administratives Aucune procédure d'astreinte ni administrative ni médicale n'est formalisée. L'établissement a transmis un calendrier de « permanence de présence de la Directrice et des Petites Sœurs » qui comporte la Directrice et deux Petites Sœurs. D'après ce planning, deux personnes assurent une permanence de présence dans l'établissement tout au long de la semaine. Les Petites Sœurs sont présentes dans l'établissement la nuit et sont susceptibles d'intervenir sans que leur rôle dans ces astreintes ne soit précisé dans un document.	Remarque 6 : Il n'y a pas de procédure d'astreintes formalisée pour la direction et les astreintes médicales.

N°IGAS	Délégation de pouvoirs	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.10	Le document de subdélégation a bien été transmis à l'équipe de contrôle. Il mentionne que la Mère Supérieure délègue les fonctions correspondant à la fiche de poste de directrice transmise. Les missions suivantes sont déléguées par la Supérieure Générale : • La mise en œuvre et la conduite du projet congréganiste PSDP et des valeurs de Jeanne Jugan, • La mise en œuvre du manuel de gouvernance institutionnelle de « Ma Maison » portant sur les fonctions de propriétaire, de gestionnaire et d'employeur, • L'administration, la gestion et l'animation des ressources humaines et du projet social au regard de la réglementation en vigueur en l'espèce, ainsi que la prévention des risques professionnels et psychosociaux au travail, • La responsabilité de la gestion budgétaire, financière et comptable, • La mise en place et la gestion de la démarche qualité et du management des pratiques professionnelles, • La représentation auprès des diverses instances civiles et judiciaires.		
1.2.2.12	Présence et qualifications de l'IDEC D'après le contrat de travail fourni, l'IDEC a un CDI Elle est titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier et d'un diplôme universitaire d'infirmière référente et coordinatrice d'EHPAD. Elle est inscrite à l'ordre national des infirmiers.		
1.2.2.14	Présence et temps de travail du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur bénéficie d'un CDI à temps partiel depuis le 15 novembre 2005, à raison de 75,83 heures mensuelles soit 0,5 ETP. Ce temps de travail est conforme pour un établissement de 64 places en hébergement permanent.		
1.2.2.15	Qualifications du médecin-coordonnateur Le médecin coordonnateur est titulaire d'un diplôme de docteur en médecine et d'une capacité de gériatrie. Il est bien enregistré à l'Ordre des médecins.		

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Conseil de la Vie Sociale Cinq compte-rendu de CVS ont été transmis, deux de 2022 (9 mars et 15 juin) et trois de 2023 (27 mars, 17 octobre et 23 novembre). Trois réunions ont eu lieu en 2023, ce qui est conforme à la réglementation. Le règlement intérieur du CVS a également été transmis. Celui-ci stipule que le CVS est composé de : - 6 représentants des personnes accompagnées (4 pour l'EHPAD et 2 pour la résidence autonomie, 2 représentants des familles, 1 représentant légal, - 2 représentants des professionnels employés dans l'établissement, 1 représentation du personnel Congréganiste, 1 représentant des bénévoles, 1 représentant de l'équipe médico-soignante, et du MedCo. Il stipule bien que le nombre de représentants des personnes accompagnées, des familles ou des représentants légaux doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres inscrits au CVS. 1.3.3.1 Parmi les sujets abordés par le CVS figurent : -Les résultats du questionnaire de satisfaction des résidents, -La présentation du règlement de fonctionnement mis à jour, -Un point COVID et vaccination, -Le programme des activités et les repas thérapeutiques, -Les élections présidentielles et législatives, -Les travaux dans l'établissement, -La mise en place de la procédure de réclamation pour les familles et résidents, -Les mouvements du personnel, -La validation du règlement intérieur, -La présentation des nouvelles attributions du CVS après le changement de réglementation. La présidente élue du CVS signe les comptes rendus de fin de séance.	
1.3.3.2	Présentation des EI et dysfonctionnement en CVS Parmi les comptes rendus transmis, il n'y a pas de bilan de EI/EIG présenté au CVS. Il est mentionné dans la procédure de gestion des événements indésirables qu'une transmission est faite au CVS.	Ecart 3 : Le CVS n'est pas informé des EI/EIG, et il n'est pas fait mention des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Plan d'amélioration continue de la qualité	
1.4.1.7	L'établissement a fourni une « fiche action », un tableau Excel qui retranscrit les actions visant à améliorer la qualité dans l'établissement. 49 actions sont répertoriées dans ce tableau issues du CPOM principalement et du projet d'établissement pour deux actions seulement. Aucune action n'est issue des enquêtes de satisfaction internes ni de l'enquête d'évaluation externe, ni des retours d'expériences des événements indésirables survenus. De plus sur ces 49 actions qui datent pour la plupart de 2021 ou 2022, seules deux actions sont clôturées et 33 sont toujours en cours, les autres sont reportées ou annulées. L'établissement gagnerait à mettre en place un COPIL qualité pour assurer la mise à jour et l'avancée des actions. Ce COPIL Qualité est pourtant mentionné dans la procédure de gestion des événements indésirables d'avril 2019.	Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en place de COPIL Qualité.
1.4.2.1	Évaluations interne et externe L'établissement a transmis une évaluation externe réalisée en 2014, elle date donc de plus de 5 ans. L'établissement a réalisé : • Une enquête de satisfaction interne auprès des résidents en 2018 et 2023. • Une enquête de satisfaction interne auprès des familles en 2019. Les actions d'amélioration de la qualité suite à ces enquêtes devraient être inclus dans le PACQ (Plan d'amélioration de la qualité).	Ecart 4 : L'évaluation externe transmise date d'il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article D312-204 du CASF. Remarque 8 : Le PACQ n'est pas mis à jour à la suite des enquêtes de satisfaction internes.
1.4.3.1	Politique de bientraitance/lutte contre la maltraitance Le projet d'établissement signale dans son introduction qu'il est un des outils garantissant la cohérence et l'harmonisation des pratiques et donc de prévenir la maltraitance et de promouvoir la bientraitance. » Celui-ci ne décline pas sous forme d'objectifs opérationnels cette intention comme la mise en place d'une procédure de repérage et de signalement des pratiques maltraitantes, un plan de formation des personnels, la mise en place de groupes de travail pour l'analyse des pratiques. Le livret d'accueil comporte un paragraphe sur la bientraitance qui mentionne notamment que « l'expression de la Personne Âgée est valorisée. La bientraitance est concrètement une démarche répondant à ses droits et à ses choix ». Il signale le numéro de SOS maltraitance personnes âgées.	Remarque 9 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Formation des personnels : En 2023, d'après le bilan fourni, 6 personnes ont participé à une formation intitulée « La Bienveillance de soi et de l'autre » et 12 en 2022. Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place selon le CPOM de l'établissement.	
1.4.3.2 et 1.4.3.3	Procédures en cas de violence/harcèlement sexuel/agression La procédure de gestion des événements indésirables d'avril 2019 mentionne les situations de violence, maltraitance et d'harcèlement. La plaquette d'information sur la nature des dysfonctionnements et événements en EMS à déclarer à l'ARS selon les dispositifs en vigueur mentionne les situations de maltraitance envers les usagers et les comportements violents de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure (dont les agressions sexuelles). Elle ne précise pas l'obligation de déclaration des situations de violences, de harcèlement sexuels, d'agression, à l'autorité judiciaire (Procureur de la République).	Ecart 5 : La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République (Art. 434-3 et du Art. 226-14 du code pénal).

