

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)**
Korian Magenta
54 rue des Vinaigriers
N° FINESS 750038564

RAPPORT D'INSPECTION
N° 2023-IDF- 00422
Contrôle sur place le 23/02/2023

Mission conduite par

- Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale ;
- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission
- Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris
- Madame Yamina NOURI, chargée d'inspection désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique

<u>Textes de référence</u>	<ul style="list-style-type: none">- 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.133-2 du Code de l'action sociale et des familles
-----------------------------------	---

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...);*
 - *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - *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 disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discréetion 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

Introduction	7
Contexte de la mission d'inspection	7
Modalités de mise en œuvre	7
Présentation de l'établissement	8
Constats	10
I. Gouvernance	11
A. Conformité aux conditions de l'autorisation	11
B. Management et Stratégie	11
1. La gouvernance	11
2. Les astreintes	11
C. Les outils de pilotage	12
1. Le règlement de fonctionnement	12
2. Le projet d'établissement	12
3. Le plan bleu	12
4. Les réunions institutionnelles	13
5. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)	13
D. Gestion de la qualité	14
1. La démarche qualité	14
2. L'évaluation	14
3. La promotion de la bientraitance	14
E. Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables	15
1. La gestion des réclamations des résidents et des familles	15
2. Les EI et EIG	15
II. Fonctions support	17
A. Gestion des ressources humaines	17
1. La situation générale des effectifs	17
2. Les recrutements et la formation	17
3. L'accompagnement des nouveaux salariés	18
4. Le climat social	18
B. Gestion d'information	18
C. Bâtiments, espace extérieurs et équipement	19
III. Prise en charge	20
A. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	20
1. Admission	20
2. Projet de vie individualisé (PVI)	20

B. Respect des droits des personnes	20
C. Vie sociale et relationnelle	21
1. Restauration	21
2. Animation	22
D. Vie quotidienne et hébergement	22
1. Le linge	23
2. Les soins de nursing/changes	23
IV. Les soins	24
A. L'équipe de soins	24
1. Le médecin coordonnateur (MedCo)	24
2. L'infirmière coordinatrice (IDEC)	24
3. Les infirmiers diplômés d'état (IDE)	24
4. Les aides-soignants	24
B. L'équipe para médicale	25
1. Le psychologue	25
2. Les kinésithérapeutes	25
3. La diététicienne	26
4. L'orthophoniste	26
C. Les soins délivrés	26
1. La prise en charge nutritionnelle	26
2. Soins de peau (plaies et escarres) et suivi de la douleur	28
3. Prévention des chutes	28
4. Les soins bucco-dentaires	28
D. L'organisation des soins	28
1. Le poste de soins	28
2. Le dossier individuel du résident	28
E. Traçabilité	29
1. L'organisation du travail des équipes soignantes	29
2. Les transmissions	29
1. La pharmacie	29
2. Le circuit du médicament	30
V. Relations avec l'extérieur	31
Conclusion	32
Glossaire	33
Récapitulatif des écarts et des remarques	34
Annexes	35
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	35

Introduction

Contexte de la mission d'inspection

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

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

Les informations connues par l'ARS ont conduit à l'inscription de l'EHPAD Korian Magenta, situé 54 rue des Vinaigriers 75010 Paris, n° FINESS 75 003 856 4, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

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

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 une catégorie de risque élevé.

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 23 février 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

Il a été réalisé conjointement par l'ARS et par la Ville de Paris. Concomitamment, des agents de la DRIEETS ont réalisé un contrôle dans le cadre de leurs attributions.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT

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

PRISE EN CHARGE

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

SOINS

13. L'équipe de soins
14. L'équipe paramédicale

Les soins délivrés

15. La prise en charge nutritionnelle
16. Soin de peau (plaies et escarres) et suivi de la douleur
17. Prévention des chutes
18. Soins bucco-dentaires

L'organisation des soins

19. Traçabilité

Le circuit du médicament

RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

20. Les partenariats
21. La prise en charge de l'urgence

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 54 rue des Vinaigriers 75010 Paris, l'EHPAD KORIAN Magenta est géré par le groupe KORIAN dont le siège est situé 21-25 rue Balzac, 75008 Paris.

Par arrêté conjoint de l'Agence régionale de Santé Île de France et de la Maire de Paris en date du 4 novembre 2015, l'établissement dispose de 99 places d'hébergement permanent.

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

L'EHPAD est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées. Une Unité de Vie Protégée (UVP) située au 3ème étage et composée de 12 chambres est dédiée à ces résidents.

Selon l'ERRD 2022, [REDACTED]

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

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD KORIAN Magenta	[REDACTED]				
IDF ²	18%	40%	18%	17%	7%

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est de 1 909 119,47 € en 2022, dont 68 743,13 € au titre de la dépendance et 1 840 376,34 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 1^{er} juin 2019. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

1. Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables ;
2. Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;
3. Améliorer la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer ;
4. Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents ;
5. Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD ;
6. Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge ;

L'EHPAD participe à l'expérimentation IDE de nuit mutualisés sur 5 EHPAD KORIAN : [REDACTED]

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

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	KORIAN MAGENTA		
Nom de l'organisme gestionnaire	KORIAN		
Numéro FINESS géographique	750038564		
Numéro FINESS juridique	250018025		
Statut juridique	Privé à but lucratif		
Option tarifaire	PARTIEL		
PUI	NON		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée ³
	HP ⁴	99	99
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	L'EHPAD n'est pas habilité à l'aide sociale		

Dernier PMP Validé le 03/10/2012

Dernier GMP Validé le 21/09/2016

Dans le cadre des négociations du CPOM conclu le 16 juillet 2019, l'EHPAD aurait dû faire l'objet d'une nouvelle validation du PMP et du GMP. Celle-ci n'a pu avoir lieu en l'absence de médecin coordonnateur en 2017 et de réponse à un courriel en date du 08 mars 2019. Compte tenu de l'ancienneté de la validation de la dernière coupe PATHOS (10 juillet 2012), il a été proposé à l'EHPAD par courrier du 21 août 2019, plusieurs dates permettant la validation d'une nouvelle coupe PATHOS et GMP.

L'EHPAD n'a pas donné suite.

Ecart n°1 : L'absence de validation de coupe PMP et GMP dans le cadre de la conclusion du CPOM 2019-2023 contrevient à l'article R 314-170 du CASF. La coupe PATHOS datant de plus de 10 ans, elle ne rend pas compte du besoin en soin de l'EHPAD à ce jour.

³ Au jour du contrôle sur place

⁴ Hébergement permanent

Constats

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

Consignes de lecture :

Écart : toute non-conformité à une référence juridique.

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

Il est à noter que les constats de ce rapport sont uniquement ceux dressés par les inspecteurs de l'ARS et de la Ville de Paris. Ils ne prétendent en rien à ceux réalisés par les agents de la DRIEETS, notamment en ce qui concerne les conditions de travail. Une visite complète du bâtiment ayant également été effectuée le même jour par ces derniers, l'ARS et la Ville de Paris renvoient le gestionnaire aux conclusions formulées par la DRIEETS pour ce qui relève de leur champ de compétence.

I. Gouvernance

A. Conformité aux conditions de l'autorisation

L'EHPAD « Korian Magenta », crée par arrêté conjoint du Préfet de Paris et du Maire de Paris en date du 9 septembre 1997, est géré par le groupe Korian.

La capacité autorisée est de 99 places d'hébergement permanent.

Le jour de la visite d'inspection, 90 résidents étaient présents dans l'établissement, soit un taux d'occupation de

B. Management et Stratégie

1. La gouvernance

La directrice de l'EHPAD « Korian Magenta » exerce ses fonctions depuis le [REDACTED] Elle est titulaire d'un master

Sa fiche de poste est la fiche de poste standard commune à l'ensemble des directeurs du groupe Korian. Elle dispose également d'une délégation de pouvoir et de signature de la part du directeur régional IDF Nord en matière de :

- Hygiène, santé et sécurité,
- Droit social,
- Droit de la concurrence,
- Immobilière et environnementale,
- Droit de la santé,
- Lutte contre les atteintes à la probité,
- Protection des données personnelles,
- Droit de la personnalité.

L'adjointe de direction, Responsable Relations Familles, dispose quant à elle d'une délégation de pouvoir de la directrice l'autorisant à signer en son absence tout document permettant d'assurer la gestion quotidienne de l'établissement. Sa fiche de poste a également été transmise.

L'infirmière diplômée d'état en charge de la coordination (IDEC) est présente dans l'établissement depuis [REDACTED]. Son diplôme d'infirmier ainsi que son master [REDACTED] ont été transmis.

Le médecin coordonnateur est quant à lui présent à hauteur de [REDACTED] d'après l'organigramme de l'établissement.

Son diplôme de médecin ainsi que son diplôme de [REDACTED] ont été communiqués.

Le médecin coordonnateur est présent sur l'EHPAD 3 jours par semaine : les mardi, mercredi et jeudi de 9h00 à 18h30. Elle ne participe pas à l'astreinte mais reste joignable si besoin.

L'organigramme est affiché près des vestiaires du personnel.

2. Les astreintes

Des astreintes administratives sont assurées par le directeur, l'IDEC, la responsable relation famille et accessoirement par le responsable technique. La direction a transmis un tableau des astreintes pour la période septembre 2022 – février 2023. Il est à noter que le responsable hôtelier, poste vacant le jour de la visite, a vocation à participer également aux astreintes.

L'essentiel des astreintes est partagé entre la directrice et l'IDEC.

La direction a précisé qu'un week-end sur 6, un membre du CODIR était présent sur l'établissement.

