

Direction de l'Autonomie

Ville de Paris

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD) Korian Monceau
Adresse : 26 rue Médéric 75017 PARIS
N° FINESS 750832586**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_00326
Contrôle sur place le 16/12 /2022**

Mission conduite par

- Madame Candie SOLLE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de Santé Île-de-France ;
- Madame Zouhira CHEBIHI, habilitée Inspection Contrôle de l'ARS, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 132-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris.

Accompagnées par

- Madame Clémence HERBERA, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, délégation départementale de Paris, agence régionale de santé Ile-de-France

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de 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 discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	5
Contexte de la mission d'inspection	5
Modalités de mise en œuvre	5
Présentation de l'établissement	5
Constats	8
Gouvernance	9
Conformité aux conditions de l'autorisation	9
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances	17
Gestion de la qualité	18
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	20
Fonctions support	21
Gestion des ressources humaines	21
Gestion d'information	27
Bâtiments, espace extérieurs et équipement	29
Sécurités	33
Prises en charge	36
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	36
Respect des droits des personnes	38
Vie sociale et relationnelle	40
Vie quotidienne. Hébergement	41
Organisation de la prise en charge soignante	44
Prise en charge médicale	46
Soins	49
Relations avec l'extérieur	53
Coordination avec les autres secteurs	53
Récapitulatif des écarts et des remarques	55
Conclusion	57
Glossaire	58
Annexes	
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	
Annexe 2 : Liste des documents demandés	
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées	

Synthèse

Éléments déclencheurs de la mission

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

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.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

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

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

La mission n'a pas rencontré de difficultés particulières le jour de l'inspection.

La directrice de l'établissement était présente à l'arrivée de la mission d'inspection, ainsi que les différents personnels qu'elle souhaitait rencontrer.

La composition de la mission d'inspection a été modifiée le jour de l'inspection par rapport à la lettre de mission. En effet, une des personnes qualifiées de l'ARS qui devait participer à l'inspection n'a pas pu être présente. La mission d'inspection était donc composée de 6 personnes le jour de l'inspection, au lieu de 7 comme il était prévu sur la lettre de mission.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

Cf chapitre « Conclusion ».

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 et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription, de l'EHPAD Korian Monceau, situé 26 rue Médéric, 75017 PARIS, n°FINESS 750832586, 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 16 décembre 2022, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée).

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

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

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

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 26 rue Médéric 75017 PARIS, l'EHPAD Korian Monceau est géré par le groupe Korian, dont le siège est situé 21, 23 et 35 rue Balzac 75008 PARIS.

Ouvert en 1991, l'EHPAD Korian Monceau dispose de 90 places en hébergement permanent et de 15 places d'hébergement temporaire selon l'arrêté d'autorisation initial, renouvelé pour la dernière fois en 2017.

Cependant, l'établissement dispose en réalité de 98 places d'hébergement. La directrice, arrivée en octobre 2020, explique à l'équipe d'inspection que d'anciennes chambres doubles ont été transformées en chambres simples « Standing » et que d'autre part, deux anciennes chambres ont été transformées en espaces collectifs. L'établissement n'a pas aujourd'hui la capacité d'accueillir plus de 98 résidents, et par ailleurs, il ne propose pas d'hébergement temporaire.

L'autorisation n'a pas été modifiée par les autorités de contrôle et de tarification.

Il n'y a pas d'accueil de jour.

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

L'EHPAD est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer. Il est doté d'une unité de vie protégée (UVP)

Selon l'ERRD 2022, le GMP s'élève à 705 et le PMP à 279¹. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous pour le GMP et au-dessus pour le PMP des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés.

Les résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2021					
IDF ²					

Le budget de fonctionnement est de 2 720 001 € en 2022, dont 734 417 € au titre de la dépendance et 1 985 584 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé en 2019. Ses principaux objectifs sont :

- Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables ;
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;
- Améliorer : la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer et l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire de résidents ;
- Maintenir un taux d'occupation élevé ;
- Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge ;

¹ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 739 et 222 en 2020.

² ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2021, EHPAD

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	KORIAN MONCEAU		
Nom de l'organisme gestionnaire	KORIAN		
Numéro FINESS géographique	750832586		
Numéro FINESS juridique	250015658		
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	90	98
	HT	15	0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

	Année 2018	
PMP Validé		
GMP Validé		

³ Au jour du contrôle sur place

Constats

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

La grille est renseignée dans la colonne « Constat » de la façon suivante :

- Remarque : non-conformité par rapport à une recommandation de bonne pratique et/ou à un standard référencé
- Écart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.1.1.1	Conformité aux conditions d'autorisation	L'EHPAD Korian Monceau fait partie d'un groupe privé à but lucratif. L'EHPAD Korian Monceau est autorisé par les autorités de tarification et de contrôle pour une capacité de 90 places HP et 15 places HT et est financé sur cet base. Cependant, la directrice a déclaré à la mission d'inspection que la capacité réelle de l'établissement est de 98 lits. Il n'a par ailleurs pas la capacité d'accueillir plus de résidents, les anciennes chambres doubles ayant été transformées en chambre simple « Standing » et deux anciennes chambres ont été transformées en espaces collectifs. Le fonctionnement de l'EHPAD Korian Monceau n'est donc pas conforme à ce jour à son autorisation.	Ecart n°1 : l'établissement n'a pas déclaré les travaux qui ont conduits à une réduction du nombre de places et présente, de ce fait, un fonctionnement qui n'est pas conforme à son autorisation - L313-1, 4 du CASF)	

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
1.1.1.2	Conformité aux conditions d'autorisation		97 résidents sont présents au jour de l'inspection, soit un taux de présence de presque 100%. Il n'est pas possible de définir un taux d'occupation d'HT car l'établissement n'a en réalité plus de places d'HT.		
1.1.1.5	Conformité aux conditions d'autorisation		Oui, la fiche de suivi des objectifs CPOM est transmise aux autorités.		
1.1.3.1	Conformité aux conditions d'autorisation		Au jour de l'inspection, 97 résidents sont présents. Dans la liste transmise par le gestionnaire, seul le GIR des résidents est renseigné avec leur dernière date de validité. L'équipe d'inspection n'a pas de visibilité sur les âges des résidents. de GIR 1 à 3 de GIR 1 à 2		

Management et Stratégie

N°IGAS Sous-thème			Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.2.1.1	Management et Stratégie		Le règlement de fonctionnement est affiché à l'accueil et consultable par tout le monde. La directrice informe la mission qu'il a été mis à jour en 2021.		
1.2.1.2	Management et Stratégie		Un règlement de fonctionnement à jour et complet a été fourni.		
1.2.1.4	Management et Stratégie		Le projet d'établissement a été réalisé en 2021. Lors de l'entretien avec la directrice, elle nous a informé que le projet d'établissement avait été travaillé entre les CODIR et les équipes. Le CVS a été informé mais pas consulté en amont.		

N° IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
1.2.1.5	Management et Stratégie		Le projet d'établissement de l'EHPAD Korian Monceau se présente comme un document stratégique du groupe Korian et peu personnalisé à l'établissement. Il ne développe ni le projet de soins ni l'animation.	Remarque n°1: le projet d'établissement n'est pas suffisamment spécifique à l'EHPAD et ne présente pas toutes les rubriques qui doivent normalement faire partie d'un projet d'établissement, notamment le projet de soin et le projet d'animation.	
1.2.1.6	Management et Stratégie		Il existe un Plan Bleu mis à jour en 2021.		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.2.2.1	Management et Stratégie		La directrice est arrivée en [REDACTED]. L'organigramme a été fourni à la mission d'inspection, il est complet, détaillé et a été mis à jour en octobre 2022. Par ailleurs, un trombinoscope de l'équipe de l'EHPAD est affiché à l'entrée de l'établissement.		
1.2.2.2	Management et Stratégie		Une réunion avec le siège a lieu tous les mois. Il n'y a pas de compte-rendu mais le Powerpoint de présentation est envoyé. Une réunion hebdomadaire avec le CODIR, dont les compte-rendu sont disponibles sur le réseau de l'établissement. Réunions mensuelles en direction des équipes, pour lesquelles nous n'avons pas eu de compte-rendu mais des feuilles d'émargement.		
1.2.2.3	Management et Stratégie		Les différents entretiens n'ont pas fait ressortir de conflit particulier au sein de l'établissement.		
1.2.2.5	Management et Stratégie		La directrice nous fait part lors de son entretien du soutien apporté par le siège. Il existe une cellule de veille. Des réunions régulières sont organisées avec le siège tous les mois.		