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.5.1.1	Enregistrement, traitement et suivi des plaintes/réclamations L'établissement s'est doté d'une fiche « Réclamation » à destination des familles, des résidents et des bénévoles ; elle est composée de deux parties : une partie remplie par la personne plaignante qui décrit l'objet de sa plainte et une partie réservée à la direction qui décrit le traitement de la réclamation et les mesures correctrices apportées. Ces réclamations sont consignées dans un registre numérique qui reprend la catégorie de personne à l'origine de la fiche, la personne concernée par l'événement renseigné, la date de l'événement, le type d'événement, la nature de l'événement ainsi que la gravité attachée. Une réclamation a été enregistrée en 2022 et, au jour du contrôle, 7 en 2023. Elles correspondent toutes à des cas de réclamations/menaces par la famille d'un résident. Le registre ne renseigne pas sur les événements survenus, la date de réponse à la réclamation et son statut ainsi que les potentielles actions mises en place à la suite de sa survenue.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
		lors des RETEX doivent permettre la mise à jour du PACQ.

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Les effectifs	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.1			Écart 8 : La directrice et les petites sœurs n'apparaissent pas dans les effectifs (référence : Article D312-155-0, II du CASF) Remarque 12 : Le nombre élevé de sorties de salariés entre 2021 et 2022 n'est pas expliqué.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
2.1.1.3	L'absentéisme Les chiffres de l'absentéisme et de la rotation des personnels renseignés par l'établissement sur la plateforme ANAP : -Pour la campagne 2023 (sur les données 2022) : Absentéisme : (médiane départementale 10,32%, régionale 11,76%, nationale 12,1%) Taux de rotation des personnels : (médiane départementale 14,91%, régionale 15%, nationale 15%) -Pour la campagne 2022 (sur les données 2021) : Absentéisme : (médiane départementale 12,01%, régionale 12,21%, nationale 11,94%) Taux de rotation des personnels : (médiane départementale 13,52%, régionale 13,54%, nationale 13,54%).	Écart 9 : L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents (référence : Article L311-3, 1° du CASF)
2.1.1.6	Le recrutement par intérim L'établissement n'a pas fourni d'éléments relatifs au recours à l'intérim, ni de formation diplômante à des agences d'intérim. Le recrutement par contrat à durée déterminée de très courte durée est la solution privilégiée pour faire face à des remplacements de courte durée et des absences imprévues.	Remarque 13 : L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.
2.1.2.1	Le plan de développement des compétences L'établissement s'est doté d'un plan de développement des compétences annuel et a transmis les années 2022-2023-2024. Pour l'année 2022, le plan contient 9 formations. Sur ces 9 formations, 6 sont assurées en externe, un est prise en charge en interne et 2 ne sont pas précisées (ASG et hôtelière).	Remarque 14 : Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident, il n'y a pas de formations sur l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, la fin de vie, ni de formation diplômante.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Pour l'année 2023, le plan communiqué contient 8 formations dont 7 collectives (la formation d'aide-soignant est individuelle), dont 7 en externe (la formation AFGSU n'est pas précisée). Les formations en externe correspondent à des durées d'une demi-journée à 3 jours. Les thèmes abordés sont : • Bien-être de soi et de l'autre • Gestion des troubles du comportement • Gestes et postures • Formation logiciel Netsoins • Formation incendie • AFGSU 1 • VAE aide-soignant • Soins palliatifs Le bilan de formation 2023 est bien plus développé puisqu'il y a d'autres formations dispensées, les fonctions et noms des agents conviés et le nombre d'heure par participant. Le bilan comporte 16 formations dont 12 collectives et 3 en interne (assurées par l'IDEC ou le Medco). Les formations correspondent à des durées d'une demi-journée à 3 jours. Les thèmes abordés sont : • La Bienveillance de soi et de l'autre, • La gestion des troubles du comportement, • "Gestes et postures, Manutention d'objets inertes" • "Gestes et postures, Manutention de personnes " • "Gestes et postures, Manutention de personnes " • "Formation à la douleur « en interne » , • "Formation "logiciel Netsoins » "en interne " , • "Gestes et postures, Manutention d'objets inertes " • Téléformation Netsoins, • Formation "Hydratation- conduite à tenir en cas de forte chaleur" en interne, • "CSE moins de 50 salariés,	

