

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Paris

Sous-direction de l'autonomie
Direction des Solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par :

Courriel :

Téléphone :

Courriel :

Téléphone :

Lettre recommandée avec AR
N°

Paris, le 14/11/2022

Monsieur le Directeur général,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris, le 22 février 2022 au sein de l'EHPAD « Les Amandiers » situé au 5/7, rue des Cendriers à Paris, 75020, avait été inscrite au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2022 sur l'ensemble du territoire national à la demande de la Ministre déléguée chargée de l'Autonomie auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous vous avons adressé le 1^{er} juin 2022 par courriel et par courrier recommandé et, réceptionné par vos services le 2 juin 2022, le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 7 injonctions, 7 prescriptions et 31 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du *Code des relations entre le public et l'administration*, vous nous avez transmis le 9 juin 2022 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Après analyse des documents transmis, la mission souligne que certaines injonctions, prescriptions et recommandations initialement envisagées n'ont pas lieu d'être maintenues.

Les précisions apportées ne permettent cependant de lever l'ensemble des injonctions, prescriptions et recommandations notamment celles relatives à :

- l'organisation des ressources humaines,
- l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'établissement,
- la méconnaissance des procédures de gestion des événements indésirables et réclamations,
- des dysfonctionnements dans le circuit du médicament,
- la traçabilité des soins.

En conclusion, après avoir analysé l'ensemble des documents transmis dans le cadre de la procédure contradictoire, nous vous notifions à titre définitif 4 injonctions, 4 prescriptions et 21 recommandations dont vous trouverez le détail en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti des mesures correctives relevant des catégories des injonctions peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du Code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

Amélie VERDIER

Pour la Maire de Paris et par délégation,
Le directeur adjoint des Solidarités

Jacques BERGER

Copie :

« Les Amandiers »

5/7, rue des Cenoniers
75020 PARIS

Annexe : Décision définitive concernant les mesures correctrices à mettre en place pour faire suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD KORIAN « LES AMANDIERS » le 22 février 2022

Injonctions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Réponses de l'établissement	Décision au terme de la procédure contractuelle	Délai de mise en œuvre
1 L'établissement doit justifier d'un moins 0,60 ETP de médecin coordonnateur au regard de sa capacité autorisée. Il est relevé son absence depuis plus de 6 mois.	D. 312-166 du CASF	cf. p. 10	Le dernier MEDEC des Amandiers, [REDACTED] est parti le 13 juillet 2021, départ concomitant à celui du précédent Directeur. Depuis, une annonce a été postée, et le temps proposé est passé de 0,8 ETP à 1 ETP. Depuis septembre 2021, le Directeur a reçu 3 candidats : les deux premiers ont décliné l'offre, l'un pour des raisons de santé (Annexe 1), l'autre a accepté un poste à quelques minutes de chez lui (Annexe 2). Enfin la troisième candidate, reçue le 3 mars 2022 en entretien aux Amandiers n'a toujours pas donné de réponse définitive. [REDACTED] serait recruté à compter de septembre, pour un 0,6 ETP (Annexe 3). Depuis l'absence du MEDEC, l'établissement a toujours demandé conseil et validation aux MEDEC des établissements voisins du groupe. Ainsi, toutes les demandes d'admissions ont été validées par le MEDEC de Korian Les Terrasses, [REDACTED] que vous en adressez un échémillon (Annexe 4). Les vaccinations ont été supervisées par les MEDEC d' [REDACTED] et de [REDACTED] également résués avec nos équipes le GRI de nos résidents en décembre 2021 (Annexe 6). Bien que sans MEDEC, l'établissement n'a jamais pris de décisions médicales sans la validation d'un expert médical. L'établissement a recruté le 19 mai 2022, [REDACTED] en qualité de Médecin Prescripteur pour un 0,2 ETP (Annexe 4). Les 21 résidents sans médecin traitant sont à présent suivis par cette praticienne. Le suivi de ces résidents était jusqu'à lors assuré de manière temporaire par nos trois médecins traitants. A noter, que la marque de médecins traitants devient une réelle préoccupation, leur départ à la retraite n'est pas toujours suivi d'une reprise de patientèle. Nous en avons fait l'expérience en décembre 2021 avec le départ de [REDACTED] laissant une vingtaine de résidents sans médecin traitant. Enfin pour compléter son offre et pallier au manque de médecin, l'EHPAD Les Amandiers va déployer la télé-médecine avec le prestataire [REDACTED] dans les deux mois à venir.	La mission prend acte de l'ensemble des actions mises en œuvre pour pallier l'absence de médecin coordonnateur notamment en ce qui concerne l'examen des admissions et la vaccination des résidents et l'accompagnement médical des résidents sans médecin traitant. Un médecin du groupe est venu en soutien pour ré-évaluer le GRI. Dans les 2 mois à venir, l'établissement souhaite développer la télé-médecine. Si l'établissement justifie d'une promesse d'embauche à compter du mois de septembre à hauteur de 0,6 ETP, il en demeure pas moins qu'il ne justifie pas de la qualité prévue par la réglementation. Aussi l'injonction est maintenue.	2 mois
2 Le gestionnaire doit sécuriser le circuit DASRI.	L. 133-1 et suivant du CSP	cf. p. 16	Des formations DASRI ont été dispensées par IDEC aux équipes des Amandiers les 14/01, 24/02, 26/02 et 14/03 (Annexe 7). D'autres formations sont planifiées les 22 et 23/06 et les 20 et 21/07. Un assigné à code a été installé dans le local (Annexe 8). L'ensemble des bidons ont été récupérés auprès du prestataire [REDACTED] et sont archivés dans un classeur (Annexe 9). Enfin, vous trouverez annexée une autoévaluation DASRI, réalisée par notre IDEC en date du 1er juin (Annexe 10).	Les éléments transmis ne permettent cependant pas d'indiquer la périodicité des autoévaluations ni des actions d'amélioration possibles. L'attention du gestionnaire est ainsi attirée sur ce point. La mission prend acte des actions mises en œuvre pour sécuriser le circuit DASRI (formation, autoévaluation du circuit, mise en place d'un classeur) qui permettent de lever l'injonction.	Sans objet
3 Les dossiers de soins des résidents doivent être stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité.	CSP R.4127-45 du CSP	cf. p. 26	Nous avons acheté des armoires fermant à clés afin de sécuriser les dossiers des résidents. Vous trouverez en annexe le bon de commande (Annexe 11).	La mission prend acte de l'achat d'armoires sécurisées. L'injonction est levée.	Sans objet