N°IGAS Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
		La directrice définit le rôle du siège comme un cadre aidant.		
1.2.2.6 Management et Stratégie		La directrice actuelle est arrivée en [REDACTED] Elle représente [REDACTED] ETP. Il a été fourni une fiche de fonction « Directeur d'établissement » générique à la mission, cependant, il n'a pas été possible de la mettre en cohérence avec les délégations accordées, l'établissement n'ayant pas fourni le document unique de délégation, demandé à plusieurs reprises.	Ecart n°2 : l'établissement n'a pas fourni à la mission le document unique de délégation de la directrice, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF	
1.2.2.7 Management et Stratégie		La directrice a obtenu en [REDACTED] un titre de [REDACTED], qui est une certification de niveau [REDACTED] conforme à l'article D312-176-6 du CASF.		
1.2.2.8 Management et Stratégie		Lors de l'entretien, la directrice nous informe que : - Il existe une organisation interne. Les équipes sont informées. - Il existe également un cadre au siège toujours disponible.		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.2.2.9	Management et Stratégie		La directrice était présente à l'arrivée de la mission d'inspection. En cas d'absence, les équipes sont informées (comité de direction). Les équipes ont le numéro de l'astreinte. La directrice explique à la mission d'inspection qu'il n'existe pas de procédure formalisée lorsqu'elle est absente, lors du Codir précédent ses congés, elle informe les membres du nom du directeur qui sera disponible.		
1.2.2.11	Management et Stratégie		Un document accorde la subdélégation de signature au responsable des relations familles pour les ressources humaines, la gestion de l'établissement et la gestion budgétaire. Cependant, le document fourni n'a pas de valeur juridique puisqu'il n'est pas signé.	Remarque n°2 : le document de subdélégation de signature au responsable des relations avec les familles ainsi que le contrat de travail de la nouvelle IDEC, transmis à la mission, ne sont pas signés et n'ont donc pas de valeur juridique.	
1.2.2.12	Management et Stratégie		Oui : ☒ ETP Lors de l'inspection (le 16 décembre 2022), l'IDEC en poste allait  Une nouvelle IDEC doit arriver au mois de  cependant, le contrat de travail fourni ne permet pas d'attester de son entrée en fonction effective puisque le contrat de travail fourni n'est signé par aucune des parties.		
1.2.2.13	Management et Stratégie		Non, la fiche de poste n'est pas signée.		
1.2.2.14	Management et Stratégie		Oui : ☒ ETP (Réglementation entre 60 et 99 places=> 0,6 ETP)		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
1.2.2.15	Management et Stratégie		Le médecin coordonnateur présent au jour de l'inspection est titulaire du [REDACTED]. Il est en poste depuis [REDACTED]. La mission apprend le jour de l'inspection qu'il va quitter ses fonctions [REDACTED]. L'établissement informe la mission qu'un nouveau médecin coordonnateur est en cours de recrutement et doit arriver le 1^{er} avril 2023. Les diplômes que l'établissement a fourni pour ce nouveau médecin n'indiquent pas s'il possède ou non [REDACTED].		
1.2.2.17	Management et Stratégie		Le contrat de travail du médecin coordonnateur en poste a été transmis à la mission d'inspection. A noter que ce médecin doit quitter ses fonctions à la fin de l'année. La directrice a fait savoir à la mission d'inspection qu'un nouveau médecin coordonnateur devait arriver au mois d'avril 2023.		
1.2.3.5	Management et Stratégie		Lors de la visite des locaux, il a été constaté l'affichage des documents suivants : - Tarifs arrêtés par l'établissement - La Charte des droits et libertés - Le règlement de fonctionnement - La liste des personnes qualifiées datant de 2018 - La composition du CVS (PV de juin 2022) - Planning d'animation - Menus - Flyers maltraitance : 3977 - Registre des entrées et sorties - Commission menu du 07/12/2022 - Commission animation du 22/03/2021 et celle du 06/10/2022 - Contrat de séjour Il y a un registre des plaintes et réclamations mais il n'est pas accessible aux familles. Le logiciel [REDACTED] est utilisé pour les problèmes techniques : ce sont les agents à l'accueil qui enregistrent les demandes des familles.	Ecart N°3 : La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas à jour	

Animation et fonctionnement des instances

N° IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.3.3.1	Animation et fonctionnement des instances		Le CVS est en place, la dernière élection a eu lieu en février 2021 (PV fourni à la mission d'inspection). Une résidente de l'EHPAD est présidente du CVS. Les compte-rendu ont été fournis à la mission d'inspection, ils sont complets et détaillés. La mission d'inspection a pu rencontrer la présidente du CVS en fonction depuis 2 ans et demi, qui indique ne pas avoir pu être informée de la tenue des réunions dans les premiers temps car les convocations étaient envoyées par mails, auxquels elle n'avait pas accès. Le problème a été résolu ensuite. La liste des membres a été fournie le jour de l'inspection : La composition est conforme (voir CVS 03 JUIN 2021) Le règlement intérieur de la vie sociale a été approuvé le 25 février 2021 4 CVS en 2021 : 07 janvier, 25 février, 03 juin et 20 octobre. Et 4 en 2022 aux dates suivantes : 10 mars, 30 juin 20 septembre, et 08 décembre. Le CVS du 20/09/2022 est un CVS extraordinaire lors duquel a été présenté le décret du 25 avril 2022 : nouvelles modalités de composition et rôle du CVS. Les comptes rendus sont rédigés par la Directrice et soumis à la validation de la Présidente et vice-président (e) adjoint (e)		
1.3.3.2	Animation et fonctionnement des instances		Sur la base des comptes rendus transmis, le CVS est informé des EI et EIG, réclamations et aussi des non-conformité fournisseur (NCF). Les actions mises en place pour donner suite à ces EI, EIG, réclamations ou non-conformité fournisseur sont évoquées en séance.		

Gestion de la qualité

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.4.1.7	Gestion de la qualité	Le PACQ a été transmis à la mission, mais le document n'est pas lisible ni exploitable.	Remarque n°3 : La preuve de l'amélioration continue de la qualité n'a pas été apportée.	
1.4.2.1	Gestion de la qualité	La dernière évaluation externe a été réalisée en octobre 2014. Elle a été transmise aux autorités.		
1.4.3.1	Gestion de la qualité	Le bilan de formations de 2021 et 2022 et le plan de formation de 2023 ne montre pas de formation ni passée ni prévue sur la promotion de la bientraitance. Lors de l'entretien, la directrice explique que le sujet de la maltraitance est un sujet évoqué régulièrement et travaillé avec la psychologue. Lors de l'entretien, le médecin coordonnateur explique qu'il existe une charte de bientraitance travaillée par la psychologue et qui a été signée par tous les professionnels en 2022. La lutte contre la maltraitance et les contacts utiles sont mentionnés dans le livret d'accueil remis aux résidents.	Remarque n°4: il n'y a pas de formation bientraitance formalisée dans les plans de formation	

1.4.3.3	Gestion de la qualité	Le problème de la maltraitance verbale et physique des familles envers les soignants est un sujet qui ressort dans tous les entretiens. L'agression physique d'un soignant par la fille d'un résident a été rapportée à la mission d'inspection, le soignant a porté plainte. Les entretiens laissent apparaître un soutien de la direction en cas d'agression des personnels de l'EHPAD. Les divers entretiens et les observations de la mission d'inspection n'ont pas fait ressortir de maltraitance avérée envers les résidents.		
---------	-----------------------	---	--	--

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N° IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
1.5.1.1	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables		Un registre de réclamation existe, disponible à l'accueil. Il doit être demandé au personnel de l'accueil.	Remarque n°5 : Le registre des plaintes et réclamations doit être facilement et librement accessible.	
1.5.1.3	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables		Il existe une procédure détaillée de déclaration des événements indésirables. Au cours des entretiens, il apparaît que les différents personnels ont une connaissance de ce qu'est un EI et connaissent la procédure de déclaration. Par ailleurs, une analyse des EI est effectuée une fois par mois en COPIL.		
1.5.1.6	Gestion des risques, des crises et des événements indésirables			Ecart N°4 : La liste des EIG 2021/2022 transmise est très peu lisible et ne permet pas à la mission de vérifier que les signalements sont effectués auprès des	