Une procédure de permanence de direction en cas de congés de la directrice a été transmise : Elle prévoit la présence sur site de la responsable relations familles. Par ailleurs, une direction de Paris supervise le site à distance et in situ et la Directrice Adjointe Régionale ou le Directeur Régional est joignable directement sur la période.

C. Les outils de pilotage

1. Le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement est daté du 12 juillet 2022. Il précise dans son préambule qu'il est remis avec le contrat de séjour à chaque résident. Il est rangé dans un classeur disposé sur la banque d'accueil dans le hall d'entrée.

S'il ne précise pas les sanctions prises en cas de faits de violence sur autrui, il décrit une procédure (un rendez-vous, puis une résiliation du contrat de séjour en cas de manquements répétés).

S'il liste les mesures qui seraient prises en cas de situations exceptionnelles, il ne précise pas les conditions dans lesquelles elles devront être levées.

2. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement n'est pas encore validé, il est en phase de finalisation : il porte sur les années 2023 à 2028⁵. Il énonce dans son préambule qu'il a été construit avec l'ensemble des équipes. Une stagiaire a été chargée par la direction d'organiser une à deux journées de brainstorming avec les équipes. Certains salariés rencontrés par la mission d'inspection n'en connaissent ni l'existence, ni les axes principaux.

Il est indiqué dans le projet d'établissement qu'un comité de pilotage se réunit chaque mois afin de suivre l'évolution du projet d'établissement. Sa composition n'est pas précisée.

Le projet d'établissement se décline en 4 axes stratégiques :

- Axe 1 : Parcours du résident au sein de l'établissement depuis son entrée jusqu'à sa sortie,
- Axe 2 : Projet d'animation et thématique de la restauration,
- Axe 3 : Dimension partenariale (liens avec les autres ESMS du territoire, CPTS, services de tutelle, établissements scolaires notamment),
- Axe 4 : Qualité de vie au travail.

Il contient 6 annexes : le livret d'accueil, la procédure d'admission du résident, le projet TNM (thérapies non médicamenteuses), le projet UVP, une cartographie des processus Management, accompagnement et support, et enfin les partenaires de l'établissement.

La mission constate cependant :

- Un manque de précision dans la présentation de l'équipe de direction de l'établissement (le rôle et la place de chacun),
- L'absence de précision sur la composition des réunions de pilotage de la structure (Comité éthique et bientraitance, CODIR, COPIL, commissions animation et menus),
- L'absence de formalisation du projet de soins et du projet d'animation,
- L'absence de formalisation de la place des familles et des aidants,
- L'absence de formalisation d'une démarche qualité,
- L'absence de formalisation d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Il a été indiqué lors du CVS du 17/01/2023 qu'une fois validé, ce projet sera à disposition des résidents et de leurs proches.

Les représentants des familles ont fait part à cette occasion de leur souhait que ce projet soit diffusé dès que possible pour examen en CVS.

3. Le plan bleu

Le plan bleu transmis à l'équipe d'inspection est daté du 26 mai 2022. Il inventorie le stock de crise, caractérise les risques majeurs, cadre la maîtrise du risque infectieux. La rupture en électricité est estimée comme étant d'un niveau de gravité peu élevé (2) alors que l'établissement ne possède pas de groupe électrogène et qu'il a été exposé à une coupure d'électricité en décembre 2022.

⁵ Le précédent projet portait sur les années 2017-2021.

Les procédures suivantes sont mentionnées mais n'ont pas été communiquées à la mission :

- La procédure en cas de rupture de flux (électricité, eau potable, etc.),
- La procédure de préparation et de gestion d'une évacuation de l'établissement,
- La procédure de gestion des décès massifs.

La fiche « synthèse du plan bleu » est affichée dans l'établissement.

Ecart n° 2 : Le plan bleu n'est pas conforme à l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28/11/2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations exceptionnelles au sein des EHPAD.

4. Les réunions institutionnelles

Un CODIR se tient tous les mercredis matin. Il est composé de la directrice, la responsable relations familles, l'attachée de direction, l'IDEC, le médecin coordonnateur, la psychologue, la responsable hébergement, le responsable technique et la cheffe de cuisine.

Les thématiques régulièrement traitées sont :

- Les admissions, les sorties et les hospitalisations,
- Les ressources humaines (mouvement du personnel, postes à pourvoir, permanences et astreintes),
- Les soins (points particuliers concernant des résidents, etc.),
- Les formations,
- L'hôtellerie et la restauration,
- L'animation et la vie sociale,
- Travaux/technique et maintenance.

Les comptes rendus de ces réunions pour la période 2021-2023 ont été transmis.

Des réunions sont prévues entre l'EHPAD et le groupe dans le cadre de réunions mensuelles avec l'ensemble des directeurs des EHPAD parisiens.

les recrutements des cadres étaient assurés à son niveau après une validation du groupe gestionnaire.

5. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Les dernières élections du CVS ont eu lieu le 13 mars 2020. De nouvelles élections sont prévues en mars 2023.

Compte-tenu du confinement, le règlement intérieur du CVS n'a pu être validé qu'en novembre 2020.

La composition du CVS est conforme à la réglementation.

Le CVS s'est réuni 5 fois en 2021 (dont 2 séances extraordinaires portant sur les mesures liées à la crise sanitaire) et 5 fois en 2022 (dont une séance extraordinaire sur les répercussions du livre « Les Fossoyeurs » et l'état d'avancement des travaux). La séance du mois d'avril 2022 s'est tenue en présence du directeur régional du groupe. Les comptes rendus sont rédigés par la responsable relations familles.

En 2023, il s'est réuni une première fois le 17 janvier.

Les évènements indésirables graves (EIG) survenus durant le 1er semestre 2022 et les réclamations reçues sur cette même période ont été mis à l'ordre du jour du CVS du 08/06/2022.

Il est indiqué que chaque EIG fait l'objet d'un retour d'expérience réalisé en comité de pilotage et qu'un plan d'action doit être mis en place.

Par ailleurs, le compte-rendu précise que « chaque EIG doit faire l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé » mais ne mentionne pas la Ville de Paris.

Ecart n° 3 : Les EIG ne sont pas transmis de manière systématique à l'ARS et à la Ville de Paris conformément aux dispositions de l'article L.331-8-1 du CASF.

Ecart n°4 : Le règlement de fonctionnement du CVS ne fait pas mention du fait que dans le cas où il est saisi de demandes d'information ou de réclamations concernant les dysfonctionnements mentionnés à l'article L. 331-8-1, le président oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits, conformément aux dispositions de l'article D.311-15-II du CASF.

D. Gestion de la qualité

1. La démarche qualité

La démarche d'amélioration de la qualité n'est pas définie dans le projet d'établissement. Le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) porte sur les années 2021-2023 et se compose de 5 axes : Management stratégique et Gouvernance, Qualité de vie au travail, Management de la qualité et des risques, Gestion du risque infectieux, Parcours du patient/résident.

Ce plan est essentiellement nourri de l'audit qualité de Korian, et de l'enquête menée par l'ARS d'octobre 2021 concernant la vaccination des salariés. En revanche, il n'intègre pas les résultats des enquêtes de satisfaction⁶ ni les plans d'actions éventuellement définis suite à des EI (événements indésirables) ou des EIG.

L'audit qualité mené en janvier 2021 et dont les résultats ont été présentés au CVS qui s'est tenu le 23 mars 2021 fait état d'important turn-over notamment au niveau du CODIR qui constitue un frein dans le suivi rigoureux de ce PACQ.

Afin de mener à bien la démarche, l'établissement a nommé plusieurs référents : douleur, bientraitance, hygiène, santé et sécurité au travail, bonnes pratiques, sûreté et identito-vigilance.

2. L'évaluation

Si la dernière évaluation interne date de 2011, un audit qualité est mené chaque année. Le dernier, daté des 26 et 27 janvier 2023 (audit 360) a été transmis à la mission d'inspection.

Il compte 9 non conformités mineures portant notamment sur l'analyse et la gestion des EI et des réclamations, le circuit du médicament, la traçabilité de l'entretien, la restauration, l'animation, la gestion du système d'information, le circuit du linge et sur la gestion des équipements bio-médicaux.

Plusieurs de ces points étaient relevés dans l'évaluation externe menée en 2013.

Pour rappel, suite à la refonte du processus d'évaluation, la prochaine évaluation de l'établissement est attendue pour le 2nd semestre 2024.

3. La promotion de la bientraitance

Le projet d'établissement ne formalise pas de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Celle-ci n'est pas retenue comme un axe prioritaire.

Cependant, il a été indiqué à la mission que la mise en place d'un Comité Ethique de la Bientraitance avait été acté en Codir la veille de la visite d'inspection.

L'axe 4 du projet d'établissement pose par ailleurs comme objectif d'ici la fin de l'année 2024 de mettre en place des groupes d'analyse de pratique.

L'établissement a nommé un référent bientraitance : il s'agit de la psychologue.

Aucune formation sur la bientraitance n'a été inscrite aux plans de formation 2021, 2022 et 2023. Cependant des actions de sensibilisation sont mises en place par l'établissement.

3 séances de rappels des bonnes pratiques ont porté sur la promotion de la bientraitance en 2022, qui ont touché 24 salariés ; des rappels étaient programmés la semaine du 13 mars 2023.

Remarque n° 1 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée. Les formations sur ce thème sont insuffisantes.

Remarque n° 2 : La mise en place de l'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur à l'horizon 2024 est tardive.

⁶ Source : Audit 360 de janvier 2023

E. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

1. La gestion des réclamations des résidents et des familles

Il n'existe pas de registre de réclamations disponible pour les familles et les résidents. Les réclamations se font par mail ou oralement. Il a été indiqué que les familles peuvent être reçues par la directrice ou la responsable relations familles.