Injonctions énoncées	Texte de référence	Ref. Répond.	Rapports de l'établissement	Décision au terme de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre
Le circuit du médicament doit être sécurisé notamment en : - sécurisant le circuit de distribution des médicaments, entre autre durant la distribution des médicaments, lorsque l'IDE est dans une chambre; - neoyant l'installation et l'usage du coffre à totique; - mettant en place les prérogatives des résidents sur le circuit de distribution des médicaments; - mettant en œuvre le bon fonctionnement du réfrigérateur du poste de soins du 1er étage.	L 311-3 du CASF	cf. p. 28	Des formations spécifiques sur le circuit du médicament ont été dispensées (Annexe 12). Nous avons installé un cadenas sur le coffre de distribution des IDE (Annexe 13), le coffre a été délégué et scellé à hauteur d'homme (Annexe 14), nous allons remplacer le réfrigérateur. Enfin, vous trouverez en Annexe 15, le plan de soin avec les photos des résidents, qui se trouve sur les chefs de distribution des médicaments.	La mission prend acte de la sécurisation du circuit et de la nouvelle installation du coffre à totique. Toutefois, concernant le bon fonctionnement du réfrigérateur et la mise photo-vigilance, les éléments ne permettant pas une levée de l'indication dans son intégralité. En effet, le réfrigérateur n'est pas installé et le gérant a transmis un plan de soins complet et non une feuille d'engagement de prise de médicament individuelle avec photographié.	3 mois
La prise en charge nutritionnelle doit être revue notamment : - en prenant en compte la santé et les besoins des résidents; - en mettant en œuvre des prises en charge nutritionnelles cohérentes; - en formalisant la délégué des résidents délégués; - en lançant les prises de compléments nutritionnels oraux (CNO); - en formalisant le dépasse et la prise en charge des troubles de la déglutition; - en mettant en œuvre un protocole de repas enrichis; - en faisant les soins bucco-dentaires.	L 311-3 du CASF	cf. p. 20, 30	Nous constatons une nette amélioration du suivi des patients. En effet, en janvier 2022, 47% des résidents étaient passés. A cela, 93,8% la sont (Annexe 17). Nous sommes en cours de recueil de l'avis de nos résidents afin de pouvoir obtenir des IDE à jour. Nous complétons sur l'annexe récente de notre médecin prescripteur pour intégrer les bilans gériatriques à l'entrée de chaque résident. Nous avons pris contact avec [redacted] afin de dispenser sur site des formations sur le dépasse de la déglutition : 28/09, 18/11, 09/01 et 13/01 (Annexe 18).	La mission prend acte de l'amélioration du suivi des patients et la mise en place de formation sur la déglutition avec [redacted]. Cependant, l'établissement n'a pas de précision sur les différents points d'entrée ayant conduit à l'inscription envisagée. Aussi, l'injection est maintenue dans son intégralité.	3 mois
Le dépasse de la douleur doit être réalisé pour : - tous les résidents; - La dignité, l'intégrité et la sécurité des résidents; - La mise en œuvre de la prise en charge de la douleur.	L 311-3 du CASF	cf. p. 28	Nous constatons qu'en juin 2022, 71 résidents n'ont pas eu d'évaluation de la douleur. Des actions sont en cours afin de nous mettre en conformité. Des sensibilisations sur ce sujet ont été réalisées (Annexe 19) avec nos équipes. D'autres sont à prévoir. Vous trouverez en Annexe 20, le livret de la douleur, support de communication auprès de nos équipes.	La mission prend acte des actions de sensibilisations des équipes sur le dépasse de la douleur. Cependant, l'établissement précise qu'en juin 2022, 71 résidents sur 118 places autorisées n'ont pas eu d'évaluation de la douleur. Aussi, l'injection est maintenue.	3 mois
La dignité, l'intégrité et la sécurité des résidents doivent être respectées au regard de leurs besoins et de leurs demandes, notamment pour la mise en place des appareils auditifs.	L 311-3 du CASF	cf. p. 28	Nous notons que vous avez observé lors de l'inspection de notre Etablissement, une situation durant laquelle une résidente ne disposait pas de ses appareils auditifs. Certains résidents ne supportent pas de porter ces appareils, et les résidents systématiquement. Il est de notre devoir de s'assurer que chaque résident puisse avoir à sa disposition tous le matériel nécessaire à son bien être et sa santé, mais il convient également de respecter leur choix et leurs envies. Cette situation peut dans ce contexte sans que nous ne portions atteinte à la dignité, l'intégrité et la sécurité de nos résidents. Nous renseignons le DFI sur la mise en place des appareils auditifs, vous trouverez en Annexe 21 le mise à jour du plan de soin sur ce sujet. Par ailleurs, nous avons fait intervenir [redacted] en date des 5/03, 7/03, 15/03, 22/03, 29/03, 05/04, 19/04, 26/04, 03/05, 10/05, 17/05, et 31/05 afin que tous nos résidents puissent être dépistés. Vous trouverez en Annexe 22 la liste des résidents avec les préconisations.	Il est rappelé qu'au moment de la visite, la résidente a demandé à ce qu'on lui mette ses appareils et que cela n'a été fait qu'après plusieurs demandes et par une stagiaire. Il est possible que cette résidente ne supporte pas ses appareils mais à ce moment précis, elle demandait à ce qu'on les lui mette. L'injection est levée. Des formations à la bientraitance, avec étude de cas, pour l'ensemble des personnels ont été réalisées. En ce sens, il convient de se référer notamment aux recommandations n°17, 28 et 31 qui demeurent maintenues.	Sans objet