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	

Fonctions support

Gestion des ressources humaines

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat EIR	
2.1.1.1	Gestion des ressources humaines	■ salariés en CDI et ■ en CDD actuellement. ■ AS et AMP, dont ■ en CDI. ■ IDE, dont ■ de nuit, ■ en CDI et ■ en CDD. ■ ASH, dont ■ en CDI ■ Psychologues (l'une à ■ ETP et l'autre à ■ ETP), ■ ergothérapeute (présente à ■ ETP pour un poste prévu à temps plein) sont salariés par l'établissement. Une psychomotricienne est aussi présente à temps plein, selon les plannings fournis. Charge en soins : 3417 Charge en dépendance : 1867 Les charges en soin et en dépendance sont conformes aux objectifs du CPOM. Lors des différents entretiens, les personnels interrogés expliquent faire les tâches qui correspondent à leur fiche de poste, il n'est pas ressorti de glissement de tâche organisé dans l'établissement.		
2.1.1.6	Gestion des ressources humaines	Le registre unique du personnel fourni par l'établissement, en version PDF et en version Excel, n'est pas complet et non conforme au Code du travail. En effet, seuls apparaissent les personnels actuellement en poste, alors qu'il doit contenir l'ensemble des salariés en CDI et CDD depuis 5ans. Il manque également des informations obligatoires comme la nationalité des personnes embauchées.	Remarque n°6 : le RUP n'est pas conforme au code du travail et ne permet pas d'avoir une visibilité réelle des salariés de l'établissement et de leurs contrats.	

N° IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
2.1.1.3	Gestion des ressources humaines	Le taux d'absentéisme pour 2022 est de 8,35, conforme aux engagements du CPOM. Il a été montré par la directrice de l'EHPAD directement sur la plateforme du groupe Korian.		
2.1.1.7	Gestion des ressources humaines	Les 5 dossiers RH papier étudiés par la mission d'inspection sont globalement incomplets et mal renseignés. Les documents sont soit inexistant (fiche de poste, contrat de travail, diplôme, extrait de casier judiciaire) ou flous (pièce d'identité). Sur un contrat de travail en CDD étudié, le nom de la personne remplacée n'apparaît pas.	<u>Remarque n°7 :</u> les dossiers RH en version papier étudiés par la mission sont incomplets et mal renseignés. Il manque beaucoup de documents essentiels et obligatoires.	
2.1.1.8	Gestion des ressources humaines	5 conventions ont été signées avec des kinésithérapeutes et 4 avec des médecins libéraux.		

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat EIR	
2.1.2.1	Gestion des ressources humaines	Les plans de formation 2021, 2022 et 2023 (en cours de construction) ont été remis à la mission. La mission d'inspection remarque que peu de formations présentes dans les plans/bilans de formation fournis concernent la qualité de la prise en charge des résidents. Cependant, lors des entretiens, différents personnels, dont le médecin, ont fait état de « mini formations » qui concernent la qualité de la prise en charge des résidents (bienveillance, soins palliatifs...). Ces mini formations faites sur des temps très courts correspondent plus à une sensibilisation qu'à une formation.		
2.1.2.3	Gestion des ressources humaines	Le plan de formation fourni ne fait pas apparaître de formations de mobilité interne du personnel. Aucune VAE n'est notée. Cependant, il ressort de certains entretiens que les personnels peuvent avoir accès à la mobilité interne (VAE notamment). Plusieurs professionnels ont été formés aux et soins d'urgence : entre 2022 et 2023, il a été budgété la formation de 8 AFGSU recyclage et de 16 AFGSU initiales. Cependant, l'AFGSU de l'IDEC n'est pas à jour.	Remarque n°8 : les plans de formation fournis ne valorisent pas suffisamment la politique de formation mise en place au sein de l'EH PAD. Remarque n°9 : L'établissement doit veiller à ce que tous les professionnels soient à jour de leur AFGSU.	

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
2.1.2.5	Gestion des ressources humaines	Un protocole d'arrivée d'un nouveau collaborateur a été fourni par le gestionnaire mais il s'agit plutôt d'un protocole administratif général. Lors de l'entretien, la directrice a évoqué un dispositif d'accueil d'un nouveau professionnel en cours de construction actuellement. Pour les nouveaux soignants, la directrice indique qu'un « accompagnement » est mis en place avec un AS ou IDE, ce qui est corroboré par la responsable des ressources humaines. Dans la pratique, le entretien fort ressortir que le suivi n'est pas systématique, en particulier pour les IDE et pour les CDD qui viennent sur une mission ponctuelle.		
2.1.3.1	Gestion des ressources humaines	La directrice évoque des réunions animées par la psychologue pour les personnels, sans plus de précisions.		
2.1.4.1	Gestion des ressources humaines	Les plannings des soignants sont faits environ 1 mois à l'avance, selon les informations reçues lors des entretiens. Le planning fourni n'est pas légendé, rendant difficile sa lecture. Par ailleurs, il ne précise pas l'organisation par unité ou étage des professionnels présents.		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
2.1.4.5	Gestion des ressources humaines		Les aides-soignants travaillent 12h, avec 2H de pause dans la journée. Certains AS en CDD sont présents moins longtemps, et travaillent de 10h à 18h. Le jour de l'inspection, 16 AS de jour étaient prévus sur le planning dont 5 de 9h à 17h ou 10h à 18h. 3 IDE prévues dont 1 de 8h à 16h. 8 ASH étaient prévues.	Remarque n°10 : les plannings des AS ne prévoient pas de temps de transmission entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.	
2.1.4.2	Gestion des ressources humaines		Des fiches de postes heurées existent et décrivent le déroulement de la journée et les missions des professionnels. Rien n'est précisé sur les conduites à tenir, les limites en cas d'évènement inattendu ni sur les recours auprès des cadres de permanence ou d'astreinte.		
2.1.4.4	Gestion des ressources humaines		Les différents entretiens menés par la mission d'inspection et les documents analysés ne laissent pas apparaître de glissements de tâches organisés au sein de l'établissement. Les fonctions de chacun semblent respectées.		

Gestion d'information

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
2.3.0.0	Gestion d'information			
2.3.1.4	Gestion d'information	Le RAMA a été rédigé en 2021 et 2022. Il est essentiellement issu des données chiffrées du logiciel [REDACTED] complété par quelques observations rédigées par le medec. Il relate les prises en charge médicale, les caractéristiques de la population accueillie et les hospitalisations. Il n'est pas indiqué s'il y a eu des EIAS ni les complications liées aux soins.		
2.3.4.2	Gestion d'information	Dans les dossiers administratifs des résidents étudiés, tous les contrats de séjour ne sont pas signés, il manque des copies de la carte d'identité et de la carte vitale. De plus, des documents médicaux (dossier d'admission) ont été retrouvés dans certains dossiers.	Ecart N° 5 : les dossiers administratifs des résidents ne sont pas complets, et des éléments médicaux ont été retrouvés dans certains d'entre eux	

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
2.3.4.3	Gestion d'information		Le logiciel héberge le dossier médical numérique. Il existe aussi un dossier médical papier.		

Bâtiments, espace extérieurs et équipement

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
2.4.1.3	Bâtiments, espace extérieurs et équipement	Une visite complète du bâtiment a été effectuée par les membres de la mission. Le bâtiment comporte 9 niveaux, entièrement rénové en 2021 (sols, murs,) il est très bien entretenu. D'une manière générale, les espaces sont vastes, agréables et accueillants. La mission a cependant observé que les espaces de travail ou de repos des personnels étaient réduits et certains vétustes, notamment la salle de repos, les vestiaires et les douches situés au sous-sol. La direction évoque le projet de réaménager ces espaces en relocalisant la salle de repos et précise que les travaux ont été reportés en 2023.  <i>Douche et vestiaires du personnel</i> Le sous-sol abrite la cuisine, la lingerie, un parking, les poubelles, les vestiaires du personnel, une salle de repos et des locaux techniques. Le rez-de-chaussée (RDC) présente de beaux espaces. Organisé comme un vrai lieu de vie façon place de village, il dessert 2 salles à manger dont une réservée aux personnes nécessitant une aide au repas, un espace office, un salon des familles, une salle de kinésithérapie, une salle		

N°IGAS	Sous-thème	[REDACTED]		Observations ou commentaires		Constat E/R		[REDACTED]
				snoezelen, un grand salon équipé d'une télévision et d'un piano à queue, le bureau de l'animatrice. Les 4 bureaux administratifs occupés par la Directrice, l'attachée de direction, les cadres soins et hébergement, le responsable relations familles ainsi que le salon de coiffure sont situés dans la partie centrale du RDC. Enfin, une terrasse est facilement accessible pour les résidents et les familles.  Les étages supérieurs sont réservés aux chambres. Le nombre et la superficie des chambres est variable selon la configuration du bâtiment : 7^{ème} étage : 5 chambres – 6^{ème} : 8 chambres – 5^{ème} et 4^{ème} : 10 chambres – 3^{ème} : 17 chambres - 2^{ème} et 1^{er} étages : 24 chambres. L'unité protégée est installée au 3^{ème} étage. Le bureau du Medco est situé au second et La salle de soins au 1^{er} étage.				