N°IG/AS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	• ""Essentiel du mandat et missions en santé-sécurité "" • SST, • SSIAP, • S'initier à la bureautique, • Incendie, • La gestion des troubles du comportement. L'offre proposée en 2023 concerne toutes les professions de l'établissement (agent technique, cuisine, secrétariat, soins...) et totalise 655h de formation soit un ratio par agent (46) de 14h/agent/an. Le médecin coordonnateur participe à 2 des formations assurées en interne. 52 agents sont prévus au plan de formations dont : 22 agents pour suivre 1 formation, 10 agents pour suivre 2 formations, 4 agents pour suivre 3 formations, 4 agents pour suivre 4 formations, 7 agents pour suivre 5 formations, 4 agents pour suivre 6 formations et 1 agent pour suivre 7 formations. Les formations relatives à la prise en charge du résident sont peu diversifiées car il n'y a pas de formations sur l'hygiène bucco-dentaire, la nutrition, la fin de vie. La direction n'a pas fourni la liste d'émargement des formations réalisées. Pour l'année 2024, le plan contient 7 formations. Sur ces 7 formations, le document transmis ne permet pas de savoir lesquelles seront assurées en externe ou interne. Les formations en externe correspondent à des durées de 2 à 3 jours. Les thèmes abordés sont : • Gestion des troubles du comportement, • HACCP, • Soins palliatifs, bien plus que du soin, • Afsu 1, • Afsu 2, • Incendie, • Habilitation électrique. Ne figurent pas dans le plan de développement des compétences de formations diplômantes.	
2.1.2.5	Le livret d'accueil des salariés :	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement s'est doté d'un livret d'accueil des salariés mis à jour en Octobre 2023. Le document reprend les points suivants : • L'histoire de la congrégation et ses valeurs, • La charte de « Ma Maison » qui comprend : - Les points de vigilance (relations avec les résidents, les familles, les autres professionnels), - La vie professionnelles (rémunérations, maladie, couverture santé, congés, horaires, sécurité au travail...). L'établissement s'est également doté d'un règlement intérieur signé en 2018 et comprenant 40 articles. Il comprend notamment des points sur : • Les règles d'hygiène et de sécurité, • Les règles relatives à la discipline, • Les sanctions, procédures disciplinaire et droits de la défense des salariés, • Les dispositions relatives aux harcèlements et aux agissements sexistes. Les deux documents restent descriptifs et ne permettent pas d'appréhender la façon dont le nouveau salarié est intégré tant à l'équipe qu'à l'établissement, à ses valeurs et règles de fonctionnement. L'établissement n'apporte pas de précisions sur le processus d'intégration des nouveaux salariés. Chaque salarié se voit remettre le règlement intérieur, la fiche de droit à l'image, l'annexe au contrat relatif au RGPD, les fiches relatives aux frais de santé et prévoyance avec accusé de réception contre signature.	Remarque 15 : La direction n'apporte pas de précisions sur le processus d'intégration des nouveaux salariés dans le livret d'accueil.
2.1.4.5	Les plannings Le planning de l'équipe soignante de nuit répond au fonctionnement suivant : - Pour la nuit, présence de 2 agents sur l'amplitude horaire de 19h30 à 7h30. Avec un rythme alterné de deux jours (ASH+AS ou AS+AMP). L'amplitude horaire de l'équipe de jour s'établit de la façon suivante : - IDE de 7h30 à 20h, - AS de 7h30 à 20h, - ASH de 7h30 à 19h30. Pour les 3 IDE le roulement se fait sur 3 semaines comme ceci : - Semaine 1 sur 5 jours de présence de 7h30 à 15h ; - Semaine 2 sur 2 jours de présence de 9h à 20h + le weekend qui suit ; - Semaine 3 sur 3 jours de présence de 9h à 20h.	Remarque 16 : Hormis pour les IDE, les absences ne sont pas systématiquement remplacées et de nombreuses arrivées en retard ou départs anticipés sont dénombrés sur le planning réalisé du mois d'Octobre 2023.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Pour les AS et les ASH au chevet, le roulement se fait sur 3 semaines comme ceci : - Semaine 1 sur 3 jours de présence. - Semaine 2 sur 2 jours de présence + le weekend qui suit ; - Semaine 3 sur 3 jours de présence. Sur la période donnée (d'octobre à décembre 2023) l'établissement a systématiquement remplacé les absences programmées et non programmées des IDE. Le planning réalisé du mois d'octobre 2024 montre qu'au 1^{er} étage, les 1^{er}, 3, 5, 6, 9 et 20 Octobre 2023, l'équipe du 1^{er} étage n'est pas au complet avec 2 agents sur 3 présents.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Il montre également que chaque jour du mois d'Octobre 2023, il y a soit une arrivée en retard ou un départ avant la fin de service pour 1 agent, que sur 22 journées ce sont soit 2 arrivées en retard ou départ avant la fin de service et que sur 8 journées se sont les 3 agents de l'équipe qui arrivent soit en retard ou partent avant la fin du service. En ce qui concerne l'encadrement, le médecin coordinateur est présent 3 jours par semaines (mardi, mercredi, jeudi) et l'IDEC 5 jours par semaine. Aucun des deux n'est présent le weekend. Une IDE est prévue chaque weekend et jour férié sur le planning des mois d'octobre, novembre et décembre 2023.	