L'équipe d'inspection constate qu'il n'existe pas de registre exhaustif des réclamations au niveau de l'établissement bien que celui-ci soit prévu par le projet d'établissement. Seules sont répertoriées les réclamations transmises par le siège.

Les réclamations semblent être traitées au niveau du CVS au regard des comptes rendus transmis, puis lors des réunions avec les familles qui suivent les séances du CVS. Elles concernent principalement la restauration (qualité des repas, propreté des verres, etc.). Les mesures correctives ont aussi été présentées aux membres du CVS.

Remarque n° 3 : Au jour de la visite, l'établissement ne dispose pas d'un registre exhaustif des réclamations permettant une analyse d'ensemble et l'adaptation de la démarche qualité.

2. Les EI et EIG

Les EI/EIG sont déclarés sur le logiciel [REDACTED]

La direction a transmis une procédure « Les règles d'or de l'EIG » indiquant les « 10 incontournables pour bien gérer l'EIG » (déclaration sur [REDACTED] description factuel et anonymisé de l'évènement, déclaration de l'EIG à l'ARS et à la Ville de Paris, retour d'expérience, etc.).

Un rappel de bonnes pratiques a porté sur les EI et EIG en 2022 et a permis de sensibiliser [REDACTED] personnes ; un autre est programmé la semaine du 6 novembre 2023.

Le PACQ contient un certain nombre d'actions finalisées concernant la connaissance des procédures relatives aux EIG.

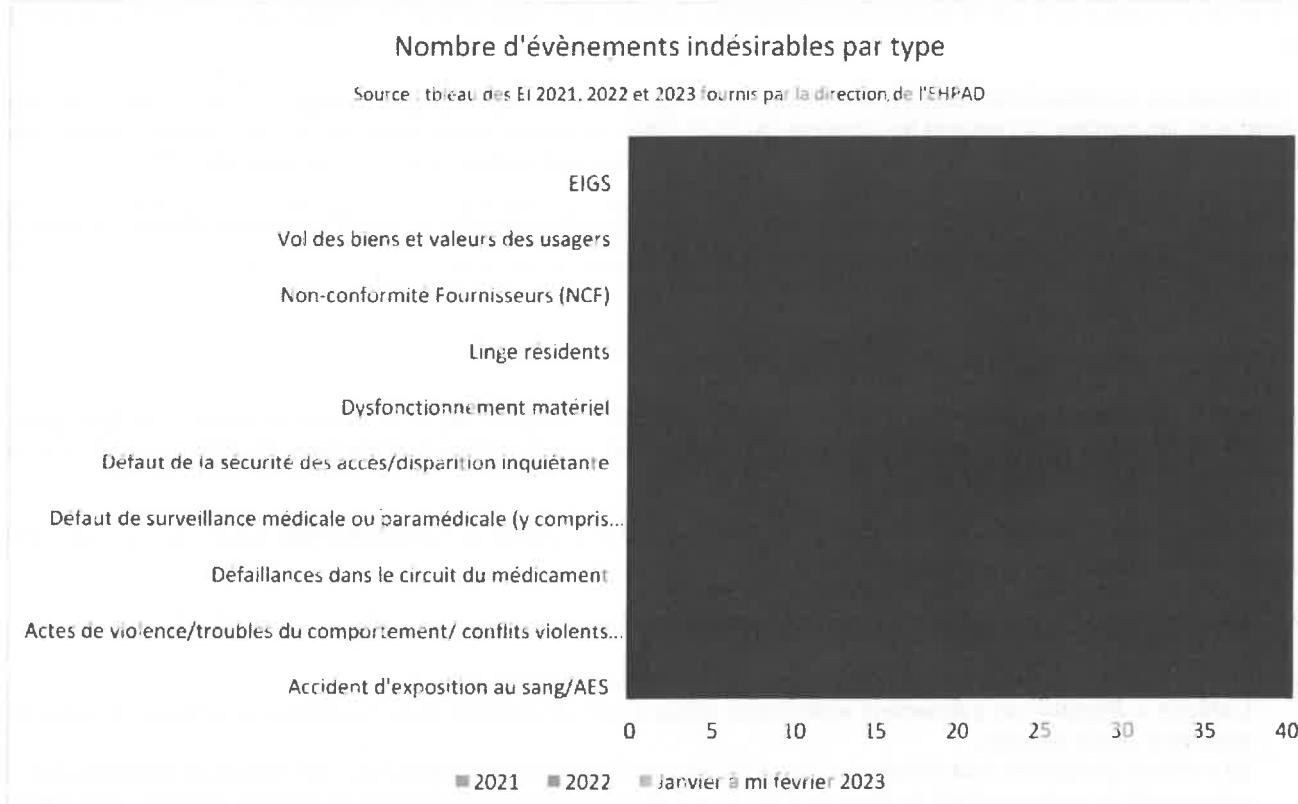
La direction de l'établissement a également transmis à la mission d'inspection :

- L'affiche « Signaler un évènement indésirable grave » qui est affichée dans les locaux communs, la salle de kiné, et le poste de soin.
- La « charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables » également affichée dans l'établissement qui rappelle la responsabilité de chacun mais ne mentionne pas la protection due au salarié, garantie par l'article L.313-24 du CASF.
- La procédure « Alerte, signalement et suivi des évènements indésirables graves et des évènements indésirables graves associés aux soins, datée du 26 août 2022. Celle-ci ne mentionne pas :
 - o La transmission à la Ville de Paris du suivi de l'EIG en cas d'évolution majeure et du retour d'expérience dans les trois mois. (p.3 et p.7),
 - o Les personnes chargées de procéder à l'évaluation du risque,
 - o La transmission à la Ville de Paris des EIG portant sur des actes de malveillance et des comportements violents sur le personnel (p.6),
 - o La clôture par mail, auprès de la Ville de Paris (p.8),
- La procédure » Signalement et traitement d'un évènement indésirable datée du 17 mars 2022 mentionne que le « COVIRIS » (coordination des vigilances et des risques sanitaires, dont les membres sont les membres du CODIR) est chargé d'analyser la récurrence des EI et d'effectuer le bilan des EI une fois par an. La mission d'inspection constate que les EI ne sont pas abordés en Codir (sauf exception), contrairement à la préconisation de la procédure (p.4).

Concernant plus précisément l'analyse des EI et EIG des années 2021, 2022 et début 2023, sur la base des données transmises par l'établissement, un certain nombre de manquements sont relevés :

- Les EI s'ils sont déclarés ne sont pas suivis : pas d'analyses des causes, pas de retour d'expérience, pas de bilan porté sur le tableau ni sur le PACQ.
- Des défauts de catégorisation ont pu être relevés. Pour exemple :
 - o La violence sur autrui n'est pas correctement analysée : ainsi un comportement violent allié à un refus de soin [REDACTED] est classé dans la catégorie « accident corporel lié à une activité de soins »,
 - o Une série de dysfonctionnement lié au linge des résidents est classée dans le processus « achats » alors qu'il existe un processus « gestion de linge »,
- [REDACTED] EIG n'ont pas été considérés comme des EIG : ils n'ont donc pas fait l'objet d'analyse des causes et de retex,
- La récurrence de certains EI n'a pas entraîné une requalification en EIG. Pour exemples, des cathéters obstrués sans bouchon, actes de violence entre résidents.

Le tableau suivant présente les événements indésirables déclarés par type (certaines catégories ont été regroupées afin de faciliter l'analyse). Il est notable que [REDACTED] EI relèvent plus d'une saisine de la direction de l'établissement que d'une déclaration d'événement indésirable car il s'agit pour l'essentiel d'un conflit entre un chef de service et une équipe en 2022. [REDACTED] EI en 2021, [REDACTED] en 2022 et déjà [REDACTED] en 2023 peuvent être considérés comme des actes de violence verbales ou physiques, souvent liés à des troubles du comportement du résident ou à des conflits avec les familles. Or, aucune procédure particulière n'est formalisée pour prendre en charge et accompagner les actes de violences sur autrui.



Remarque n° 4 : La mission constate des défauts en matière de qualification des événements indésirables entre EI et EIG et, plus globalement une insuffisance dans l'analyse des causes et dans l'élaboration des plans d'actions et des retours d'expérience⁷.