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
			 A l'étage de l'UVP, 2 anciennes chambres ont été transformées en une salle pouvant accueillir les résidents de l'UVP. 		
2.4.1.8	Bâtiments, espace extérieurs et équipement		Les couloirs de l'établissement sont climatisés.		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
2.4.2.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement		La circulation est sécurisée dans les couloirs par des barres d'appui. Les salles de bains fonctionnelles possèdent des douches pratiques selon les dires d'un résident. Plusieurs ascenseurs desservent l'établissement. 2 sont réservés aux résidents. L'accès à l'UVP est sécurisée par des codes dans l'ascenseur et les escaliers.		
2.4.3.7	Bâtiments, espace extérieurs et équipement				
2.4.3.6	Bâtiments, espace extérieurs et équipement		Les demandes sont déposées sur le logiciel [REDACTED], lorsque le signallement émane des familles, il est enregistré par l'accueil. La réalisation des petits travaux est indiquée ensuite dans le logiciel.		
2.4.3.9	Bâtiments, espace extérieurs et équipement		Seulement 30 chambres sont équipées de rails de transfert mais les résidents plus lourds sont installés dans les chambres équipées.		
2.4.4.2	Bâtiments, espace extérieurs et équipement		Le traitement du linge plat et l'entretien des tenues professionnelles est externalisé auprès d'un prestataire. Cependant, en raison de problèmes dans les délais des livraisons, les tenues du personnel sont actuellement lavées sur place. Par ailleurs, des casiers dédiés aux tenues des professionnels ne sont pas encore utilisés car le prestataire n'a pas terminé leur installation.	Remarque n°11 : Le circuit du linge n'est pas conforme aux bonnes pratiques d'hygiène.	

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
		 Le linge des résidents est confié à un autre prestataire, il intervient 2 jours par semaine dans l'établissement. Certaines familles s'occupent du linge de leur proche et une dizaine de résidents ont leur linge lavé sur place. La buanderie est équipée de 3 machines à laver et d'un sèche-linge ainsi que d'un distributeur de lessive. La lingère marque le linge de tous les résidents. La mission a constaté que le circuit de la marche en avant du linge propre et sale n'est pas respecté de par la configuration des locaux, de l'utilisation d'un même charriot et de l'unique ascenseur qui dessert la lingerie.		

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat EIR	
2.5.0.0	Sécurités			
2.5.2.7	Sécurités	La mission d'inspection n'a pas réuni une information complète sur la collecte des DASRI et n'a pas vu de local spécifique. D'après certains entretiens, des cartons DASRI seraient déposés dans les salles de bain des résidents et récupérés par une société extérieure. Une société extérieure vient récupérer le carton DASRI qui reste dans la chambre du résident. La mission n'a pas vu de local dédié au DASRI, ni de convention DASRI. Et ce point n'est pas mentionné dans le document projet d'établissement 2021-2023 Annexe 4 « nos partenariats »	<u>Ecart N°6</u> : les cartons DASRI ne sont pas stockés dans un local dédié.	
2.5.2.11	Sécurités	Le logiciel [REDACTED] permet de connaître et de suivre les vaccinations des résidents. En 2021, 93 résidents et 50 professionnels ont été vaccinés contre la grippe. En 2022, aucun résident n'a refusé le vaccin antigrippal. 11 résidents ont reçu une dose de vaccin pneumococcique.	<u>Remarque N°12</u> : Un faible nombre de résidents ont reçu un vaccin pneumococcique.	
2.5.3.3	Sécurités	Il y a des barres d'appui.		
2.5.3.4	Sécurités	Le bâtiment est accessible par un sas d'entrée et dispose d'un digicode.		

2.5.4.3	Sécurités	Les chambres sont équipées d'appel malade. Les sonneries arrivent sur le bip des soignants et sur celui de l'infirmière coordinatrice Des bracelets d'appels sont proposés aux résidents ne pouvant pas utiliser l'appel malade (compte-rendu du CODIR du 14/12/22). Le Compte rendu CVS du 21 octobre 2021 relate des délais d'intervention trop longs et des dysfonctionnements du bracelet. De plus, le compte rendu de la réunion Business Revue d'octobre 2022 précise que le temps de réponse n'est pas du tout satisfaisant. Au 11 octobre 2022, le délai moyen entre l'appel et la présence s'établit à 23minutes³⁷ secondes alors que le temps de réponse devrait être inférieur à 10 minutes. Le risque de rappel à l'ordre par les tutelles est indiqué. Des actions sont en cours au niveau du siège. Les documents transmis à la mission sur les relevés mensuels des appels malades et du temps de décroché n'a pas permis d'en tirer une analyse, la mission note plus d'enregistrements avec l'équipe de nuit. Les appels malades sont installés dans les chambres et les cabinets de toilette. L'appel malade sonne auprès de l'AS. Il existe trois types d'appel malade: un bracelet, une montre et un collier. La présidente du CVS portait un collier. Les AS récupèrent 2 téléphones quand ils prennent leur poste : un pour les résidents et l'autre pour le personnel.	Les appels malades sont installés dans les chambres et les cabinets de toilette. L'appel malade sonne auprès de l'AS. Il existe trois types d'appel malade: un bracelet, une montre et un collier. La présidente du CVS portait un collier. Les AS récupèrent 2 téléphones quand ils prennent leur poste : un pour les résidents et l'autre pour le personnel.	Ecart n°7 : Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents (L311-3 du CASF)	
---------	-----------	--	--	--	---

Prises en charge

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

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.1.2.0	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		Le règlement de fonctionnement est daté du 12 juillet 2022 il est remis au résident lors de son admission, Il est annexé au contrat de séjour. La Charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour sont présents.		
3.1.1.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		Il existe une procédure d'admission dans le règlement de fonctionnement daté du 12 juillet 2022. Divers entretiens ont décrit la procédure d'admission. Les demandes d'admissions sont le plus souvent faites en utilisant le dossier unique d'admission. A son arrivée, le résident est accueilli tout d'abord par le responsable de l'hébergement, un entretien est ensuite réalisé avec la psychologue, le responsable familles, l'IDE, le MEDEC et l'ergothérapeute. L'accueil rédige le contrat de séjour des résidents avec le logiciel [REDACTED]. Les familles sont reçues par le Directeur et le directeur adjoint pour constituer le dossier et faire signer le contrat. Normalement, [REDACTED] rencontre la famille de l'entrant dans le mois.		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.1.3.3	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		Lors d'entretiens, il a été précisé la tenue d'une réunion chaque lundi à 16h pour parler du projet personnalisé de 3 résidents. Les projets personnalisés sont mis à jour chaque année et tous les 6 mois pour les résidents de l'UVP. Il existe un planning prévisionnel de réalisation des PAI. Le soignant présent le jour de l'admission du résident sera le référent PAI. L'étude des documents fournis montre qu'avant 2020, les PAI n'étaient pas rédigés. Mais depuis 2022, il y a une amélioration de la rédaction des PAI avec 22 des 24 résidents entrés en 2022 qui ont un PAI réalisé dans les 3 mois qui ont suivi leur entrée. Au jour de l'inspection, 59 résidents ont un PAI à jour, 25 résidents ont un PAI à réévaluer (mais datant au plus d'un an). Les 7 résidents entrés en novembre 2022, ont un PAI à initier.		
3.1.4.1	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		Il existe un comité de direction mensuel avec la direction. Le MEDEC a une réunion bilatérale avec la direction sur les soins où est abordé la gestion de projets et les divers comités. Il y a une réunion « Stand Up » 3 fois par semaine avec la direction. Il y a des réunions sur diverses prises en charge des résidents (comité contention, comité TNM, Clan.. entre autre). Une fois par mois pour chaque équipe, le mardi, il y a une formation obligatoire de 30 mn. Ces réunions ont lieu dans la salle Mozart, avec les soignants. Ces réunions servent aussi à passer en revue et à expliquer tous les protocoles.		
3.1.4.4	Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie		Il existe une transmission quotidienne réalisée à l'infirmier à 11h avec 2 soignants par étage présents. Les transmissions sont écrites sur [REDACTED] Chaque AS trace sur Netsoins les tâches effectuées (toilettes, comportement des résidents...).		