2.1.4.2	Les fiches de tâches horaires L'établissement dispose de fiches de tâches pour les professionnels suivants : IDE, AS jour et nuit, ASH. Sur l'organisation de la journée, les activités principales de l'IDE sont les suivantes : - Transmissions orales ; - Dé blistérer et préparer les plateaux de distribution des médicaments ; - Débuter les soins selon la planification : pansements, constantes, ... en binôme ; - Faire les glycémies matin et soir ; - Administration des traitements matin, midi et soir en chambre ou salle de restaurant ; - Pansements, prise des paramètres, Pose perf, distributions éventuelles des traitements, Collyres, préparation des plateaux de traitements du soir et nuit ; - Effectuer les soins selon la planification (pansements, prise des constantes, pose de perfusion ...). Les fiches horaires des AS sont les suivantes : - Transmissions avec AS nuit matin et soir ; - Toilettés, douches et bains ; - Descendre le chariot de linge sale à la buanderie / Monter et ranger le linge propre ; - Aller chercher le chariot du repas ; - Service du repas avec distribution des plateaux en Chambre ou présence en salle à manger et aide aux repas ; - Installer pour la sieste au fauteuil ou au lit et aide au coucher ; - Proposer des animations ; - Distribution et aide au goûter ; - Réalisation des changes ; - Désinfection de matériel, rampes, poignées de portes et placards ; - Transmissions Netsoin matin et soir. L'AS 2 réalise des missions identiques à celles de l'AS1.	Ecart 10 : Le planning des petites sœurs des pauvres n'apparaît pas et elles ne disposent pas de fiches de tâches horaires. (Référence : Article L311-3, 1° du CASF)

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'ASH quant à elle, assure : - Préparation du petit déjeuner ; - Installation des repas en chariot et en salle ; - Dressage de la table pour les repas ; - Aide aux repas ; - Plonge de la vaisselle après les repas ; - Désinfection et nettoyage des locaux collectifs ; - Nettoyage des chambres selon le planning.	
2.1.4.4	Le glissement de tâches Les fonctions IDE, AS, ASH sont clairement définies dans les fiches horaires et permettent de mettre en évidence le rôle de chacun.	
2.1.4.7	La gestion des absences imprévues Le projet d'établissement 2017-2021 (prolongé jusqu'en 2024 par avenant) précise que c'est la durée d'une absence (programmée ou non) qui détermine le choix de remplacer ou non mais aussi le métier. Le projet donne priorité pour remplacer les professionnels de nuit et de cuisine. L'établissement a fourni le protocole relatif aux remplacements et dispose d'une liste de coordonnées de professionnels à contacter si besoin. Le protocole définit clairement quelles actions sont à mener en cas d'absence et privilégie d'appeler en priorité des salariés en CDI puis des vacataires disponibles pour effectuer les remplacements.	
2.1.4.10	La qualification du personnel de nuit L'établissement a rédigé une fiche de tâches pour l'AS et/ou l'AVS de nuit et l'IDE de weekend. Le service de nuit débute à 19h30 et prend fin à 7h30. La prise de poste et la fin de poste sont consacrées aux transmissions avec l'équipe de jour. Le 1^{er} AS et/ou AVS prend son service à 17h30 jusqu'à 6h et le second à 21h jusqu'à 7h30. Les activités principales concernent : - La visite des chambres et la surveillance des résidents, - L'aide au coucher et la réalisation de changes, - La distribution des médicaments,	Remarque 17 : La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches horaires des salariés de nuit.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	- L'entretien du linge, - Nettoyage et désinfection des locaux, - Préparation du chariot des petits déjeuners. La fiche de tâche du weekend de l'IDE reprend les missions de la semaine, mais ne prévoit pas la réunion pluri prévue en semaine et précise que le traitement médical est délégué aux AS présentes pour les résidents absents.	