N°	Prévisions envisagées	Texte de référence	Réf. app.	Réponses de l'établissement	Décision au terme de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre
1	L'établissement doit respecter le calendrier de réalisation des évaluations internes et externes et transmettre un rapport annuel d'activité dans lequel : « les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L312-8 du CASP » sont mentionnées.	L312-8 du CASP	cf. p. 16	L'établissement a bien réalisé ses EI et EE conformément aux calendriers (Annexes 24-1 et 24-2) et avec une autorisation renouvelée en 2017. La seconde EI avait dû avoir lieu en 2022, mais le nouveau dispositif d'évaluation par la HAS avec le déploiement de la certification en 2022 vient remettre en question l'ancien dispositif EIEE. Le calendrier de déploiement est attendu pour octobre et permettra d'identifier les établissements concernés.	La mission prend acte des précisions apportées qui permettent de lever la prescription.	Sans objet
2	Les modalités du CVS doivent être mises aux normes, notamment : - en mentionnant les membres présents sur les CVS et leurs rôles ; - en mettant aux normes la composition du CVS dans le livret d'accueil ; - en se référant au moins trois fois par an.	D.311-20 du CASP D.311-4 du CASP D.311-18 du CASP	cf. p. 17	Des décisions CVS ont eu lieu durant les mois de février/mars 2022. Vous trouverez la liste des représentants du CVS et leur rôle (Annexe 26). La première réunion CVS a eu lieu le 14/04/2022. Vous trouverez en Annexe 28 son compte rendu. La composition du CVS dans le livret d'accueil a également été actualisée (Annexe 27).	La mission prend acte des précisions apportées qui permettent de lever la prescription. Toutefois, il est relevé une discordance entre le livret d'accueil actualisé qui indique la tenue du CVS 3 fois par an et le compte rendu du CVS du 14 avril 2022 qui indique 4 réunions annuelles de cette instance. La mission relève que la date de mise à jour n'est pas précisée sur le livret d'accueil.	Sans objet
3	Le CVS doit être informé des événements indésirables et dysfonctionnements au sein de l'EHPAD.	R.331-10 du CASP	cf. p. 17	Les EI et dysfonctionnements sont présentés lors du prochain CVS en date du 28/07. Une extraction sera faite, à partir du logiciel qualité.	Il est pris acte de la réponse de l'établissement. La prescription est levée.	Sans objet
4	Il convient de mettre en œuvre le dispositif IDE de nuit conformément aux engagements du CPOM.	CPOM	cf. p. 14	Le dispositif a été mis en place en 2019 et interrompu dans le cadre du Covid. Le projet a repris en fin d'année 2020 et a été interrompu compte tenu des difficultés à recruter des IDE de nuit. En effet, la mise en œuvre des IDE de nuit dans les EHPAC a été échoquée avec les services de l'ARS le 23/06/21. Lors de cet échange, les professionnels ont fait part de leur grande difficulté à recruter des IDE de nuit. Depuis la crise sanitaire, les métiers du soin sont en tension, particulièrement les IDE. Ainsi, leurs de candidats, et l'envie de travailler dans ce cadre ayant été entièrement compromise, une réflexion est en cours, en lien avec vos services, pour poursuivre ce dispositif avec d'autres modalités (Annexe 27-1).	Il est pris acte des remarques. Cependant, le dispositif n'est pas conforme. La prescription est maintenue.	3 mois.