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat EIR	
3.2.1.1	Respect des droits des personnes	Les familles sont informées à distance des programmes d'animations et peuvent faire des retours. Il y a aussi une gazette à disposition à l'entrée de la résidence. Un salon dédié aux familles permet les rencontres.		
3.2.2.0	Respect des droits des personnes	Le règlement de fonctionnement mentionne les règles relatives à la vie privée, au culte, au droit de vote, au droit à l'image. Il est aussi indiqué que chaque résident est libre de ses allées et venues. L'état de santé du résident peut toutefois obliger le médecin coordonnateur de l'établissement à limiter la liberté d'aller et venir du résident dans un souci de protection de sa propre personne.		
3.2.2.1	Respect des droits des personnes	La charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement se trouvent à l'accueil de l'établissement. Le règlement de fonctionnement prévoit que le livret d'accueil et la charte des Droits et libertés soient remis au résident ou son représentant légal lors de l'admission.		
3.2.2.2	Respect des droits des personnes	La liste des personnes qualifiées datée de 2018 est accessible dans le lutin disposé à l'accueil. Comme il a été noté plus haut dans le rapport, la liste affichée n'est pas la dernière version émise par la Ville de Paris.		

N° IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.2.2.5	Respect des droits des personnes	Il a été indiqué à la mission que lors de l'entretien préalable d'admission, le résident est informé sur ses droits, notamment sur la désignation d'une personne de confiance et sur les directives anticipées. Les interlocuteurs s'assurent de la bonne compréhension des informations et du consentement du résident qui peut être accompagné d'une personne désignée par lui. Le règlement intérieur précise que le compte-rendu de cet entretien d'admission est consigné dans le dossier du résident mais la mission n'a pas trouvé trace dans l'échantillonnage des dossiers des résidents examinés le jour de l'inspection. L'examen des dossiers papier des résidents a révélé un seul dossier résident contenant la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées. Seuls 2 résidents avaient désigné une personne de confiance.	Remarque N°13 Très peu de résidents ont désigné une personne de confiance et la preuve de l'information donnée n'est pas effective puisqu'elle ne se trouve pas dans les dossiers des résidents.	
3.2.2.6	Respect des droits des personnes	Parmi les dossiers des résidents examinés, l'un d'entre eux avait rédigé des directives anticipées.		
3.2.3.1	Respect des droits des personnes	Les contentions sont comptabilisées et analysées dans le RAMA. Toute sortie doit être signalée à la Direction en précisant la durée prévue. Pour les personnes en perte d'autonomie, un comité contention se tient une fois par mois animé par l'ergothérapeute, les décisions sont prises de manière collégiales, les contentions sont prescrites par le médecin coordonnateur.		

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
				Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société »
3.2.3.2	Respect des droits des personnes	Une photographie de tous les résidents est présente dans le logiciel [REDACTED], sur le chariot de distribution de médicaments. Il existe aussi un trombinoscope des résidents.		

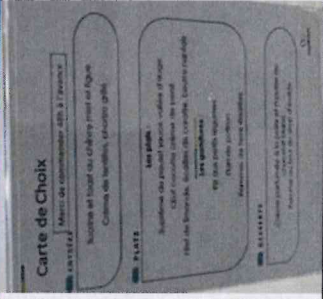
Vie sociale et relationnelle

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.3.2.1	Vie sociale et relationnelle	La référente est l'animatrice présente au sein du groupe KORIAN depuis [REDACTED]. Elle réalise 3 animations par jour aux horaires suivants : 11h-15h et 17h. Il y a une commission d'animation deux fois par an. Son planning d'animation est fait jusqu'à début janvier 2023 et les sorties sont prévues jusqu'à fin février 2023. Les résidents de l'UVP sont intégrés au programme d'animation. Il y a des ateliers prévus au sein de l'unité et qui sont animés par des collègues : psychomotricien, ergothérapeute, aide-soignant. Une fois par mois une sortie est prévue avec les résidents de l'UVP. Une zootherapeute intervient 2 fois par mois avec 2 petits chiens dans l'EHPAD y compris à l'UVP. Des conventions avec les intervenants sont formalisées. Un planning d'animation a été transmis pour octobre-novembre et décembre 2022.		

3.3.2.2	Vie sociale et relationnelle			L'animatrice est remplacée pendant ses congés et fait intervenir des prestataires extérieurs le WE notamment pour l'animation musicale le WE. Elle travaille [REDACTED] et un roulement est organisé avec la psychothérapeute. Le projet d'animation n'est pas intégré dans le projet d'établissement 2021-2026.	

Vie quotidienne. Hébergement

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.4.1.1	Vie quotidienne - Hébergement		L'EHPAD dispose de 98 chambres individuelles équipées de salles de bain. Le mobilier des chambres est adapté et chaque résident peut en personnaliser la décoration.		
3.4.3.2	Vie quotidienne - Hébergement		Une enquête de satisfaction restauration est suivie par le chef cuisinier Une commission menus se tient 2 fois par an. Les menus sont composés de produits de saison		
3.4.3.3	Vie quotidienne - Hébergement		Il existe une carte de remplacement affichée dans les locaux.		

N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat EIR	
				
3.4.3.5	Vie quotidienne - Hébergement	Le chef cuisine a accès aux régimes spéciaux prescrits par le médecin, le chef cuisinier travaille sur les textures. Depuis peu, une texture aménagée composée de petits morceaux qui glissent bien est mise en place en test. Cet enrobé gourmand haché correspond à un mixé. L'apport en protéines du plat protéiné des régimes mixés est moindre que celui des régimes normaux ou hachés.	Ecart N°8 : En limitant l'apport en protéines du plat protéiné des régimes mixés, l'établissement ne prend pas en compte la santé des résidents.	
3.4.3.7	Vie quotidienne - Hébergement	Selon les informations récoltées par la mission, les petits déjeuners sont distribués en chambre entre 8 h et 9h30, le déjeuner à 12h30, le goûter vers 16h et le dîner est servi à 18h30. La majorité des résidents est donc soumise à un jeûne nocturne de plus de 12 heures. D'autres sources ont cependant indiqué que les petits déjeuners étaient servis entre 9h30 et 10h, ce qui augmente encore le jeûne nocturne. La moitié des résidents n'ont pas de produit laitier au petit déjeuner et plusieurs n'ont pas de fruit ni de jus de fruits. Une collation est prévue à la demande la nuit constituée de denrées non périssables, confitures, madeleines, compotes, mais elle est peu prise.	Remarque N°14 : En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeûne nocturne soit inférieur à 12h, l'établissement n'adopte pas une	

N°IGAS Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
			organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS. <u>Remarque N°15 :</u> La distribution des petits déjeuners n'est pas conforme aux recommandations du GER-MCN qui indique que le petit déjeuner doit comporter une boisson en volume suffisant, un aliment céréalier, un produit laitier (plus de 150 ml de lait ou yaourt, fromage, fromage blanc...), un fruit ou un jus de fruits. <u>Remarque N°16 :</u> Lors du service des repas, les soignants ne portent pas systématiquement de surblouse.	

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.4.3.10	Vie quotidienne - Hébergement		Le midi 6 résidents mangent en chambre. Le soir, c'est entre 21 et 24 plateaux qui sont servis en chambre.	Remarque n°17: Les repas en chambre ne permettent pas la vigilance nécessaire par rapport à la consommation des repas et à la prise de boissons.	

Organisation de la prise en charge soignante

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.1.4.7	Organisation de la prise en charge soignante		Les IDE de jour sont présentes de [redacted] et une autre de [redacted]. L'IDE de nuit est présente de [redacted] [redacted]. Matin et soir, il y a une transmission entre infirmières. A noter que sur la fiche de poste de l'AS de nuit, les horaires sont notés de [redacted], mais dans la description des tâches, il est dit que l'arrivée et la mise en tenue professionnelle se fait entre [redacted]		

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat EIR	
			Ce décalage n'existe pas pour l'AS de jour qui est présente de [REDACTED] et qui arrive sur site et se met en tenue professionnelle entre [REDACTED]		
3.4.4.1	Organisation de la prise en charge soignante	[REDACTED]	Les AS et auxiliaires de vie réalisent environ 8 toilettes par jour. A ce jour, un stagiaire par étage peut apporter de l'aide. Les toilettes sont réalisées en binôme lorsqu'il n'y a pas de lève malade, mais les aides techniques sont privilégiées. Des toilettes évaluatives sont faites par l'ergothérapeute, la psychomotricienne et parfois par la psychologue. Il y a peu de toilettes en binôme car l'utilisation d'aides techniques est préférée.		[REDACTED]
3.4.4.2	Organisation de la prise en charge soignante	[REDACTED]	Les changes sont effectués le matin, puis après le déjeuner, puis au goûter et avant l'installation au lit. Certains résidents peuvent être changés la nuit en fonction de leur plan de change. L'accompagnement aux toilettes est également réalisé à la demande.		