Prise en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.1.1	<u>La procédure d'admission</u> L'établissement a fourni un protocole d'admission daté de juillet 2021. Ce protocole mentionne clairement que le consentement du futur résident est recherché.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Ce protocole prévoit bien toutes les étapes avec : un personnel d'accueil défini avec les renseignements à fournir, les documents à transmettre avant et après l'arrivée et les modalités des visites de préadmission. Le médecin coordonnateur participe bien à la procédure d'admission selon la procédure.	
3.2.1.2	Évaluation à l'admission La nature des évaluations médicales pour l'admission n'est décrite ni dans le RAMA, ni dans la procédure d'admission.	Remarque 18 : La nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission n'est pas présente dans les documents transmis par l'établissement.
3.1.3.3	Le PAI D'après la liste remise, la grande majorité des résidents ont un PAI. Beaucoup de ces PAI n'ont pas été mis à jour (30 PAI sont antérieurs à 2023). Cette liste montre un nombre de refus importants (6 sur 64 résidents). L'établissement a fourni un protocole d'élaboration du PAI. La recherche du consentement du résident et sa participation y sont clairement indiquées. L'initiation ou l'actualisation des PAI sont faites lors des réunions de PAI, soit 3 fois par mois. Le suivi des objectifs des projets est réalisé en réunion d'équipe pluridisciplinaire qui a lieu également 3 fois par mois. L'établissement a déclaré qu'il n'y pas de référent PAI actuellement. Le protocole fourni ne mentionne pas la mise à jour annuelle des PAI.	Ecart 11 : Un nombre importants de PAI ne sont pas mis à jour. Ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, cela contrevient à l'article L.311-3, 3° du CASF. Remarque 19 : La liste remise d'élaboration des PAI montre un nombre de refus importants (6 sur 64 résidents) Remarque 20 : Le protocole fourni ne mentionne pas la mise à jour annuelle des PAI.
3.1.4.4	La Commission de Coordination Gériatrique L'établissement a transmis le compte rendu de la commission gériatrique de 2019 et la convocation pour celle de 2023. D'après le RAMA transmis, une édition a eu lieu en 2022 et a porté sur le nombre de chute, de décès et d'hospitalisation, les prescriptions médicamenteuses, le départ à la retraite du prestataire de laboratoire médical, mais le compte rendu n'a pas été transmis.	Ecart 12 : En l'absence de transmission d'autre compte rendu que celui de l'édition 2019, la mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunit annuellement ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.

N°IGAS	Interventions des professionnels médicaux (médecins traitants)	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.4.5	La liste des médecins traitants qui interviennent dans l'établissement comportent 11 médecins. Chaque médecin intervient auprès d'1 à 21 résidents. 4 résidents n'ont pas de médecins traitants. Concernant l'utilisation du logiciel de soins, NETSOINS, par les médecins traitants, l'établissement précise que « chaque médecin traitant possède ses propres identifiants et mot de passe pour accéder au dossier informatisé » et que chaque consultation fait l'objet d'un compte-rendu ou d'une observation. Les prescriptions y sont actualisées. Le RAMA 2022 indique que seul 4 sur 13 des médecins traitants utilisent NETSOINS.		Remarque 21 : Quatre résidents n'ont pas de médecins traitants.
2.5.4.3	Système d'appels-malade Aucune n'information n'a été fournie par l'établissement à propos du système d'appel malade.		Ecart 13 : Aucune n'information n'a été fournie par l'établissement à propos du système d'appel malade (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Le livret d'accueil/contrat de séjour	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil présente le fonctionnement quotidien de l'établissement. Le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont remis avec le livret d'accueil à chaque nouveau résident. Il comprend en annexe : La notice d'information relative à la personne de confiance et le formulaire de désignation,		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	La liste des personnes qualifiées du territoire. Le livret d'accueil mentionne également le numéro de SOS Maltraitance Personnes Agées. Le contrat de séjour évoque la liberté d'aller et venir des résidents et est développé dans une annexe en cas de nécessité de contention.	
3.2.3.1	Procédure relative aux contentions L'établissement a transmis : - Une annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir. Celle-ci indique bien que chaque proposition de contention est prise sur avis médical, de plus le consentement du résident ou de la famille concerné est recherché. Celle-ci indique une réévaluation de la nécessité de la contention au-moins tous les 6 mois. - Une procédure d'évaluation et de maîtrise des mesures de contentions. Celle-ci indique une ré-évaluation de la contention au moins mensuelle. Ces deux documents indiquent des délais d'évaluation de contention supérieur qui ne sont pas concordants. Les contentions font l'objet d'un paragraphe dans le RAMA. Elles sont comptabilisées et analysées.	Ecart 14 : L'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir indique un délai de réévaluation des contentions bien supérieur à celui indiqué dans la procédure d'évaluation et de maîtrise des contentions (Références : Article L311-3, 1° et 3° du CASF, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000).