Prescriptions émises			Réponses de l'établissement		Décl. de mise en œuvre
Texte de référence	Ref. rapport				
La prévention de la déglutition et des troubles de la déglutition doit être renforcée, notamment en : - adaptant les menus en tenant compte des souhaits et réclamations des résidents; - veillant à respecter le jour de 12h maximum et en enrichissant les petit-déjeuners si besoin; - veillant à l'installation au repas du résident en prévention des troubles de la déglutition, en particulier pour les repas pris au lit; - stimulant les résidents lors des temps de repas; - formant les professionnels sur les troubles de la déglutition et leurs conséquences délétères pour les résidents; - sensibilisant les professionnels aux recommandations de bonnes pratiques concernant l'aide aux repas pour les résidents sujets à des troubles de la déglutition. Concernant les locaux et le mobilier, la direction doit : - s'assurer de la sécurisation des locaux techniques; - s'assurer que l'installation des déchets de papier (poubelles et des appels malades des sanitaires sont accessibles aux résidents; - s'assurer que le suivi hebdomadaire du parc immobilier et mobilier puisse permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel. Le système des appels malades doit être amélioré, notamment en : - équipant les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office; - analysant en réunion l'équipe les relais de réponses aux appels malades et d'adapter l'organisation du travail en conséquence. Il convient d'équiper les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office			Nous allons de nouveau sensibiliser les résidents à la possibilité de changer de menu grâce à la carte de remplacement. Afin que les résidents puissent bien intégrer l'information sera donnée de manière individuelle et personnalisée par l'animateur des son arrivée en date du 27/03. La liste des collations de nuit a été revue et tracée dans le DRI : ainsi, elle peut être proposée à tous nos résidents (Annexe 28), et les heures du goûter et du dîner décalées, à 16h00 et 18h30. Nous envisageons une formation sur les troubles de la déglutition dispensée par [redacted] en date des 28/03, 18/11, 6/01 et 13/01 (Annexe 18). Une Commission Restauration Menu est prévue le 21/07.	La mission prend acte des actions envisagées. Toutefois, leur mise en œuvre n'est pas encore effective et aucune prévision n'est apportée concernant la stimulation des résidents lors des temps de repas. La prescription est maintenue.	3 mois.
Concernant les locaux et le mobilier, la direction doit : - s'assurer de la sécurisation des locaux techniques; - s'assurer que l'installation des déchets de papier (poubelles et des appels malades des sanitaires sont accessibles aux résidents; - s'assurer que le suivi hebdomadaire du parc immobilier et mobilier puisse permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel.	L311-3 du CASF et p.22		La sécurisation des poubelles et sennes de la chaufferie, du local TSBT et du local téléphorie est réalisée. Nous avons remis en conformité l'installation du dévidoir de papier toilette et de l'appel malade du sanitaire du n° [redacted] (Annexe 30). Vous trouverez également en Annexe 31 le devis [redacted] validé pour la remise en conformité de la chaufferie.	La mission prend acte des actions mises en place. Toutefois, le gestionnaire technique pas les modalités retenues pour le suivi du parc immobilier et mobilier et la programmation des réparations ou le renouvellement du matériel. La prescription est maintenue.	Sans délai.
Le système des appels malades doit être amélioré, notamment en : - équipant les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office; - analysant en réunion l'équipe les relais de réponses aux appels malades et d'adapter l'organisation du travail en conséquence. Il convient d'équiper les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office	L311-3 du CASF et p.23		Nous avons fait intervenir la société [redacted]. Nous vous joignons le devis (Annexe 32) validé. Chaque professionnel du soin de jour et de nuit, HDEC ainsi que le Directeur seront mis au courant de cet acte.	La mission prend acte des actions envisagées. Toutefois, la mise en œuvre n'est pas encore effective. La prescription est maintenue.	Sans délai.