Prise en charge médicale

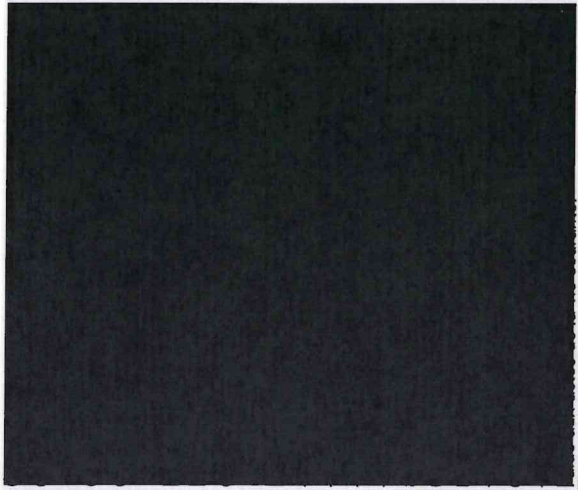
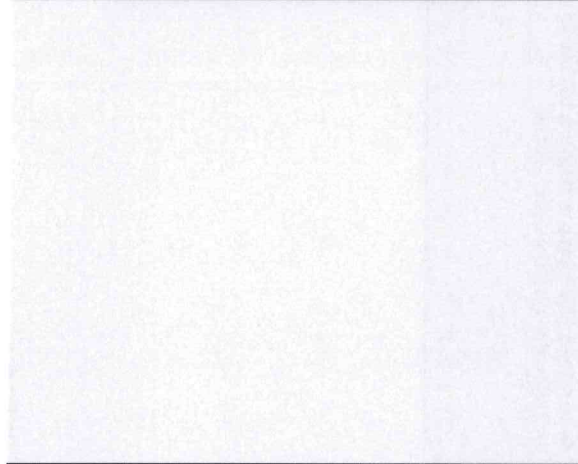
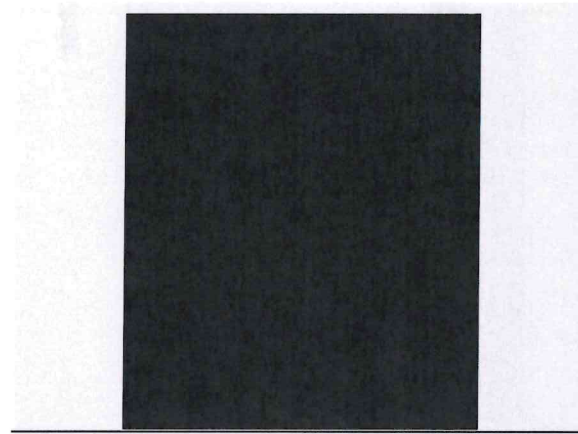
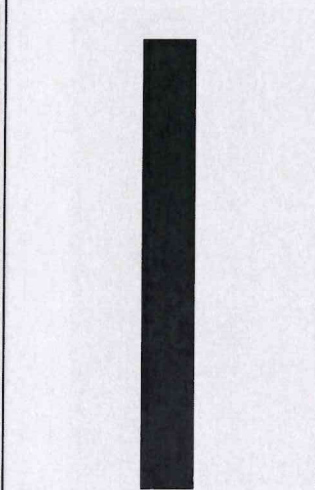
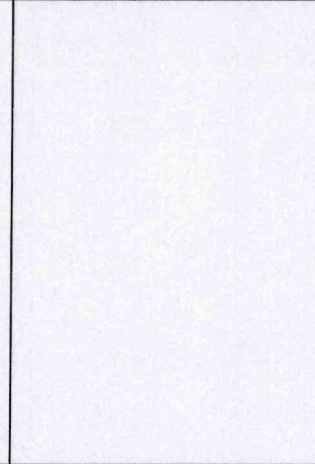
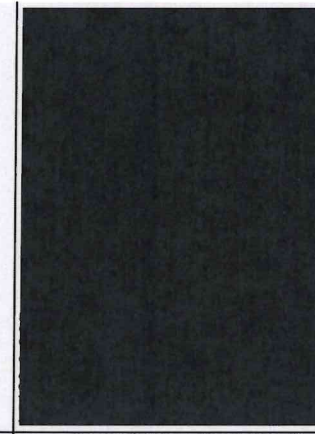
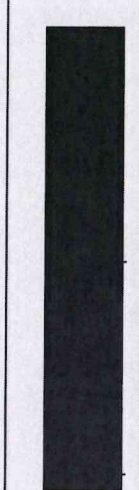
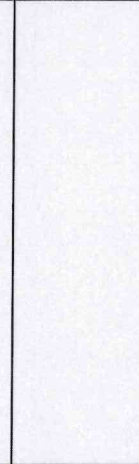
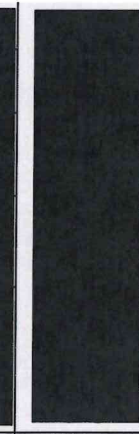
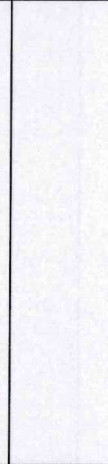
N°IGAS	Sous-thème	Observations ou commentaires	Constat EIR	
3.1.1.1	Prise en charge médicale	A réception du certificat médical (CERFA le plus souvent), le medec et l'IDEC essayent de faire une visite au domicile ou à l'hôpital. Avant l'entrée, le MEDEC inscrit dans les informations médicales connues, les vaccins, les prescriptions médicamenteuses, de kinésithérapie et d'orthophonie si besoin, ainsi que les textures. Les informations obtenues par la mission montrent toutefois que l'avis médical n'est pas toujours sollicité pour l'admission d'un résident.	Ecart N° 9 : L'absence d'avis médical avant l'admission ne permet pas de garantir la compatibilité de l'état de santé du demandeur avec les capacités de soins de l'institution.	
3.1.1.2	Prise en charge médicale	Les informations transmises à la mission sont qu'un bilan biologique est réalisé à l'entrée en l'absence de données récentes, une synthèse gériatrique est réalisée dans les 2 mois, l'évaluation de la douleur est réalisée à 99% à l'entrée. Le Braden est fait par les IDE ; les MMS, NPIES, Mini GDS par la psychologue. L'évaluation du risque de chutes et les capacités restantes sont faites par la psychomotricienne. Cependant, aucune traçabilité n'a été apportée à ces évaluations. Les documents demandés pour le faire n'ont pas été fournis. En 2021, il n'y avait pas d'évaluation de l'état bucco-dentaire.	Remarque n°18 : la preuve des évaluations faites à l'entrée du résident n'a pas été apportée.	

N°IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
3.1.4.5	Prise en charge médicale		■ médecins traitants interviennent régulièrement et ont signé une convention avec l'établissement. Par ailleurs, il y a entre 25 et 30 résidents dont le médecin traitant ne vient pas régulièrement. A ce jour, alors qu'il n'y a que des résidents en hébergement permanent, il y a 20 résidents qui n'ont pas de médecin traitant. Dans ces cas, le medec prend la relève.		
3.1.4.6	Prise en charge médicale				
3.4.3.9	Prise en charge médicale		Les résidents sont pesés tous les mois, lors du 2^{ème} WE du mois. Les poids sont rentrés sur le logiciel ■ Les tailles des résidents ayant été entrées dans ■, le logiciel calcule automatiquement l'IMC et la variation de poids (en kg) du résident. ■ établit une liste de résidents dénutris uniquement au vu d'une perte de poids et de l'IMC. Cette évaluation ne permet pas de repérer tous les résidents dénutris (la sarcopénie n'étant pas évaluée par le logiciel). Un dosage de l'albumine est réalisé environ une fois par an. L'étude des documents fournis met en évidence qu'au moins 65% des résidents sont dénutris et que 55% des résidents sont sévèrement dénutris. Cependant, moins de la moitié des résidents dénutris a un régime hyper protéiné.	Ecart N°10 : Avec au moins 65% de résidents dénutris dont 85% sont dénutris sévèrement, la santé des résidents n'est pas correctement prise en compte, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	