Soins

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.8.2.9	Convention EHPAD/Officine	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	L'établissement a fourni une convention avec une officine signée en juin 2023. D'après cette convention : - L'établissement télétransmet les ordonnances à l'officine au pharmacien dispensateur sous couvert du pharmacien référent. Les originaux des ordonnances sont transmis à la livraison pour apposer les mentions réglementaires. Ces transmissions se font en respectant la confidentialité des données. - Chaque année, la pharmacie est invitée à la commission gériatrique.	
3.8.2.22	Délégation d'administration des médicaments par l'IDE L'établissement a transmis deux procédures pour le circuit du médicament. Une procédure pour le circuit du médicament de juin 2023. Cette procédure indique que « les AS peuvent, sous la responsabilité des IDE et dans le cadre de l'aide aux soins réalisés par ces derniers, aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable. » La procédure ne précise pas si une liste des AS habilitées à l'administration des médicaments est établie dans l'EH PAD. Lutte contre la douleur L'établissement a transmis une procédure d'évaluation et prise en charge de la douleur datée de mai 2023. Cette procédure détaille trois évaluations de la douleur selon l'échelle numérique, Algoplus et Doloplus. La procédure précise qu'en cas d'absence de douleur évoquée ou constatée, une évaluation par mois sera réalisée. Le RAMA 2022 indique que le médecin coordonnateur a réalisé une formation du personnel à la prise en charge de la douleur et qu'il y a une réévaluation régulière et réadaptation du traitement si besoin et une demande d'avis à l'équipe mobile de soins palliatifs et de lutte contre la douleur pour les soins palliatifs.	
3.8.2.24		
3.8.2.25	Soins palliatifs et fin de vie L'établissement est doté de deux documents relatifs aux soins palliatifs datés d'octobre 2018. Le premier document présente la démarche palliative en place dans l'établissement, en définissant ses objectifs, ses principes et en exposant les étapes de la démarche palliative dans l'établissement. Le second présente la notion de soins de confort ainsi que le rôle de chaque type de personnel dans la démarche de prise en charge du résident en situation palliative. Le RAMA 2022 indique que l'établissement a une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.4.3.9	Suivi mensuel des pesées et état nutritionnel Les données fournies par l'établissement montrent bien une pesée par résident mensuellement.	

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
4.2.1.2	Personnels médicaux et paramédicaux libéraux Trois kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement, ils sont présents tous les jours de la semaine. Une orthophoniste intervient également.	

Récapitulatif des écarts et des remarques

Nbre	Référence rapport	Ecart	Référence juridique	Numéro IGAS
------	-------------------	-------	---------------------	-------------

1	Ecart 1	Le projet d'établissement ne comporte pas tous les points prévus par la réglementation ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Article D311-38-3 du CASF.	1.2.1.5
2	Ecart 2	Les diplômes de la directrice n'ont pas été fournis ce qui contrevient à l'article D312-176-6 du CASF.	Article D312-176-6 du CASF	1.2.2.7
3	Ecart 3	Le CVS n'est pas informé des E/IEIG, et il n'est pas fait mention des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.	Article R331-10 du CASF.	1.3.3.2
4	Ecart 4	L'évaluation externe transmise date d'il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article D312-204 du CASF.	Article D312-204 du CASF	1.4.3.1
5	Ecart 5	La procédure de gestion des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République (Art. 434-3 et du Art. 226-14 du code pénal).	Articles 434-3 et du 226-14 du code pénal	1.4.3.2/1.4.3.3
6	Ecart 6	Aucun EIG n'a été déclaré à l'ARS ou à la Ville de Paris et celle-ci ne figure pas dans la liste des autorités qui doivent être destinataires de ces déclarations (Référence : Article L331-8-1 du CASF).	Article L331-8-1 du CASF	1.5.1.3
7	Ecart 7	L'établissement n'a fourni aucun RETEX d'EIG (Référence : Articles L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016).	Articles L331-8-1 et R331-8 et -9 CASF et arrêté du 28 décembre 2016	1.5.1.5/1.5.1.6
8	Ecart 8	La directrice et les petites sœurs n'apparaissent pas dans les effectifs (référence : Article D312-155-0, II du CASF).	Article D312-155-0, II du CASF	2.1.1.1
9	Ecart 9	L'absentéisme au sein de l'établissement est très élevé et fragilise à la fois l'équipe et la prise en charge des résidents (référence : Article L311-3, 1° du CASF).	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.1.3
10	Ecart 10	Le planning des petites sœurs des pauvres n'apparaît pas et elles ne disposent pas de fiches de tâches hebdomadaires. (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	Article L311-3, 1° du CASF	2.1.4.2
11	Ecart 11	Un nombre important de PAI ne sont pas mis à jour. Ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée, cela contrevient à l'article L.311-3, 3° du CASF.	Article L.311-3, 3° du CASF	3.1.3.3
12	Ecart 12	En l'absence de transmission d'autre compte rendu que celui de l'édition 2019, la mission ne peut s'assurer que la commission de coordination gériatrique se réunit annuellement ce qui contrevient à l'article D312-158, 3° du CASF.	Article D312-158, 3° du CASF	3.1.4.4