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Éléments de réponses de la Direction	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	La délégation de pouvoir au directeur d'établissement devait être mise à jour et la procédure d'organisation de permanence de direction en l'absence du directeur redéfinie et diffusée à l'ensemble des professionnels.	cf. p. 10	La délégation de pouvoir du Directeur d'Établissement a été mise à jour (Annexe 33). La procédure de permanence de direction en l'absence du Directeur est définie selon les règles suivantes. Les astreintes s'établissent jamaïs en même temps que le RRF, qui est le "numéro 2" de l'établissement. Les astreintes téléphoniques et weekend continuant d'être organisées comme à la normale : chaque cadre est d'astreinte 1 semaine/6, et est présent 1 week-end/6. Lorsque le Directeur s'absente, il informe son Directeur Régional lors de sa pose de congés, de qui sera son "relais" (Annexe 34) : il s'agit d'un autre Directeur d'un établissement voisin. Le Directeur aura pris soin d'informer son collègue de l'actualité de l'établissement, et d'informer ses équipes de la disponibilité du back up. En l'absence du Directeur, chacune des équipes continuant d'être managées par son responsable hiérarchique, ainsi l'ODEC manage les AS/AMPI/AES et IDE, le Responsable Hébergement manage les ASH et les Sanaum, le Chef Cuisinier manage les Plongeurs, Cuisiniers et Aides Cuisiniers. Le Responsable des Relations Familiales est décisionnaire en l'absence du Directeur. En cas de besoin d'un éclairage, elle doit consulter le Directeur "Relais", le Directeur Régional, ou encore un membre du Comité Régional. Certains sujets peuvent quant à eux, attendre le retour du Directeur. Le jour de l'absence, l'ensemble des membres du CODIR étaient présents, c'est à dire que tous les services étaient représentés. La Directrice "Relais" a été également déplacée, démontrant l'efficacité du processus, laquelle a bien été prévenue par l'équipe des Amandiers. Enfin, le Responsable Soins Régional et le Responsable Qualité Régionale, toutes deux membres du Comité Régional, étaient également présentes. Chaque acteur était à son poste, comme lorsque le Directeur est présent.	La mission prend acte des éléments de réponse de l'établissement. Cependant, l'attention du gestionnaire est portée sur la communication attendue auprès des professionnels. La recommandation est partiellement maintenue (enjeu d'une diffusion auprès de l'ensemble des professionnels).
2	L'établissement devait disposer d'un organigramme indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels en cohérence avec la procédure d'organisation de permanence de direction	cf. p. 10	L'organigramme (Annexe 35) est bien cohérent avec les liens hiérarchiques et fonctionnels précités ci-dessus.	L'organigramme transmis ne fait pas apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels. La recommandation est maintenue.
3	L'établissement devrait organiser les recrutements, conformément aux objectifs CPOM, en vue d'atteindre un taux d'occupation d'au moins 95%. La mission constate que l'accollement temporaire d'actifs avec 14 CDD supplémentaires en janvier et février 2022 par rapport à janvier 2021 n'a pas d'explication et n'est pas justifié par la hausse du nombre de résidents accueillis.	cf. p. 12	Il est indiqué dans le rapport un schéma de 2,15 ETP pour les fonctions d'aides-soignants, d'AMP, et d'accompagnement éducatif et sociaux correspondant à 2 ETP d'aides-soignants de nuit : nous nous engageons à recruter ces postes et vous trouverez en annexe des promesses d'embauche (Annexe 36). De même, le dernier CDD d'AS de jour a été proposé à l'un de nos collaborateurs (Annexe 37). Le nombre de CDD supplémentaires en janvier et février 2022 est en cohérence avec l'épisode COVID qui a touché notre établissement de mi-décembre 2021 à mi-février 2022. En effet, lors de cet épisode, 44 résidents ont été contaminés par la COVID (Annexe 38). Afin de limiter la propagation du virus, et d'alléger la charge de travail de nos équipes, nous avons fait appel à des renforts COVID, comme nous le faisons pour chaque épisode.	La mission prend acte des éléments de réponse de l'établissement et notamment des promesses d'embauche. Dans l'attente d'un recrutement effectif, la recommandation est maintenue.
4	Le gestionnaire devrait mettre en place un plan de formation en adéquation avec les sollicitations des professionnels et un accompagnement à la conduite du changement de destination des professionnels et notamment des actions de formation relatives à la prévention de la maltraitance, de la promotion de la bientraitance et au titre de la formation aux gestes et soins d'urgence, à l'hygiène bucco-dentaire et aux soins palliatifs. En ce sens, la mission relève que tous les professionnels de l'EHPAD n'ont pas une attestation AFGSU à jour.	cf. p. 12	Lors de chaque EAP, nous remontons les demandes de formations formulées par nos salariés. En 2022, nous avons recueilli 4 souhaits de formations (Annexe 39). L'accompagnement des équipes, avec la possibilité entre autre de réaliser des VAE, l'arrêt des formations durant la période COVID a retardé la mise à jour des formations AFGSU. Toutefois, nous avons bien repris ces formations (Annexe 40). Afin de renforcer ces formations, nous allons proposer des sensibilisations en date des 21/07 et 22/07, 27/09 et 28/09. Nous dispenserons une formation sur les soins palliatifs et nous communiquerons une date prochainement. De plus, nous nous engageons à dispenser par nos Psychologues une formation bientraitance en date des 20 et 21 septembre (Annexe 42). Une formation sur les soins bucco-dentaires a été dispensée le 14/02 (Annexe 43-1) et nous allons en programmer d'autres. Enfin, une commission Ethique et Bientraitance a eu lieu sur notre établissement en date du 15/04 (Annexe 43).	La mission prend acte des actions mises en œuvre par l'établissement. Cependant, l'établissement n'a pas communiqué de plan de formation et les actions de formation n'ont pas toutes été réalisées. La recommandation est maintenue.