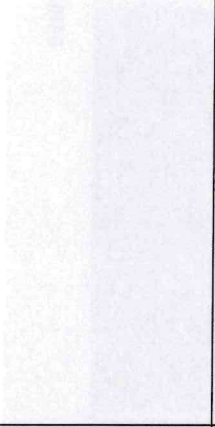
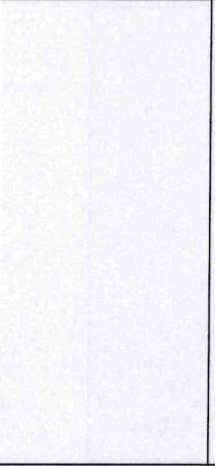
N°IGAS	Sous-thème	[REDACTED]	Observations ou commentaires	Constat E/R	[REDACTED]
3.4.3.5	Prise en charge médicale	[REDACTED]			[REDACTED]

Les soins

3.8.2.1	Soins	Il n'y a pas de support papier pour les transmissions. Dans la fiche de poste des aides-soignantes de jour, arrivant à [REDACTED], il est prévu qu'à leur arrivée, elles passent à l'infirmière pour transmission inter équipe et prise de tablette. Lors des formations obligatoires, le mardi, le MEDEC doit passer en revue tous les ans, la totalité des protocoles de soins. Certaines procédures (hygiène bucco-dentaire, incontinence urinaire par exemple) sont présentées aux soignants par le fournisseur [REDACTED] Les plans de soins, sont établis individuellement dans [REDACTED]		
3.8.2.3	Soins	Il a été constaté quelques flacons (une dizaine) ouverts dont la date de péremption n'était pas indiquée.	Remarque n°19: La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.	
3.8.2.4	Soins	Oui		

3.8.2.6	Soins		■ médecins traitants écrivent dans le logiciel de soins et réalisent leurs ordonnances sur le logiciel.		
3.8.2.12	Soins		Le stock tampon comporte une quantité importante d'Acupan (environ 40 boîtes).		
3.8.2.13	Soins		Il y a une photo du résident dans le classeur des prescriptions, sur le chariot de soins, sur les piluliers, sauf pour les personnes récemment entrées. .		
3.8.2.14	Soins		La préparation des médicaments est réalisée par la pharmacie.		

3.8.2.16	Soins		Les médicaments sont livrés, scellés, le jeudi soir. Ils sont ouverts et laissés ouverts avant d'être contrôlés.	Remarque N°20 : Des médicaments ont été retrouvés ouverts, non rangés.	
3.8.2.18	Soins		La distribution des médicaments est réalisée par les IDE et quelques aides-soignantes formées. En particulier, le soir, les aides-soignantes donnent les traitements en rouleaux et les IDE les gouttes, insuline et anticoagulants.		
3.8.2.24	Soins		Il existe le processus N°10 Parcours du résidents – Soins – Prise en soins de la douleur. Aucune évaluation de la douleur n'a été objectivée.	Ecart N°11 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L110-5, L112-4 et R4311-2 5° du CSP.	
3.8.2.25	Soins		Non		

3.8.3.1	Soins		Les locaux sont propres.		
3.8.3.2	Soins		Chariot des IDE de jour et de nuit. 2 dynamaps 2 extracteurs à oxygène. Valise d'urgence Le réfrigérateur de la pharmacie n'était pas équipé d'un thermomètre pour permettre de vérifier la température était correcte. La feuille des températures du réfrigérateur n'est pas tenue correctement. 2 pousse seringue et 1 blader scan sont arrivés récemment. La plateforme de pesée est dans la salle de kinésithérapie.	Ecart N°12 : l'absence de thermomètre et de vérification régulière de la température du réfrigérateur des médicaments ne permet pas de garantir la santé des résidents.	
3.8.3.3	Soins		Il a été constaté que l'infirmerie était ouverte. Les placards contenant les dossiers médicaux étaient ouverts.	Ecart n°13 : en ne respectant pas la sécurisation de l'accès aux données de santé dans le bureau médical, les professionnels contreviennent aux dispositions de l'article R4127-45 et L. 1110-4 du CSP et L311-3 4° du CASF	
3.8.3.7	Soins		Il existe un plan de changes individualisé pour chaque résident.		
3.8.4.3	Soins		Les DLU sont actualisés par l'IDE de nuit. Ils sont imprimés et regroupés dans un classeur.		

Relations avec l'extérieur

Coordination avec les autres secteurs

N° IGAS	Sous-thème		Observations ou commentaires	Constat E/R	
4.2.1.1	Coordination avec les autres secteurs		Des collaborations sont réalisées avec la clinique ou la clinique pour la chirurgie orthopédique.		
4.2.1.2	Coordination avec les autres secteurs		Kinésithérapeutes, orthophoniste		
4.2.1.3	Coordination avec les autres secteurs				
4.2.1.4	Coordination avec les autres secteurs		Oui, l'HAD intervient pour les pansements complexes, les antibiotiques hospitaliers en perfusion IV et pour les nutriments entéraux.		

N°IGAS Sous-thème			Observations ou commentaires	Constat E/R	
4.2.1.5	Coordination avec les autres secteurs		Une convention a été signée avec une EMGE qui passe tous les mois. Des conventions ont aussi été signées avec une HAD et un réseau de soins palliatifs avec lequel, des dossiers dormants ont été mis en place.		
4.2.1.7	Coordination avec les autres secteurs		Une convention a été signée avec une pharmacie le 21 septembre 2021.		

Récapitulatif des écarts et des remarques

Liste des écarts relevés par la mission	
N°	
E1	L'établissement n'a pas déclaré les travaux qui ont conduit à une réduction du nombre de places et présente, de ce fait, un fonctionnement qui n'est pas conforme à son autorisation - L313-1, 4 du CASF)
E2	L'établissement n'a pas fourni à la mission le document unique de délégation de la directrice, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF
E3	La liste des personnes qualifiées affichée n'est pas à jour
E4	La liste des EIG 2021/2022 transmise est très peu lisible et ne permet pas à la mission de vérifier que les signalements sont effectués auprès des autorités administratives
E5	Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas complets, et des éléments médicaux ont été retrouvés dans certains d'entre eux.
E6	Les cartons DASRI ne sont pas stockés dans un local dédié.
E7	Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.
E8	En limitant l'apport en protéines du plat protéiné des régimes mixés, l'établissement ne prend pas en compte la santé des résidents.
E9	L'absence d'avis médical avant l'admission ne permet pas de garantir la compatibilité de l'état de santé du demandeur avec les capacités de soins de l'institution.
E10	Avec au moins 65% de résidents dénutris dont 85% sont dénutris sévèrement, la santé des résidents n'est pas correctement prise en compte.
E11	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
E12	L'absence de thermomètre et de vérification régulière de la température du réfrigérateur des médicaments ne permet pas de garantir la santé des résidents.
E13	En ne respectant pas la sécurisation de l'accès aux données de santé dans le bureau médical, les professionnels contreviennent aux dispositions de l'article R.4127-45 et L. 1110-4 du CSP et L311-3 4° du CASF.
Liste des remarques formulées par la mission	
N°	
R1	Le projet d'établissement n'est pas suffisamment spécifique à l'EHPAD et ne présente pas toutes les rubriques qui doivent normalement faire partie d'un projet d'établissement, notamment le projet de soin et le projet d'animation.
R2	Le document de subdélégation de signature au responsable des relations avec les familles ainsi que le contrat de travail de la nouvelle IDEC, transmis à la mission, ne sont pas signés et n'ont donc pas de valeur juridique.
R3	La preuve de l'amélioration continue de la qualité n'a pas été apportée.
R4	Il n'y a pas de formation bientraitance formalisée dans les plans de formation
R5	Le registre des plaintes et réclamations doit être facilement et librement accessible.