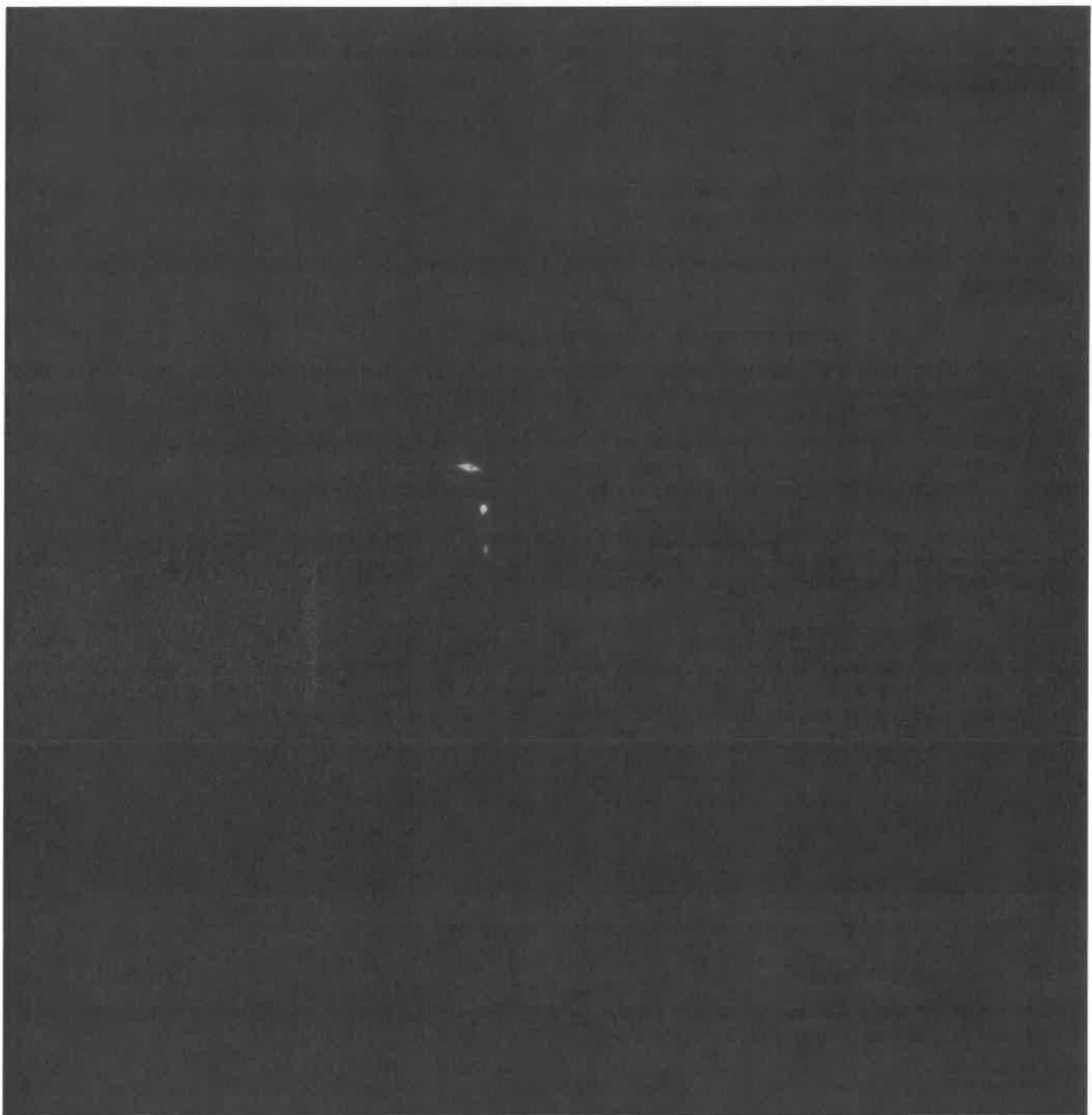
Remarque n° 5: Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement.

⁷ Ceci rejoint le constat de l'audit mené en janvier 2023 qui précise que la définition d'un EIG n'est pas bien connue du personnel.

II. Fonctions support

A. Gestion des ressources humaines

1. La situation générale des effectifs



2. Les recrutements et la formation

L'axe 4 du projet d'établissement qui traite de la qualité de vie au travail porte son attention sur le recrutement en se donnant comme objectif de « stimuler la promotion interne ».

Il a été indiqué à la mission d'inspection que ■ personnes étaient en validation des acquis de l'expérience (VAE) d'aide-soignante, ce qui aux dires de certains personnels n'est pas sans conséquence sur l'organisation de leur travail car ces soignants ne seraient pas systématiquement remplacés.

L'établissement a par ailleurs transmis les plans de développement des compétences 2021,2022 et le plan prévisionnel 2023.

Le plan de formation propose essentiellement des actions de sensibilisation ou des rappels de bonnes pratiques sur des thématiques comme le Projet personnalisé/Projet de soin, la prévention et la prise en charge des chutes, la promotion de la bientraitance, les EI/EIG, la prise en soins de douleur et les soins palliatifs, les contentions, etc.). Certaines sont obligatoires (EI/EIG, prise en soin de la douleur/soins palliatifs, etc.), d'autres sont proposées par le service gestion des risques du siège à la suite d'une analyse des EI/EIG.

Par ailleurs d'autres formations peuvent être organisées et réalisées en interne et/ou organisées avec le concours de [REDACTED]

Un « correspondant des bonnes pratiques » assure le suivi de ces actions de sensibilisation (mise en place du tableau des sensibilisations, suivi des actions réalisés, bilan annuel, etc.).

Les documents transmis ne permettent pas de connaître le nom et la catégorie des personnes formées ni le temps qu'a duré l'action de sensibilisation ou de formation.

Au cours des entretiens, certains professionnels ont évoqué le recours à l'outil de formation déployé par le gestionnaire [REDACTED]

3. L'accompagnement des nouveaux salariés

Un des objectifs de l'axe 4 du projet d'établissement qui porte sur la qualité de vie au travail est de « créer un parcours d'intégration pour les nouveaux salariés » d'ici à la fin de l'année 2023.

L'établissement a transmis une procédure d'accueil du nouveau salarié. Elle prévoit que soit remis au nouveau salarié à sa prise de poste le livret d'accueil, son contrat de travail et sa fiche de poste.

Elle ne précise pas que le règlement de fonctionnement de l'établissement lui est remis.

Par ailleurs, il est indiqué que la [REDACTED] intervient dans la prise en charge de l'intégration du collaborateur. Ainsi, les formations obligatoires réglementaires et internes, ainsi que le programme [REDACTED] (programme d'immersion dans un établissement) sont mis en place.

4. Le climat social

L'axe 4 du projet d'établissement se donne comme orientation d'améliorer la qualité de vie au travail en améliorant le dialogue social, les locaux réservés au personnel, proposant des séances d'activités sportives collectives, en co-construisant les plannings pour mieux concilier contraintes personnelles et nécessité de service.

Il ressort également des entretiens que la direction est à l'écoute, qu'il existe une bonne entente entre les différents collaborateurs même si des tensions peuvent apparaître lorsque le personnel n'est pas en nombre suffisant.

B. Gestion d'information

La liste des personnes qualifiées est disposée dans le classeur posé sur la banque d'accueil dans le hall d'entrée. Celle-ci date du 10 décembre 2010 et n'est donc plus à jour.

Remarque n°6 : La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas la dernière fixée par arrêté conjoint du Préfet de Paris, de la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé Île de France et de la Maire de Paris en date du 14 juin 2022.

C. Bâtiments, espace extérieurs et équipement

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

- Sous-sol : locaux techniques, parking,
- Rez-de-chaussée : accueil, bureau de la directrice, services administratifs, restaurant, salons, lingerie, cuisine, salle de kinésithérapie et 3 chambres,
- 1er étage : 20 chambres, salon d'étage,
- 2ème étage : 23 chambres, salon d'étage,
- 3ème étage : UVP de 12 chambres et unité classique de 10 chambres, salon d'étage, infirmerie,
- 4ème étage : 20 chambres dont 1 chambre double, salon d'étage, salon de coiffure,
- 5ème étage : 10 chambres ainsi qu'une chambre témoin, des bureaux, terrasse.

La mission a pu constater plusieurs manquements en matière d'hygiène et de sécurité des locaux :

- Circuit alimentation et circuit du linge sale qui ne se sont pas complètement dissociés (cf. photos n°1 et 2 en annexe),
- Des manquements en matière de sécurité des locaux tels que des placards électriques non fermées à clefs, portes coupe feu maintenues ouvertes en raison d'un encombrement (cf. photos n°4, 5 et 6 en annexe),
- Des défaillances régulières du système d'appel malade. En effet, les chambres sont équipées de système d'appel malade au lit et dans la salle de bain. Les appels sont suivis d'une sonnerie et d'un signal lumineux au-dessus de la porte de la chambre du résident. Le numéro de la chambre se reporte également sur un bandeau lumineux dans les étages. Toutefois, il ressort des entretiens et de l'étude des EI de 2022 et 2023, l'existence de défaillances régulières du système d'appel malades,
- L'absence d'équipement de système d'appel malade dans l'ensemble des toilettes à destination des usagers.

Ecart n°5 : La mission relève des manquements en matière d'hygiène et de sécurité des locaux ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.

La mission relève que des noms de rue ou d'avenue du 10ème arrondissement sont affichés sur les murs des couloirs des unités de vie. Cela donne un ancrage territorial au lieu de vie. Cependant, un même mur porte deux mentions de rues différentes, ce qui notamment à l'UVP, peut créer de la confusion dans le repérage spatial des résidents.

III. Prise en charge

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

1. Admission

La direction a transmis la procédure d'admission du nouveau résident.

Celle-ci prévoit que le médecin coordonnateur donne son avis sur l'adéquation entre l'état de santé du résident et les capacités de prise en soins de l'EHPAD. C'est la Responsable Relations Familles qui informe le résident ou sa famille de la décision de l'établissement de l'accueillir ou non.

Le règlement de fonctionnement, quant à lui, précise qu'un entretien préalable avec le directeur ou une autre personne désignée par lui est organisé avec le résident seul ou accompagné d'une personne de son choix : l'objectif de ce rendez-vous est de s'assurer du consentement du résident et de l'informer de ses droits (information sur la personne de confiance et les directives anticipées notamment).

Les habitudes de vie du résident sont recensées au moment de l'entrée dans l'établissement lorsque lui sont présentés l'ensemble des animations proposées.

Les dossiers des résidents sont dans l'ensemble bien tenus, néanmoins dans certains d'entre eux la mission d'inspection constate que :

- Les directives anticipées ne sont pas présentes ;
- La désignation de la personne de confiance ne figure pas ;
- Le règlement de fonctionnement n'est pas signé ;
- L'état des lieux n'est pas signé par le responsable légal ;

La mission constate également que certains résidents ont refusé de signer l'avenant de leur contrat de séjour pour cause de changements multiples et répétés de chambre. Cela peut en effet entraîner un manque voire une perte de repère, et tous changements proposés aux résidents doivent être justifiés par la direction.