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Éléments de réponse de la Direction	Décision au terme de la procédure contradictoire
5 L'organisation des missions et des plannings serait à revoir ainsi que l'articulation des professionnels (AS/AES/ASH), y compris sur les temps de repas et la nuit.	cf. p. 14	Nous sommes en cours de réorganisation des plannings et des missions. Nous avons commencé par une redistribution des temps de travail des ASH (+3 ETP). L'idée étant de permettre au service hébergement d'assurer la distribution des petits déjeuners et des goûters, laissant ainsi plus de temps aux AS pour stimuler et aider nos résidents lors de ces prises de repas. Ce travail demande du temps, car nous devons en premier lieu harmoniser les temps de travail des ASH (encore beaucoup de disparités: 0,2ETP; 0,5 ETP; 0,8 ETP; 1 ETP, etc), ces temps ne nous permettant pas de créer une équipe et une contre équipe comme pour les soignants. Vous trouverez en Annexe 44, les échanges avec la Direction des Opérations Senior sur ce sujet.	La mission prend acte des actions en cours de déploiement. Toutefois, l'organisation des missions et des plannings n'a pas été transmise, la recommandation est maintenue.
6 Les stagiaires devraient être identifiés sur les plannings et encadrés par un pair titulaire. Des éléments devraient leur être fournis permettant de les distinguer des professionnels qualifiés.	cf. p. 14	Nous ne pouvons pas intégrer les stagiaires sur les plannings, qui sont directement édités à partir du logiciel paie. Toutefois, nous mettons en place un tableau qui sera affiché à côté des plannings. Ce tableau répertorie l'ensemble de nos stagiaires, en indiquant leur date de stage, leur tuteur ainsi que le service dans lequel ils effectuent leur stage (Annexe 46). Nous donnons une tenue professionnelle à chacun de nos stagiaires, nous y ajoutons un badge (indiquant leur nom, prénom et service).	La mission prend acte des précisions apportées. Il est recommandé que le badge spécifie le statut "stagiaire" pour éviter toute forme de confusion. La recommandation est levée.
7 Les temps de transmission devraient être institutionnalisés entre les équipes de jour et les équipes de nuit.	cf. p. 14	Les temps de transmissions entre les équipes de jour et de nuit sont planifiés à 18h15 et durent 15 minutes. Vous trouverez en Annexe 46, les feuilles d'émargement de ces temps d'échanges. Avec l'arrivée de deux soignantes supplémentaires sur l'équipe de nuit, nous allons procéder à des transmissions par secteur, c'est à dire par étage. Chaque soignant de nuit sera référent d'un étage, et réalisera les transmissions avec l'équipe de jour de son étage.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions projetées. Toutefois, l'établissement ne justifie pas d'une mise en œuvre effective. La mission relève l'absence de transmission entre les équipes le matin. La recommandation est maintenue.
8 Des audits sur le remplissage optimal du logiciel de soins devraient pouvoir être effectués, en lien avec le référent qualité régional.	cf. p. 14	Vous trouverez en Annexe 47 l'extraction du dernier audit process mené par le Responsable Soins Régional.	La mission constate la mise en place d'un audit mensuel depuis le mois de février 2022. La recommandation est levée.
9 Une communication régulière ainsi qu'un affichage des calendriers et des comptes-rendus des différentes instances devraient être prévus au sein de l'EHPAD.	cf. p. 14	Vous trouverez en Annexe 48 les comptes rendus des instances réalisées cette année. En raison de la fragilité de notre CODIR (absence Responsable Hébergement, Animateur, MEDEC), toutes les instances annuelles ne sont pas programmées. Nous ferons de notre mieux afin d'en réaliser le maximum. Le planning sera actualisé et complété après l'arrivée de ces professionnels.	La mission prend acte des éléments transmis. La recommandation est maintenue.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Éléments de réponses de la Direction	Décision au terme de la procédure contradictoire
10 Le registre des valeurs devrait être renseigné par toute personne extérieure à l'établissement.	cf. p. 16	Le registre des visiteurs est systématiquement renseigné. Le jour de l'inspection, notre agent d'accueil, intimidée, a en effet oublié de vous demander de le renseigner. Vous trouverez en Annexe 49 une copie de ce registre du 16 au 20/06.	La mission prend acte des éléments transmis. Le mission tient à rappeler que les pages du registre doivent être numérotées. La recommandation est maintenue.
11 L'organisation des réunions de PVI devrait être revue afin de permettre à l'ensemble des référents de l'usager d'y participer.	cf. p. 16	L'ensemble des intervenants participant aux réunions des PVI, tous les jeudis à 15h (Psychologues, Doc, Ergothérapeute, aide soignant IDE), également l'animatrice et le responsable hébergement selon la pertinence et éventuellement des stagiaires. N'ayant pas de MEDEC, il est normal que ce praticien n'appartienne pas sur ces feuilles d'émergence. De plus, nous portons à votre attention, la très bon score de suivi des PVI de notre établissement (87,9%). Vous trouverez une extraction des Indicateurs qui en atteste. Nous vous joignons également, le déroulement du processus et l'analyse du pilotage réalisés pour l'année 2021. Enfin, vous trouverez le planning prévisionnel des PVI des 3 prochains mois. L'ensemble de ces justificatifs se trouvent en Annexe 60-1.	La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.
12 L'établissement devrait mettre à jour les dossiers usagers, s'assurer de la concordance des différents supports et que tous les documents contenus dans le dossier concernent bien le même résident. En ce sens, l'établissement devrait pouvoir justifier d'un exemplaire du PVI actualisé et signé par le résident ou son représentant. Il en de même s'agissant du contrat de séjour.	cf. p. 16	Nous avons programmé pour le mois de septembre, une remise en conformité de tous les dossiers résidents. Nous reprendrons les dossiers, les uns après les autres afin de régulariser leur contenu. Les dossiers des derniers entrants sont en règle. De plus, nous avons recruté une secrétaire médicale sur un mi-temps afin de nous aider dans cette gestion. Nous rencontrons parfois des difficultés à récupérer les avenants que nous laissons aux familles ou tuteurs qui ne sont pas souvent présents sur l'établissement, des relances sont faites régulièrement auprès d'eux. Vous trouverez en Annexe 60-2 les avenants PVI du mois de mai ainsi que le tableau ce suivi d'envoi des avenants.	La mission prend acte des précisions apportées. Les mesures envisagées ne sont pas encore effectives. La recommandation est maintenue.
13 Le gestionnaire doit informer le résident et son représentant légal sur les dispositions relatives à la personne de confiance et sur les directives anticipées. Cette information pourrait ré-intervenir lors de l'actualisation du PVI.	cf. p. 16	L'absence du MEDEC ne nous aide pas dans le recueil des directives anticipées. Toutefois, cette information est bien annexée au contrat de séjour. L'information sur la personne de confiance est également dans le contrat de séjour. Le Directeur prendra un temps à chaque entrée, afin d'en expliquer le sens au résident et ses proches.	La mission prend acte des précisions apportées. Elle souligne que la psychologue de l'établissement pourrait sans doute réaborder ce point avec ou sans médecin dans le cadre de l'actualisation du PVI. La recommandation est maintenue.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Éléments de réponse de la Direction	Décision au terme de la procédure contradictoire
La thématique des EI, EIG, et EIGS devrait être renforcée avec notamment: - la sensibilisation des professionnels à la culture du signalement; - la formation des professionnels en matière de signalement des EI, EIG et EIGS; - un suivi qualité sur cette thématique devrait être mis en place, en lien avec la Direction Régionale.	cf. p. 18	Un accompagnement mesuré avec la Responsable Qualité Opérationnelle pour animer le COPIL est initié depuis le 01/04. Pas de réunion en mai, car Directeur en arrêt. Nous avons planifié mensuellement les réunions : 13/07, 14/09, 12/10, 16/11, et 14/12. Les journées d'interventions permettront de planifier des temps de formations /sensibilisations auprès des équipes et analyses des EIVREC.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions projetées. La recommandation est maintenue.
Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'établissement devrait mettre en place des groupes d'analyse de la pratique.	cf. p. 18	L'établissement va proposer en interne des dates à ses salariés, afin de réaliser des groupes d'analyse de la pratique professionnelle. Ces rencontres sont planifiées les 12 et 19/09. Vous trouverez en Annexe 51, l'information à destination de nos équipes.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions projetées. La mission souligne l'enjeu de privilégier l'animation de ces groupes d'analyse de la pratique par un professionnel extérieur et avec une périodicité régulière au cours de l'année. La recommandation est maintenue.
Les modalités d'information des résidents, leurs familles ou représentants, pour le dépôt des réclamations auprès de l'établissement et des autorités compétentes devraient être revues.	cf. p. 18	Vous trouverez dans l'Annexe 26 la transmission aux CVS, ainsi qu'aux familles lors de l'envoi du compte rendu, des interlocuteurs compétents en interne. L'affichage va être revu afin que tous les interlocuteurs internes et externes apparaissent bien sur un même document. Nous allons également déployer des cahiers pour nos résidents, disponibles dans chaque étage.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions futures. La recommandation est maintenue.
Un soutien psychologique pour les professionnels, des résidents et les familles pour les EIG le nécessitant devrait être mis en place.	cf. p. 18	Les psychologues se tiennent à la disposition de nos professionnels, familles et résidents en cas de besoin. Nous avons attaché un courrier en salle de pause sur la disponibilité de nos psychologues pour nos équipes (Annexe 52). Vous trouverez en Annexe 53, l'extraction interne du dernier EIG de 2021, démontrant bien la disponibilité et le soutien immédiat des psychologues et de la direction.	La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Éléments de réponse de la Direction	Décision au terme de la procédure contradictoire
18 Le gestionnaire est invité à installer un abri destiné à protéger les fumeurs en cas d'intempéries.	cf. p. 22	Nous allons installer une marquise au dessus de la porte d'accès principal de la terrasse.	La mission prend acte de l'action à venir. La recommandation est maintenue.
19 Afin d'assurer la confidentialité des dossiers de soins des usagers et des dossiers RH des professionnels, il convient de remplacer les armoires par des armoires sécurisées.	cf. p. 22	Les armoires ont été remplacées, les dossiers sont sécurisés (Annexe 11).	La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.
20 Conformément aux objectifs CPOM, il est attendu du gestionnaire la mise en place d'actions collectives favorisant la confidentialité. En ce sens, la mission relève qu'une action de végétalisation des terrasses pourrait s'entendre en lien avec les résidents.	cf. p. 22	La terrasse a commencé d'être aménagée par nos soins, afin de la rendre plus agréable pour nos résidents et familles (Annexe 64). Dans la continuité, nous avons fait appel aux "Cartées Sauvages", afin d'y aménager un potager et d'aménager des activités avec nos résidents et familles. Une réflexion est en cours (Annexe 65).	La mission prend acte des précisions apportées et souligne l'initiative de mettre en place une activité autour d'un potager. La recommandation est levée.
21 Il convient que le gestionnaire retrace le processus de livraison avec son prestataire afin que le linge plat des résidents et que les tenues professionnelles réceptionnées soient conformes aux bordereaux de livraison du fournisseur. Et ce, pour ne pas perturber l'activité des personnels.	cf. p. 22	Nous utilisons un stock de secours et il y a une livraison systématique des articles manquants le jour J ou le lendemain maxi, samedi inclus. Toutes les livraisons sont vérifiées et la traçabilité conservée : commandes + bordereaux de livraison. Le stock de secours est accessible à nos équipes, même le weekend.	La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.
22 Selon les recommandations de la HAS, les dossiers de liaison d'urgence (DLU) des résidents devaient être complétés et/ou mis à jour afin de garantir le suivi en cas d'hospitalisation.	cf. p. 26	Nous complétons les dossiers des résidents afin que les DLU soient à jour. En priorité, notre secrétaire médicale renseigne la partie administrative. Vous trouverez en Annexe 58, le DLU à jour d'un des derniers résidents entrant.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions en cours. La recommandation est maintenue.
23 Le positionnement du coffre à toxiques dans le local de soins devrait être revu afin de garantir la sécurité des professionnels. Le coffre à toxiques ne devrait pas servir de lieu de stockage pour du petit matériel ou des médicaments et le carnet à souche devrait être à l'intérieur du coffre.	cf. p. 26	Le positionnement du coffre à toxique a été revu (Annexe 14). Les règles d'usage sont appliquées.	La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