R6	le DUP n'est pas conforme au code du travail et ne permet pas d'avoir une visibilité réelle des salariés de l'établissement et de leurs contrats.
R7	Les dossiers RH en version papier étudiés par la mission sont incomplets et mal renseignés. Il manque beaucoup de documents essentiels et obligatoires.
R8	les plans de formation fournis ne valorisent pas suffisamment la politique de formation mise en place au sein de l'EHPAD
R9	L'établissement doit veiller à ce que tous les professionnels soient à jour de leur AFGSU.
R10	Les plannings des AS ne prévoient pas de temps de transmission entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.
R11	Le circuit du linge n'est pas conforme aux bonnes pratiques d'hygiène.
R12	Un faible nombre de résidents ont reçu un vaccin pneumococcique.
R13	Très peu de résidents ont désigné une personne de confiance et la preuve de l'information donnée n'est pas effective puisqu'elle ne se trouve pas dans les dossiers des résidents.
R14	En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeune nocturne soit inférieur à 12h, l'établissement n'adopte pas une organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.
R15	La distribution des petits déjeuners n'est pas conforme aux recommandations du GERMEN qui indique que le petit déjeuner doit comporter une boisson en volume suffisant, un aliment céréalier, un produit laitier (plus de 150 ml de lait ou yaourt, fromage, fromage blanc...), un fruit ou un jus de fruits.
R16	Lors du service des repas, les soignants ne portent pas systématiquement de surblouse.
R17	Les repas en chambre ne permettent pas la vigilance nécessaire par rapport à la consommation des repas et à la prise de boissons.
R18	La preuve des évaluations faites à l'entrée n'a pas été apportée.
R19	La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.
R20	Des médicaments ont été retrouvés ouverts, non rangés.

Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD Korian Monceau, géré par le groupe Korian a été réalisé le 16 décembre 2022 à partir de la visite de l'établissement, des entretiens menés avec différents personnels et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans de nombreux domaines, néanmoins, elle a également relevé des dysfonctionnements, notamment en matière de :

- Conformité aux conditions de l'autorisation : le fonctionnement de l'EHPAD, qui utilise toutes ses places en hébergement permanent et a une capacité moindre que la capacité autorisée et financée, n'est pas conforme à son autorisation.
- Management et stratégie : le DUD de la directrice n'a pas été fourni.
- Vie quotidienne /Hébergement : l'alimentation apportée aux résidents ayant un régime mixé n'est pas aussi protéinée que les régimes normaux ou hachés ce qui favorise la dénutrition de ces résidents, déjà particulièrement fragiles.
- Organisation de la prise en charge : avec au moins 65% de résidents dénutris dont 85% sont dénutris sévèrement, la santé des résidents n'est pas correctement prise en compte d'autant que moins de la moitié des résidents dénutris ont un régime hyperprotéiné.
- Soins : Il n'a pas été retrouvé de traçabilité de l'évaluation multidimensionnelle des résidents (évaluation de la douleur, du risque d'escarres, du risque de chutes, dépistage de la dépression, de l'état buccodentaire).
- Gestion des ressources humaines : la politique de formation n'est pas suffisamment formalisée.

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

Saint Denis, le 7 avril 2023

Candie SOLLE Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France	Zouhira CHEBIHI Habilitée Inspection Contrôle de l'ARS, ARS Ile-de-France	Dominique GRUJARD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Docteur Christine BERBEZIER, Conseillère médicale, Ville de Paris
			

Glossaire

AMP : Aide médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
ASH : Agent de service hôtelier
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPA : Code des relations entre le public et l'administration
CSP : Code de la santé publique
CVS : Conseil de la vie sociale
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DU : diplôme universitaire
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ERRD : Etat réalisé des dépenses et des recettes
ETP : Equivalent temps plein
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HP : Hébergement permanent
HT : Hébergement temporaire
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
PAI : projet d'accompagnement individualisé
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMP : PATHOS moyen pondéré
RAMA : Rapport d'activité médicale annuel
RH : Ressources humaines
UVP : Unité de vie protégée

Annexe 1 : lettre de mission



**Direction de l'Autonomie
Agence régionale de santé Île-de-France**

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

Affaire suivie par : Candie SOLLE
Courriel : candie.solle@ars.sante.fr
Téléphone : 06 61 78 00 46

Madame Candie SOLLE, chargée de mission,
inspectrice de l'action sanitaire et sociale,
Direction de l'Autonomie, ARS Ile-de-France

Madame Zouhira CHEBIHI, chargée de mission,
habilitée Inspection Contrôle ARS, Direction de
l'Autonomie, ARS Ile-de-France

Madame Clémence HERBERA, chargée de
mission, Direction de l'Autonomie, ARS Ile-de-
France

Madame Céline BOREUX, responsable de l'offre
personnes âgées, Direction de l'Autonomie, ARS
Ile-de-France

Docteur Anne SIMONDON, conseillère
médicale, délégation départementale de Paris,
ARS Ile-de-France

Madame Dominique GRUJARD, chargée du
contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de
l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de
Paris

Docteur Christine BERBEZIER, conseillère
médicale, sous-direction de l'Autonomie,
Direction des solidarités, Ville de Paris

Saint-Denis, le 7 décembre 2022

Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Ce programme s'inscrit 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 Monceau (FINESS géographique 750832586) situé au 26 rue Médéric à 75017 PARIS, géré par le groupe KORIAN, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;

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

- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

La mission comprendra :

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

- Madame Candie SOLLE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Direction de l'Autonomie ;
- Madame Zouhira CHEBIHI, habilitée Inspection Contrôle de l'ARS ;
- Madame Clémence HERBERA, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie ;
- Madame Céline BOREUX, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie ;
- Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, délégation départementale de Paris.

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris ;
- Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du 16 décembre 2022. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de 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 fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

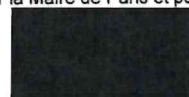
Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
D'Île-de-France et, par délégation la Directrice de



Isabelle BILGER

Pour la Maire de Paris et par délégation,



Servanne JOURDY
Adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités

Annexe 2 : Liste des documents demandés

Vendredi 16 décembre 2022

EHPAD Korian Monceau

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
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	1 copie + sur clef USB	Fourni en PDF
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format <u>EXCEL</u> et non pdf)	1 copie + sur clef USB	Transmis
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	Donnée en version papier
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clef USB	Transmis
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clef USB	Transmis
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clef USB	Transmis
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clef USB	Transmis
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	Transmis
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	Transmis
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	Non transmis
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Transmis. Document non signé
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	Procédure formalisée non
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	Procédure formalisée non
7	Planning des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Clé USB	Non transmis
8	suivi du plan d'actions des évaluations interne et externe	Clé USB	Non transmis
9	Compte-rendu des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	Transmis
10	Compte-rendu des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	Pas de compte-rendu
11	CR des réunions d'équipes	Clé USB	Transmis
12	Projet d'établissement	Clé USB	Non transmis
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	Document exploitable non
14	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2021 et janvier à octobre 2022</u>	Clé USB	Non transmis
15	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<u>tableau Excel</u> et non pdf)	Clé USB	Non transmis
16	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB	Transmis
17	Plannings des équipes de soins jour/nuits 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	Transmis
18	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	Transmis
19	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	Consultés
20	Dossiers RH des salariés	Consultation	Consultés
21	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	Transmis
22	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	Transmis
23	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Non consulté

24	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	Non consulté
25	Procédure d'accueil du nouveau salarié	Clé USB	Non transmis
26	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	Transmis
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance			
27	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 (si possible format EXCEL et non pdf)	Clé USB	Transmis sous format PDF
28	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	Transmis
29	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	Consulté
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	Document exploitable non
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	Transmis
32	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	Transmis
33	CR des réunions avec les familles 2021/2022	Clé USB	Transmis
34	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022) ;	Clé USB	Transmis
35	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	Non transmis
36	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	Non consulté
37	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	Transmis
38	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	Transmis
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante			
39	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	Consulté
40	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	Transmis
41	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	Transmis
42	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	Transmis
43	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	Transmis
44	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	Transmis
45	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	Transmis
46	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	Transmis

47	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Clé USB	Transmis
48	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : admission, chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	Transmis
49	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	Transmis
50	Nombre de chutes répertoriées, année 2021 et de janvier à octobre 2022	Clé USB	Transmis
51	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)	Clé USB	Un seul des 2 documents fourni
52	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	Non transmis
53	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	Transmis
54	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	Transmis pour les résidents
55	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	Transmis
56	La synthèse nutritionnelle sur 5 semaines en remplissant le tableau joint appelé Nutrition Synthèse Modèle. Les menus des mois d'août, septembre et octobre 2022	Clé USB	
57	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	<u>Extraction du registre d'enregistrement des EIG</u> : document peu exploitable. Analyse des causes transmise.
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins			
58	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	Transmis
59	Factures 2020 et 2021 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	Transmis

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection

- La directrice
- L'assistante de direction
- Le médecin coordonnateur
- L'IDEC
- 2 aides-soignantes
- 2 ASH
- Le responsable de la cuisine
- L'animatrice
- La responsable de l'hôtellerie
- Une résidente (présidente du CVS)