Ecart n°6 : Le consentement éclairé du résident ou de son représentant légal n'est pas systématiquement recherché lors d'un changement de chambre, ce qui constitue un manquement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.

Remarque n° 7 : La mission constate que certains dossiers administratifs des résidents ne sont pas tenus à jour.

2. Projet de vie individualisé (PVI)

Les projets de vie sont suivis par la psychologue en lien avec les soignants. Il est indiqué dans le contrat de séjour qu'ils doivent être réalisés dans un délai de 6 mois après l'arrivée du nouveau résident et actualisés tous les ans. Les familles sont également sollicitées pour participer à l'élaboration et à l'actualisation des PVI.

Un rétro planning est disponible sur [REDACTED] et actualisé par la psychologue.

Par ailleurs, il a été indiqué que le planning d'élaboration et d'actualisation des PVI était discuté tous les jeudis à 15h avec les kinésithérapeutes et la diététicienne.

Il a également été indiqué à la mission qu'un point spécifique PVI avait été fait en janvier.

L'établissement a transmis le calendrier de suivi des PVI.

Il apparaît que le jour de l'inspection :

- [REDACTED] des PVI sont à jour ;
- [REDACTED] des PVI sont à initier pour des résidents entrés dans la structure entre le 21 novembre 2022 et le 17 février 2023 ;
- [REDACTED] des PVI sont à actualiser.

B. Respect des droits des personnes

L'établissement dispose de locaux permettant l'accueil des proches, des aidants et des bénévoles dans de bonnes conditions.

Il a été indiqué que des réunions avec les familles se tenaient 2 fois par an.

Le contrat de séjour porte les mentions obligatoires.

Le livret d'accueil mentionne que la liste des personnes qualifiées est disponible à l'accueil.

Le projet d'établissement pose dans son diagnostic « une vigilance sur les litiges entre les résidents et les familles » (p.21).

Le livret d'accueil a été mis en jour dans le cadre de réunions avec les résidents⁸.

Les familles font état de défaut d'information dans les prises de décisions médicales. L'établissement a mis en place une permanence téléphonique le mercredi afin qu'un infirmier réponde à toutes les questions posées par les familles.

Les résidents et leur famille sont informés de la possibilité de conserver chéquier, argent liquide, bijoux et tout autre objet précieux dans un coffre mis à leur disposition. Celui-ci se trouve dans le bureau de la directrice. Chaque résident dispose d'une pochette dans laquelle se trouvent ses objets de valeur.

L'équipe d'inspection a également pu vérifier que les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA) étaient disponibles dans le porte documents à l'accueil.

Cependant, la charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas affichée. Elle est annexée au livret d'accueil remis au résident.

Ecart n°7 : L'absence d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie contrevient à l'article L. 311-4 du CASF.

C. Vie sociale et relationnelle

1. Restauration

La restauration est réalisée en interne. Le personnel dédié à la cuisine est de [REDACTED] ETP.

Les heures de repas mentionnées dans le règlement de fonctionnement sont les suivantes :

- 8h15 – 10h00 pour le petit déjeuner : il est servi en chambre
- 12h30-13h30 pour le déjeuner
- 18h30-19h30 pour le dîner.

Les repas sont servis en salle à manger en priorité, voire en chambre selon les souhaits des résidents. L'UVP dispose d'une salle à manger en propre. Il est indiqué à la mission qu'un nombre restreint de résidents fait le choix de déjeuner en chambre.

Hors UVP, les résidents les moins autonomes sont regroupés aux étages 1 et 2 en « salle à manger d'étage ».

La mission a pu constater une organisation défaillante des repas.

En effet, le jour de la visite, alors que la distribution des repas était annoncée autour de 12h15, il a été constaté que les résidents du second étage attendaient toujours leur repas à 12h50.

Certains résidents attendaient leur repas assis sur des canapés sans table ni chaise adaptée au sein d'une tisanerie d'étage.

Par ailleurs, plusieurs plats spécifiques ayant été oubliés, il a fallu renvoyer le chariot en cuisine, gênant l'organisation du repas dans la salle à manger du rez-de-chaussée.

La mission a constaté que l'aménagement des espaces ne permettait pas d'offrir une prise de repas conforme aux recommandations :

La mission d'inspection a assisté à la distribution des repas au rez-de-chaussée. Elle a constaté que les espaces de circulation de la salle à manger du rez-de-chaussée étaient très limités lorsque les tables sont dressées. Le jour de la visite, des résidents assis ont dû être déplacés pour permettre le passage du chariot contenant les repas destinés aux résidents déjeunant en étage.

Remarque n° 8: L'ergonomie de la salle à manger du rez-de-chaussée ne permet pas d'assurer un service de qualité aux résidents sur un seul service.

Remarque n° 9 : L'organisation des repas en étage ne permet pas de garantir la sécurité dans la prise de repas des résidents âgés présentant potentiellement un risque de fausse route.

⁸ Source : CODIR restreint 28 avril 2021

La mission a pu goûter le repas proposé aux résidents le jour de la visite dans ses différentes textures. Elle a pu constater la qualité gustative du repas et le soin apporté à la présentation des textures « haché » et « mixé ».

Le projet d'établissement mentionne une « vigilance sur la qualité des services d'hébergement et d'accompagnement des résidents » (p.21).

L'un des objectifs de l'axe 2 du projet d'établissement est d'améliorer le service restauration et de proposer qu'un membre du CODIR déjeune avec les résidents chaque jour.

2. Animation

L'animation est bien présente au sein de l'EHPAD. Elle est portée par un animateur [redacted]. Il est placé sous la responsabilité directe de la Responsable Relations Familles.

Les plannings des animations de la semaine sont affichés sur l'écran à l'accueil de la résidence et dans les étages (cf. photo n°6 en annexe).

Trois activités sont systématiquement proposées chaque jour, une le matin, puis deux en début et fin d'après-midi. Des partenariats intergénérationnels sont organisés. En cas d'absence de l'animateur, la psychologue prend le relais. Des groupes de paroles sont organisés afin de promouvoir et prévoir les activités avec les résidents.

Il est à noter qu'un petit déjeuner « premium » est prévu chaque mercredi de 8h à 9h45 en lieu et place de l'animation du matin dans le restaurant du rez-de-chaussée.

Il n'y a actuellement pas de projet d'animation, celui-ci est en cours d'élaboration.

Il est à noter qu'il n'est pas prévu d'animation spécifique pour les résidents de l'UVP. Le projet d'établissement en cours de validation prévoit l'inclusion des résidents de l'UVP au programme d'animation comme objectif d'ici la fin de l'année 2023.

Remarque n°10: Il n'y a de projet d'animation formalisé.

Des prestations « bien-être » sont proposées aux résidents : coiffure, pédicure, manucure et épilation. Seuls les tarifs de la coiffure sont disposés dans le classeur posé sur la banque d'accueil, mais ne figure aucun tarif de manucure ni d'épilation.

L'animateur fait appel à des bénévoles pour enrichir le programme d'animation. L'intervention des bénévoles de la paroisse pour accompagner les résidents qui le souhaitent à la messe est mentionnée dans le règlement de fonctionnement.

D. Vie quotidienne et hébergement

Les chambres sont équipées d'une armoire, d'étagères, d'une table, d'une table de chevet, d'un fauteuil et d'une télévision.

Les salles d'eau sont équipées d'une douche, d'un WC et d'un lavabo.

Les résidents ont la possibilité d'amener leur mobilier personnel et de décorer leur intérieur.

1. Le linge

L'établissement propose la prise en charge du linge du résident. Celui-ci est alors traité par un prestataire extérieur. Le linge plat est géré par l'établissement. Lingère est employée dans l'établissement.

2. Les soins de nursing/changes

Les soignants disposent à chaque étage, d'une fiche portant pour chaque résident des indications concernant les protections et s'ils doivent être accompagnés aux toilettes. Cette fiche est accrochée au chariot de soins. Ils disposent également, pour chaque résident de leur étage, d'informations concernant la fréquence des toilettes.

IV. Les soins

A. L'équipe de soins

1. Le médecin coordonnateur (MedCo)

Par ailleurs, elle dispose d'un master

2. L'infirmière coordinatrice (IDEC)

L'IDEC est infirmière coordinatrice

3. Les infirmiers diplômés d'état (IDE)

4. Les aides-soignants

La mission constate que :

- La dénomination ASH/AVS fait craindre un possible glissement de tâches entre les deux fonctions,
- Le tableau de suivi des ETP ASDE/AS/AMP/FFAS/VAE transmis à la mission d'inspection ne précise pas les professionnels en formation ou en VAE,
- La proportion de CDD est importante sur les postes d'AS [redacted] présents au jour de l'inspection.

L'établissement a transmis une fiche de poste d'« aide-soignant référent » chargé d'assurer des fonctions d'encadrement fonctionnel auprès de l'équipe des soignants. Cet AS référent, placé sous la responsabilité de l'IDE, est chargé de veiller à la bonne application des protocoles, à la bonne utilisation des équipements de soins, au réapprovisionnement des stocks, mais aussi à l'intégration des nouveaux salariés et des stagiaires. Il peut, en cas de nécessité, remplacer un AS absent et participer à la prise en soins de 2 résidents. Cette fonction n'apparaît pas dans l'organigramme transmis par la direction. L'AS en charge de ces missions est cependant bien porté au cahier d'émargement le jour de l'inspection.

B. L'équipe para médicale

1. Le psychologue

La psychologue a pris ses fonctions dans l'établissement [redacted]

Son bureau se situe au niveau de l'UVP.