Recommandations envisagées		Réf. rapport	Éléments de réponse de la Direction		Décision au terme de la procédure contradictoire
24	L'établissement devrait s'assurer que chaque résident ait un médecin traitant, notamment les résidents en hébergement temporaire suite à une hospitalisation.	cf. p. 26	L'arrivée de notre Médecin Prescripteur nous permet d'assurer le suivi médical des résidents qui n'avaient pas de médecin traitant.		La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.
25	La date d'ouverture des façons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.	cf. p. 28	Un rappel a été fait à nos équipes sur les bonnes pratiques concernant ce sujet. Vous trouverez en Annexe 87 la feuille d'émargement.		La mission prend acte des précisions apportées. La recommandation est levée.
26	Les contentions des résidents telles que les barrières de lit devraient être prescrites par un médecin et discutées en équipe, selon les recommandations de la HAS.	cf. p. 28	Une commission contention a eu lieu en date du 28/03 afin d'établir une liste de résidents devant en bénéficier en équipe pluridisciplinaire (Annexe 68). Les prescriptions sont ensuite mises à jour par nos médecins traitants.		La mission prend acte des précisions apportées mais constate qu'aucune périodicité ni aucun contrôle des mises à jour ne sont apportés. La recommandation est maintenue.
27	La dignité des résidents devrait être respectée en les habillant avec des vêtements de ville, ce qui pourrait améliorer leur désorientation.	cf. p. 28	Nous oeuvrons quotidiennement afin d'envoyer les mauvaises pratiques. Il est en effet anormal, que nos résidents puissent se retrouver en vêtement de nuit à 18h00. Nous contrôlons et faisons des rappels lors de nos points quotidiens.		La mission prend acte des précisions apportées mais constate qu'aucune disposition n'a été mise en place. Des actions de formation à la bientraitance devraient être réalisées, en partant de cas cliniques tels ceux de [redacted] La recommandation est maintenue.
28	Le temps de mise au fauteuil des résidents devrait être amélioré. Plusieurs résidents ne sont mis au fauteuil que peu de temps au cours de la journée.	cf. p. 28	Idem. Nous sensibilisons sur l'importance d'effectuer les transferts et changements de position.		La mission prend acte des précisions apportées mais constate qu'aucune disposition n'a été mise en place. Des actions de formation à la bientraitance devraient être réalisées, ici aussi en aidant de cas cliniques tels ceux de [redacted] La recommandation est maintenue.