13	Ecart 13	Aucune n'information n'a été fournie par l'établissement à propos du système d'appel malade (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	Article L311-3, 1° du CASF	2.5.4.3
14	Ecart 14	L'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir indique un délai de réévaluation des contentions bien supérieur à celui indiqué dans la procédure d'évaluation et de maîtrise des contentions (Références : Article L311-3, 1° et 3° du CASF, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000).	Article L311-3, 1° et 3° du CASF Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée HAS octobre 2000	3.2.3.1

Référence rapport		Remarques	Numéro IGAS
1	Remarque 1	Le projet spécifique pour l'hébergement temporaire n'a pas été transmis.	1.1.1.2
2	Remarque 2	L'accueil des nouveaux professionnels et l'évaluation des pratiques professionnelles ne sont pas traités dans le règlement de fonctionnement	1.2.1.2
3	Remarque 3	Le projet d'établissement 2017-2021 ne porte pas de mention de présentation au CVS, ni aux instances représentatives du personnel.	1.2.1.4
4	Remarque 4	Le plan bleu est à compléter pour être en accord avec l'instruction ministérielle 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.	1.2.1.6
5	Remarque 5	La mission de contrôle n'a pas été en mesure d'apprécier le rôle et les missions des Petites Sœurs qui sont présentes dans l'organisation de l'établissement et notamment auprès des résidents.	1.2.2.1
6	Remarque 6	Il n'y a pas de procédure d'astreintes formalisée pour la direction et les astreintes médicales.	1.2.2.8
7	Remarque 7	L'établissement n'a pas mis en place de COPIL Qualité.	1.4.1.7
8	Remarque 8	Le PACQ n'est pas mis à jour à la suite des enquêtes de satisfaction internes.	1.4.2.1
9	Remarque 9	Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place.	1.4.3.1

10	Remarque 10	La procédure de déclaration des EIG n'a pas été actualisée depuis 2019 et n'a pas été élargée ou signée.	1.5.1.3
11	Remarque 11	La procédure fournie par l'établissement pour les RETEX ne mentionne pas que les actions correctrices déterminées lors des RETEX doivent permettre la mise à jour du PACQ.	1.5.1.5/1.5.1.6
12	Remarque 12	Le nombre élevé de sorties de salariés entre 2021 et 2022 n'est pas expliqué.	2.1.1.1
13	Remarque 13	L'établissement n'a pas transmis l'ensemble des recrutements qui ont été effectués par intérim sur l'année écoulée.	2.1.1.6
14	Remarque 14	Le plan de développement des compétences ne permet pas un accompagnement complet du résident, il n'y a pas de formations sur l'hygiène bucco -dentaire, la nutrition, la fin de vie, ni de formation diplômante.	2.1.2.1
15	Remarque 15	La direction n'apporte pas de précisions sur le processus d'intégration des nouveaux salariés dans le livret d'accueil.	2.1.2.5
16	Remarque 16	Hormis pour les IDE, les absences ne sont pas systématiquement remplacées et de nombreuses arrivées en retard ou départs anticipés sont dénombrés sur le planning réalisé du mois d'Octobre 2023.	2.1.4.5
17	Remarque 17	La traçabilité de la prise des médicaments la nuit n'est pas précisée dans la fiche de tâches horaires des salariés de nuit.	2.1.4.10
18	Remarque 18	La nature des évaluations médicales réalisées pour l'admission n'est pas présente dans les documents transmis par l'établissement.	3.2.1.2
19	Remarque 19	La liste remise d'élaboration des PAI montre un nombre de refus importants (6 sur 64 résidents).	3.1.3.3
20	Remarque 20	Le protocole fourni ne mentionne pas la mise à jour annuelle des PAI.	3.1.3.3
21	Remarque 21	Quatre résidents n'ont pas de médecins traitants.	3.1.4.5

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « Notre Dame des Champs », géré par la Congrégation des Petites Sœurs des Pauvres, a été réalisé le 17/11/2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - Conformité aux conditions de l'autorisation :
 - Un taux d'occupation conforme à la réglementation
 - Management et Stratégie :
 - Présence d'un trio de tête dans l'établissement
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Un CVS en place qui se réunit au moins trois fois par an
- Prise en charge :
 - Respect du droit des personnes :
 - Un livret d'accueil complet en matière de droits des résidents
 - Soins
 - Un protocole douleur en place avec un suivi dans le RAMA de l'établissement
 - Une démarche palliative en place
 - Un rythme de pesée mensuel dans la structure

Elle a également relevé les principaux dysfonctionnements suivants :