Elle participe à un groupe de travail régional qui se réunit trimestriellement avec les psychologues du groupe sur des thèmes tels que le risque suicidaire, la fin de vie, le pilotage des projets personnalisés et les thérapies non médicamenteuses.

Elle organise des groupes de parole et des formations au sein de la structure pour le personnel de l'EHPAD sur la bientraitance, le risque suicidaire, les troubles du comportement, et des action flash pour apaiser le climat lorsque la situation le nécessite (personnel affecté par un décès par exemple, des troubles du comportement, etc.). Une formation sur les traumatismes a été sollicitée par les équipes à plusieurs reprises mais n'a pas été mise en place à ce jour.

Dans le cadre de la coordination des équipes, elle participe à :

- ✓ La réunion de direction (CODIR) au cours de laquelle peuvent être abordés les EI,
- ✓ La réunion de transmission de l'UVP,
- ✓ La réunion de transmission quotidienne de 30 mn ; elle a pu ainsi sensibiliser l'équipe sur certains points, notamment en janvier sur les projets personnalisés.

Les comptes rendus d'observation et d'évaluation sont consignés sur le logiciel [redacted] et les transmissions se font de manière informelles avec l'équipe de soins.

2. Les kinésithérapeutes

[redacted] kinésithérapeutes interviennent à titre libéral dans l'établissement. Ils interviennent sur prescription du médecin traitant, ou à défaut du médecin coordonnateur, et sont en contact direct avec les familles. Les soins se font en salle et en chambre.

L'un d'entre eux a été rencontré lors de cette inspection.

La salle de kinésithérapie est installée au rez-de-chaussée, en fond de couloir. Cette salle est propre, claire et spacieuse. Elle a été rénovée récemment. Elle dispose d'un lavabo et d'une large paillasse.

Cette salle est dotée de barres parallèles, d'un espalier et de petits équipements : mousses de marche et d'équilibre, galettes, avec un placard de rangement pour le matériel de soins de kinésithérapie. Cette salle est partagée avec les autres kinésithérapeutes intervenant dans l'EHPAD. Il est signalé à l'équipe d'inspection que le gros matériel et notamment le cycloergomètre et la table de kinésithérapie ont été retirés à regret de cette salle depuis les travaux de rénovation sans concertation avec l'équipe de kinésithérapeutes.

Les kinésithérapeutes sont autonomes dans leur organisation. [redacted] d'entre eux exercent leur activité sur un mode individuel strict, l'un d'entre eux organise des séances collectives le jeudi. Ils décrivent des rapports simples avec l'IDEC et le MedCo et des échanges informels avec l'équipe de soin en général pour l'accès aux informations des résidents. Les tarifs appliqués sont affichés dans la salle de kinésithérapie mais il n'a pas été retrouvé de planning affiché dans la salle de soin et /ou dans les étages.

Remarque n° 11 : Les kinésithérapeutes n'affichent pas le planning de leurs interventions.

Les kinésithérapeutes disposent d'un accès individuel au logiciel [redacted] dans lequel ils consignent leurs interventions. Les informations sont incrémentées par bascule de leur logiciel métier de kinésithérapie sur le logiciel [redacted] de l'établissement.

Les bilans fonctionnels sont saisis sur le logiciel métier. Il est rapporté à l'équipe d'inspection que ces bilans sont réalisés systématiquement à l'entrée du résident et revus toutes les [redacted] séances environ.

3. La diététicienne

[redacted] Elle intervient en lien avec la cuisine pour la gestion des régimes ; elle dit réaliser un bilan MINA à tous les résidents à leur entrée puis sur un rythme annuel, voire davantage si besoin.

Elle organise une commission menu qui se réunit tous les 3 mois et qui associe les résidents et leur famille, le chef cuisinier et le responsable hébergement. Elle participe aux réunions organisées par le groupe Korian.

Le contrat entre la diététicienne et l'établissement n'a pas été transmis à l'équipe d'inspection.

4. L'orthophoniste

Une orthophoniste intervient 2 à 3 fois par semaine. Elle reçoit tous les résidents susceptibles d'avoir des troubles de la déglutition.

Le contrat entre l'orthophoniste et l'établissement n'a pas été transmis à l'équipe d'inspection.

Ecart n°8 : Aucun contrat entre les professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD et l'établissement n'a été fourni à l'équipe d'inspection, ce qui contrevient à l'article L.314-12 du CASF.

Remarque n°12 : Le plan de formation à l'attention du personnel soignant est insuffisant.

C. Les soins délivrés

1. La prise en charge nutritionnelle

La diététicienne intervient une fois par semaine pour adapter les repas, les textures et les régimes si besoin, en lien avec l'orthophoniste pour les textures. Il a été précisé à la mission que la prescription des textures et celle des régimes sont réalisées par le MedCo.

Le suivi nutritionnel est consigné sur le logiciel [redacted]. Au niveau de l'UVP une fiche alimentation est affichée, mais aucune fiche similaire n'est affichée au niveau de la salle à manger principale du rez-de-chaussée, ni à chaque étage à destination de l'équipe de distribution des repas (précisant le menu et pour chaque résident concerné, sa chambre, la texture prescrite mixé / haché ; le régime prescrit (diabétique, sans sel, hyper protéinique, etc.). Il en est de même pour la distribution des collations.

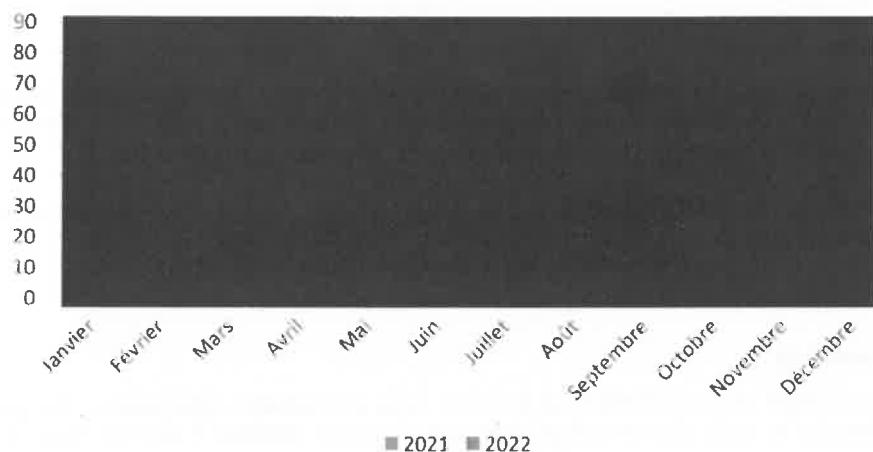
Les alertes relatives à une perte de poids importante sont transmises à la diététicienne puis au MedCo chargé des prescriptions de régime.

Remarque n°13 : Il n'a pas été retrouvé de fiche alimentation au niveau de la salle à manger du rez-de-chaussée et des étages (hors UVP), permettant de recenser et d'indiquer clairement les bénéficiaires de texture haché ou mixé, de régime (diabétique, hyperprotéique, etc.).

En matière de prévention de la dénutrition, la procédure en vigueur est celle d'une surveillance mensuelle systématique du poids des résidents et d'une surveillance de l'albuminémie à l'entrée et sur signe d'alerte.

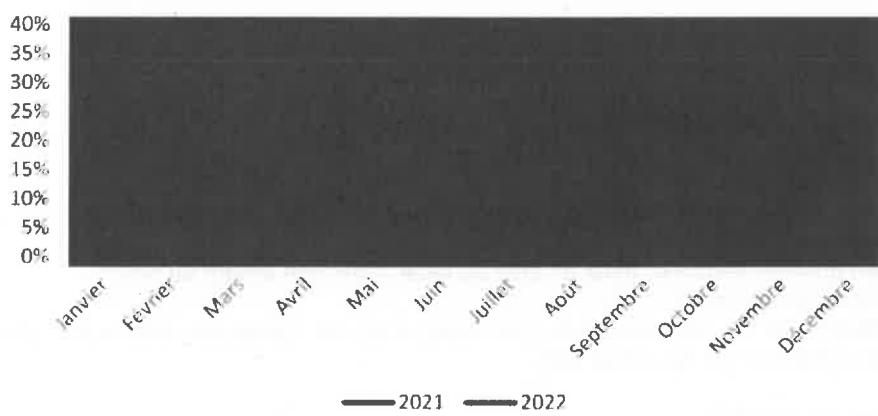
Le suivi des pesées a progressé au cours de l'année 2022.

Nombre de résidents pesés chaque mois



Source : tableau de suivis nutritionnels mensuels

Part des résidents pesés ayant un IMC inférieur à 20



Il a été rapporté à l'équipe d'inspection que des suppléments protéinés étaient distribués sous la forme de matins gourmands, crèmes enrichies au gouter), fromages blancs.

2. Soins de peau (plaies et escarres) et suivi de la douleur

Le plan de formation a permis la montée en compétence de [] professionnels dans ce domaine : [] AS désigné référent « escarres et plaies chroniques » et [] IDE [] diplômée spécifiquement formée aux soins de peau.

L'équipe de soins utilise l'application « plaies et cicatrisation » de [] et fait appel à [] lorsqu'elle souhaite recourir à un avis d'expertise.

Au jour de la visite, le médecin coordonnateur indique que [] résidents reçoivent des soins pour escarre. Elle précise qu'une demande est en cours pour une prise en charge de l'un d'eux par l'HAD [] compte tenu de la sévérité des lésions présentées.

3. Prévention des chutes

La prise en charge en masso-kinésithérapie est assurée par [] professionnels de santé libéraux. Les évaluations et les objectifs de prise en charge sont définis par eux sur prescription des médecins traitants, et à défaut du MedCo. L'ergothérapeute est en charge des mesures de prévention. Un atelier équilibre est organisé le jeudi matin.