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

Recommandations envoyées	Réf. rapport	Éléments de réponse de la Direction	Décision au terme de la procédure contradictoire
29 Le nombre de personnes mangeant en chambre le midi et le soir est très important. Une grande partie de ces personnes mangent dans leur lit ce qui favorise les troubles de déglutition.	cf. p. 30	En lien avec la réorganisation initiée, nous sommes en cours d'élaboration d'une liste de résidents pouvant manger au restaurant ou dans les parties communes des étages. En parallèle, nous avons demandé aux médecins traitants d'établir une liste de résidents pour qui le repas au lit est nécessaire, pour des raisons de confort ou médicales. Nous ne manquerons pas de déployer cette nouvelle organisation dans les plus brefs délais.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions en cours. La recommandation est maintenue.
30 Les résidents qui ne mangent pas en salle à manger du rez de chaussée devraient être davantage encouragés à manger.	cf. p. 30	En lien avec la remarque précédente, nous allons revoir les fiches de poste de nos soignants, afin de formaliser le moment de "l'aide au repas".	La mission prend acte des précisions apportées et des actions en cours. La recommandation est maintenue.
31 Les toilettes au lit devraient relever d'une décision collégiale et/ou d'un souhait du résident et qui devrait faire l'objet d'une toilette évaluative par un professionnel paramédical.	cf. p. 30	Nous n'avons pas encore déployé la toilette évaluative. Nous travaillons sur une organisation avec notre ergothérapeute afin de pouvoir mener cette mission, en collaboration avec nos soignants. Nous formaliserons cette organisation et nous la diffuserons auprès de nos équipes.	La mission prend acte des précisions apportées et des actions en cours. La recommandation est maintenue.