- Gouvernance :
 - Management et stratégie
 - Les diplômes de la Directrice n'ont pas été transmis
 - Animation et fonctionnement des instances
 - Pas de présentation des EI/EIG et des dysfonctionnements de l'établissement au CVS
 - Gestion des risques, des crises et de événements indésirables :
 - L'établissement n'a fourni aucun RETEX d'EIG
 - Aucun EIG n'a été déclaré à l'ARS ou à la Ville de Paris et celle-ci figure pas dans la liste des autorités qui doivent être destinataires de ces déclarations
- Fonctions support :
 - Gestion des RH :
 - Instabilité de l'équipe de l'établissement
 - Les missions de certains membres de l'équipe soignante ne sont pas clairement définies
- Prise en charge :
 - Respect du droit des personnes :
 - L'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir indique un délai de réévaluation des contentions bien supérieur à celui indiqué dans la procédure d'évaluation et de maîtrise des contentions
 - Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :
 - Absence de révision annuelle des PAI de l'ensemble des résidents
 - L'établissement n'a transmis aucune information sur son système d'appel malade

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

Saint Denis, le 24 septembre 2024

Madame Christel Rougy, Coordinatrice de la mission d'inspection, Ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris de l'ARS Ile de France,	Madame Vanessa OLLIVIER, Chargée de suivi d'établissements pour personnes âgées, Directions des solidarités, Désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
---	--

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 :
Christel ROUGY
Christel.rougy@ars-idf.fr
06 43 48 31 81

Madame Christel ROUGY, coordinatrice de la mission d'inspection, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Île-de-France

Madame Vanessa OLLIVIER, chargée de suivi des établissements Personnes Agées, Bureau des actions en direction des personnes âgées, Sous-direction de l'autonomie, Direction de l'Action sociale de l'enfance et de la santé

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

Saint-Denis, le 17 novembre 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 cibles, 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-place de l'EHPAD Notre Dame des Champs (FINESS géographique 750800436) situé au 49 rue Notre-Dame des Champs, géré par la Congrégation Petites Sœurs des Pauvres, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94/98 Quai de la Rapée
75012 Paris

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Vanessa OLLIVIER, chargée de suivi des établissements Personnes Agées, Bureau des actions en direction des personnes âgées, Sous-direction de l'autonomie, Direction de l'Action sociale de l'enfance et de la santé, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Christel ROUGY, coordonnatrice de la mission d'inspection, Ingénieure du Génie Sanitaire, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;

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

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

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

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



Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur Adjoint des Solidarités



Questionnaire EHPAD – Contrôle sur-pièces

Notre Dame des Champs

N°	Intitulé de la pièce	Transmission des pièces ?
1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	Oui
2	Grilles de suivi des taux d'occupation et nombre de journées réalisées pour chaque activité (hébergement permanent, hébergement temporaire, PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	Oui
3	Projet spécifique du PASA	SO
4	Dernier programme d'activités du PASA	SO
5	Projet spécifique pour l'hébergement temporaire	Non
6	Règlement de fonctionnement	Oui
7	Plan des locaux de l'établissement	Oui
8	Projet d'établissement	Oui
9	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	Oui
10	Organigramme	Oui
11	Diplôme du directeur de l'EHPAD	Non
12	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	SO
13	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	Oui
14	Procédures et/ou convention d'astreinte (cahier d'astreinte)	Non
15	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois	Oui
16	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	Oui
17	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	Oui
18	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, 3 derniers bulletins de salaires	Oui
19	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	Oui
20	Les comptes rendus des CVS N et N-1	Oui
21	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	Oui
22	Dernière évaluation externe	Oui
23	Dernière évaluation interne	Oui
24	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	Oui
25	Registre des plaintes et réclamations	Oui
26	Les trois dernières réclamations et leur traitement	Non
27	Procédure de gestion des événements indésirables	Oui
28	Procédure de déclaration externe des dysfonctionnements graves	Oui
29	Liste des signalements à l'ARS et/ou Ville de Paris	Non
30	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les deux derniers EIG	Non
31	Registre du personnel N-1 & N-2	Oui
32	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir	Oui
33	Plan de développement des compétences (formation) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1	Oui

34	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	Oui
35	Tableau du personnel des unités PASA ou UHR (excel)	SO
36	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit	Oui
37	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AMP, AES, ASG, IDE	Oui
38	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	Oui
39	Procédure d'admission des résidents	Oui
40	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	Oui
41	Relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel)	Oui
42	Les 2 derniers CR et feuilles d'emargement de la commission de coordination gériatrique	Oui (partiellement)
43	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	Oui
44	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	Oui
45	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	Oui
46	Livret d'accueil du résident	Oui
47	Contrat de séjour d'un résident et ses annexes	Oui
48	Procédure relative aux contentions	Oui
49	RAMA	Oui
50	Convention pharmacie EHPAD	Oui
51	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	Oui
52	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	Oui
53	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	Oui
54	Le planning des intervenants paramédicaux (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) : avec indication pour chaque professionnel de son identité, sa qualification, le nombre de résidents pris en charge sur le trimestre t-1	Oui