Les chutes font l'objet d'un signalement dans le logiciel [] par l'équipe soignante. Une Commission chute se réunit une fois par mois (RETEX, analyse de pratique). []

Pour l'heure, aucune formation n'a été mise en place sur la bonne posture des soignants au sein de l'EHPAD.

4. Les soins bucco-dentaires

Les soins d'hygiène bucco-dentaires font l'objet d'une attention particulière. Une consultation spécialisée chez le chirurgien-dentiste est sollicitée par le MedCo en tant que de besoin selon son examen clinique. Il est fait appel au chirurgien-dentiste installé à proximité.

L'établissement a en projet l'organisation d'ateliers d'hygiène bucco-dentaire et a déposé un projet à l'ARS.

Une formation à l'hygiène bucco-dentaire est organisée annuellement à l'attention du personnel de soins. Cependant, il n'y a pas de référent bucco-dentaire dans l'établissement.

Sur le repérage des troubles de la déglutition aucun protocole ou prise en charge des troubles de la déglutition n'a été fourni à la mission d'inspection.

D. L'organisation des soins

1. Le poste de soins

Il se situe au 4^e étage du bâtiment. Il est sécurisé par code. Le local est propre et organisé.

En termes d'équipement, il contient :

- Un sac à dos d'urgences scellé, vérifié mensuellement et après chaque utilisation. L'équipe d'inspection a vu la fiche de suivi des vérifications,
- Un obus d'oxygène, au sol, en position verticale, dans un coin du local, mais non arrimé au mur,
- Un réfrigérateur avec contrôle de température,
- Deux coffres pour les médicaments de nuit sécurisés par code, avec un cahier de distribution des médicaments de nuit renseigné et signé par les AS et IDE.

2. Le dossier individuel du résident

Une évaluation gérontologique est systématiquement prévue dans le mois qui suit l'admission, étayée des évaluations faites par le kinésithérapeute, la diététicienne et la psychologue.

Des classeurs papier sont disponibles dans le local de soins dans une armoire sécurisée à destination de l'équipe de soins et classés par étage. Ces classeurs contiennent une fiche par résident qui présente les éléments clés de son projet de soin individualisé. Il existe par ailleurs un classeur DLU par étage entreposé dans cette même armoire.

Les contentions font l'objet de prescriptions médicales systématiquement. Le MedCo signale qu'environ [REDACTED] sont à l'initiative du résident lui-même. L'établissement a mis en place une commission contention qui se réunit 1 fois par mois pour suivre et ajuster les prescriptions s'il y a lieu. Selon les données fournies, [REDACTED] des résidents ont été sous contention en 2022.

E. Traçabilité

Le logiciel utilisé pour la prise en charge des résidents est le logiciel [REDACTED]. Chaque personnel contribuant à la prise en charge dispose d'un accès personnel avec des droits propres spécifiques à sa qualification professionnelle.

Le dossier médical partagé est saisi sur le logiciel [REDACTED] ainsi que tous les éléments constitutifs de la prise en charge et le dossier de liaison d'urgence.

1. L'organisation du travail des équipes soignantes

L'AS référent travaille de 9h00 à 17h00 avec une heure de pose. Le jour de l'inspection, selon le planning du mois de février transmis à l'équipe d'inspection, toutes les autres soignants étaient sur le cycle 8h00-20h00.

Il existe un roulement des personnels. Chaque AS/AES reste 4 mois sur un étage.

Les résidents ne disposent pas d'un référent identifié.

2. Les transmissions

Le personnel de nuit finissant à 8h00, l'organisation prévoit un temps de transmission orale entre équipe de nuit et équipe de jour le matin de 7h30 à 8h00 et le soir de 19h30 à 20h00.

Il est indiqué à l'équipe d'inspection que des transmissions quotidiennes orales inter équipe ont lieu à 16 heures tous les jours avec l'équipe de soins.

Les transmissions sont saisies individuellement dans le logiciel [REDACTED] en cas d'évènement important (chute, selles liquides ou semi liquides, altération de l'état général, etc.).

La traçabilité des soins est consignée sur le logiciel [REDACTED] par les soignants, accessible sur les étages. Les transmissions sont principalement orales. Lorsqu'une transmission est formalisée, elle l'est directement sur le logiciel [REDACTED]

Dans le cadre de la coordination des soins, les équipes se réunissent régulièrement :

- Les jeudis 9h15 tous les 15 jours : staff para médical,
- Les lundis et mercredi 10h30 : brief info générales,
- Un point hebdomadaire est organisé avec l'EMG [REDACTED]

A. Le circuit du médicament

1. La pharmacie

La pharmacie est située à proximité immédiate du poste de soins dans un local séparé et sécurisé, accessible aux seuls IDE et MedCo.

Une armoire contient des boîtes individuelles identifiées par trois traits d'identité : nom, prénom et chambre du résident pour les médicaments hors pilulier. Cette armoire contient aussi une réserve de médicaments. Le stock tampon est stocké dans des boîtes en hauteur.

Les piluliers de la journée en cours sont stockés dans les chariots de distribution des médicaments (un chariot par IDE).

Une armoire sécurisée est à la disposition des soignants dans la salle de soins pour l'accès aux morphiniques avec des fiches de traçabilité à l'attention des IDE chargés de la délivrance.

2. Le circuit du médicament

Une convention a été signée en juillet 2021 avec une officine située dans le 19^e arrondissement. Il est signalé qu'elle mentionne en page 10 la présence d'un cadre de santé de l'EHPAD et en page 21 d'un référent de l'EHPAD qui ne sont plus en poste : il conviendrait donc de la mettre à jour.

Les prescriptions sont faites et renouvelées par les médecins traitants. Le MedCo intervient en cas d'urgence et pour les quelques résidents en attente de désignation de médecin traitant.

Les prescriptions sont inscrites dans [redacted] puis imprimées et rangées dans un classeur. Ce classeur permet de pallier une panne informatique et constitue un support de contrôle pour les IDE dans la distribution des médicaments.

Les prescriptions sont envoyées par mail sécurisé à la pharmacie d'officine. La préparation de la dose à administrer (PDA) est effectuée par l'officine et livrée le samedi après-midi sous forme de piluliers.

Le stockage des piluliers se fait à la semaine, dans la pharmacie, pièce sécurisée par digicode.

Pour les résidents ayant des difficultés de déglutition, les médicaments sont écrasés avec un broyeur à médicaments.

Il est indiqué à l'équipe d'inspection que l'administration est faite le jour par les IDE auprès des résidents en chambre ou en salle de restauration et la nuit par les AS par délégation de l'IDE⁹ ¹⁰. Des formations ont été délivrées aux personnels AS en interne pour l'aide à la prise des traitements.

La traçabilité des soins est faite à distance, sur un poste informatique dédié. Des tablettes donnant accès à [redacted] ne sont pas opérationnelles au jour de la visite.

Il existe une procédure très complète de prise en charge médicamenteuse de base, avec des précisions en cas de difficultés de saisie informatique (mode dégradé).

⁹ Article L. 313-26, CASF.

¹⁰ Le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD établi en 2020 et transmis à l'ARS considère que le circuit du médicament est sécurisé.

V. Relations avec l'extérieur

A. Les partenariats

La prise en charge médicale des résidents se fait en lien étroit avec les médecins traitants des résidents. [REDACTED] médecins traitants se partagent le suivi des résidents. Parmi ces médecins libéraux, deux d'entre eux ont une forte activité dans l'EHPAD et suivent plus de [REDACTED] résidents.

Ces [REDACTED] professionnels sont proches de la retraite, ce qui constitue un sujet d'inquiétude pour la future prise en charge médicale des résidents de l'EHPAD. Aussi l'établissement s'est mis en lien avec le [REDACTED] pour recruter les médecins généralistes de ce centre médical de proximité.

Aujourd'hui, selon le tableau présent en salle de soins, il ressort que [REDACTED] résidents n'ont pas de médecin traitant désigné. Le médecin coordonnateur se charge des prescriptions dans l'attente de la désignation d'un médecin traitant.

Les coordonnées téléphoniques des médecins prescripteurs sont inscrites sur le tableau d'affichage du poste de soin.

Le MedCo dit entretenir de bonnes relations avec les médecins traitants extérieurs qui, selon lui, sont réactifs et disponibles. [REDACTED]

Les médecins traitants ont accès au logiciel [REDACTED] avec un code qui leur est propre. Ils le renseignent lors de leur passage à l'EHPAD. Presque tous y inscrivent directement leurs observations et prescriptions. Seul [REDACTED] médecin traitant inscrit ses observations sur un cahier de transmission disponible dans le poste de soins IDE et ses prescriptions sont retranscrites par l'IDE. Une formation devrait lui être apportée très prochainement pour lui permettre de s'aligner sur les modalités de travail de ses confrères.

Le médecin coordonnateur tient une commission annuelle de coordination gériatrique, en lien avec l'équipe de direction, conformément à ses missions réglementaires.

B. La prise en charge de l'urgence

En journée et en semaine, le MedCo est présent 3 jours sur 5. Il est le premier interlocuteur en cas d'urgence. En son absence, la nuit et les week-end, il est fait appel au 15.

Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) est disponible sur le système d'information [REDACTED]

L'orientation se fait préférentiellement sur les urgences du Centre Hospitalier [REDACTED] car il existe un lien privilégié et une relation de confiance avec l'équipe de l'EMGE de cet hôpital, dite « très reactive ».

En psychiatrie, il est fait appel à l'équipe mobile psychiatrique [REDACTED] qui dispense en outre des formations en interne sur les troubles du comportement.

Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD « Korian Magenta », géré par le groupe « Korian » a été réalisée le 23 février 2023 dans de bonnes conditions.

La direction et les membres du personnel se sont montrés disponibles avec l'équipe d'inspection lors de la visite des locaux et des entretiens.

La mission d'inspection a relevé plusieurs points positifs :

- La présence du trio de tête soudé (directrice, médecin coordonnateur, IDEC),
- Des équipes solidaires,
- Une prise en charge soins de qualité,
- Une politique active de développement des compétences (VAE).

Elle a également relevé des dysfonctionnements notamment en matière de :

- Gouvernance :
 - o Management et Stratégie
 - L'établissement n'a pas procédé à la validation d'une coupe PMP – GMP,
 - Le plan bleu n'est pas conforme à l'instruction interministérielle relative à la gestion des situations exceptionnelles au sein des EHPAD,
 - o Gestion des risques et de la qualité/Gestion des événements indésirables
 - Les EIG ne sont pas transmis de manière systématique à l'ARS et à la Ville de Paris et il est constaté des défauts en matière de qualification entre EI et EIG.
 - La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée.
- Prises en charge :
 - o Respect du droit des personnes
 - Le consentement éclairé du résident ou de son représentant légal n'est pas systématiquement recherché lors d'un changement de chambre.
 - o Organisation de la prise en charge
 - L'organisation des repas présente des dysfonctionnements qui impactent la qualité de prise charge des résidents.
 - o Soins
 - Aucun contrat entre les professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD et l'établissement n'a été fourni.
 - o Immobiliers/Équipements/Sécurité
- Des manquements ont été relevés en matière d'hygiène et de sécurité des locaux (appels malades, portes coupe-feu, circuit alimentation, etc.)

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

Saint Denis, le 23 Août 2023

Nicolas DEMENET

Fanny REYNAUD

Firyel ABDELJAOUAD



Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
Agence régionale de Santé Île-de-France

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

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

Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
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
Covid : Corona Virus disease
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DRIEETS : Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
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/EIG : 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

Récapitulatif des écarts et des remarques

Écarts

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	L'absence de validation de coupe PATHOS et GMP dans le cadre de la conclusion du CPOM 2019-2023 contrevient à l'article R314-170 du CASF.
E2	Le plan bleu n'est pas conforme à l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28/11/2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations exceptionnelles au sein des EHPAD.
E3	Les EIG ne sont pas transmis de manière systématique à l'ARS et à la Ville de Paris conformément aux dispositions de l'article L.331-8-1 du CASF.
E4	Le règlement de fonctionnement du CVS ne fait pas mention du fait que dans le cas où il est saisi de demandes d'information ou de réclamations concernant les dysfonctionnements mentionnés à l'article L. 331-8-1, le président oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits, conformément aux dispositions de l'article D.311-15-II du CASF.
E5	La mission relève des manquements en matière d'hygiène et de sécurité des locaux ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1° du CASF.
E6	Le consentement éclairé du résident ou de son représentant légal n'est pas systématiquement recherché lors d'un changement de chambre, ce qui constitue un manquement aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
E7	L'absence d'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie contrevient à l'article L. 311-4 du CASF
E8	Aucun contrat entre les professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD et l'établissement n'a été fourni à l'équipe d'inspection, ce qui contrevient à l'article L.314-12 du CASF

Remarques

N°	Liste des remarques relevées par la mission
R1	La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée. Les formations sur ce thème sont insuffisantes.
R2	La mise en place de l'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur à l'horizon 2024 est tardive.
R3	Au jour de la visite, l'établissement ne dispose pas d'un registre exhaustif des réclamations permettant une analyse d'ensemble et l'adaptation de la démarche qualité.
R4	La mission constate des défauts en matière de qualification des événements indésirables entre EI et EIG et, plus globalement une insuffisance dans l'analyse des causes et dans l'élaboration des plans d'actions et des retours d'expérience.
R5	Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement.
R6	La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas la dernière fixée par arrêté conjoint du Préfet de Paris, de la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé Île de France et de la Maire de Paris en date du 14 juin 2022.
R7	La mission constate que certains dossiers administratifs des résidents ne sont pas tenus à jour.
R8	L'ergonomie de la salle à manger du rez-de-chaussée ne permet pas d'assurer un service de qualité aux résidents sur un seul service.
R9	L'organisation des repas en étage ne permet pas de garantir la sécurité dans la prise de repas des résidents âgés présentant potentiellement un risque de fausse route.
R10	Il n'y a de projet d'animation formalisé.
R11	Les kinésithérapeutes n'affichent pas les plannings de leurs interventions.
R12	Le plan de formation à l'attention du personnel soignant est insuffisant.
R13	Il n'a pas été retrouvé de fiche alimentation au niveau de la salle à manger du rez-de-chaussée et des étages (hors UVP), permettant de recenser et d'indiquer clairement les bénéficiaires de texture haché ou mixé, de régime (diabétique, hyperprotéique, etc.)

Annexes

Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation départementale de Paris

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

Affaire suivie par : Fanny REYNAUD



Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale/Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France

Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, personne qualifiée, conseiller médical/Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France

Madame Yamina NOURI, personne qualifiée, chargée de mission secteur « personnes âgées »/Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France

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

Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens/sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités/Ville de Paris

Paris, le 17 février 2023

Mémoires, Monsieur,

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 pluriennel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Ce programme s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Korian MAGENTA » (FINES 750038584) situé au 54 Rue des Vinaigriers, 75010 Paris, géré par le groupe « KORIAN », et qui sera menée conjointement par les services de l'ARS IDF et de la Ville de Paris.

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél. : 01 44 02 00 00
Rédaction : ARS IDF

84/86 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél. : 01 43 47 77 77
paris.fr

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

La mission comprendra :

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

- Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, conseiller médical, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF;
- Madame Yamina NOURI, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;

Pour sa composante Ville de Paris :

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

La mission sera accompagnée par les services de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DRIEETS) représentés par :

- Madame Ismérie L'HOSTIS, responsable de l'Unité de contrôle des 10ème et 18ème arrondissements de Paris ;
- Madame Justine MARZIN, ingénieur de prévention ;
- Monsieur Edouard Le HERICY DURAND, inspecteur du travail stagiaire ;

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **23 février 2023 à 8h30**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions sera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Pour le Maire de Paris et par délégation.



Annexe 2 : Liste des documents demandés hors tableau RH et relevé des documents transmis.

23/02/2023
EHPAD KORIAN MAGENTA

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

Documents à remettre immédiatement :

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

A remettre ce jour :

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

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

48	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	Oui
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	Oui
50	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	Oui
51	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Oui
52	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	Oui
53	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	Oui
54	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	
55	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Oui
56	Nombre de chutes répertoriées, année 2021,2022	Clé USB	Oui
57	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)		Oui
58	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	Oui
59	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	Oui
60	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	Oui
IV- Relations avec l'extérieur			
61	Dernier Plan bleu	Clé USB	Oui
62	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Non
63	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	Oui

Les pièces manquantes devront être transmises dans les meilleurs délais aux adresses mail suivantes :



Annexe 3 : Photos

- Photo n°1 :



- Photo n°2 :



- Photo n°3 :



- Photo n°4 :



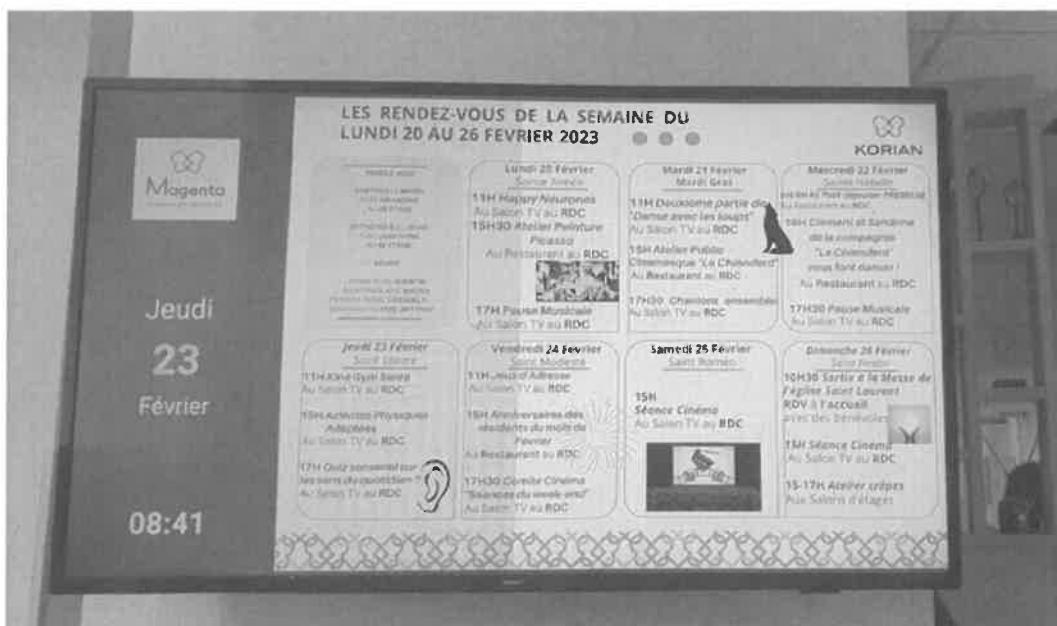
- Photo n°5 :



- Photo n°6 :



- Photo n°7 :



Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées.

- Directrice
- Médecin coordonnateur
- IDEC
- Psychologue
- Animateur
- AS
- AMP
- ASH
- IDE
- Kiné
- Représentant des familles au CVS
- Parent de résident