

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris

Affaire suivie par : Sophie Pasquier
Courriel : [redacted]

Téléphone : [redacted]

Monsieur [redacted]
Président
Association OMEG'AGE GESTION
54 boulevard de la Liberté
59 000 Lille

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

Affaire suivie par Firyal Abdellajouad
Courriel : [redacted]
Tel : [redacted]

Saint-Denis, le 14/06/2023

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur Le Président,

Une inspection conjointe menée par l'Agence de santé Île-de-France (ARS IDF) et la Ville de Paris a eu lieu de manière inopinée au sein de l'EHPAD « Les Jardins de Belleville », n° FINESS 750041659, sis au 259 rue de Belleville, 75019 Paris, diligentée sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), à partir du 17 novembre 2022.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le 20 mars 2023 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que cinq injonctions, cinq prescriptions et vingt-cinq recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 18 avril 2023 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que sur deux thématiques vous avez mis en place des actions permettant de lever une injonction et deux recommandations concernant :

- Le protocole d'envoi des ordonnances à la pharmacie
- L'organisation de temps de transmission journaliers
- L'accès individualisé des vacataires à [redacted]

Cependant des éléments nouveaux nous ont conduit à ré-évaluer une recommandation (recommandation n°14). En effet, le compte-rendu du COPIL Qualité de novembre 2022 que vous avez transmis à la mission d'inspection dans le cadre de la procédure contradictoire, la déclaration d'EIG que vous avez faite [redacted] ainsi qu'un mail envoyé à la mission d'inspection [redacted] concernant l'EIG mentionné dans ce compte-rendu contiennent des éléments concernant un EIG d'une extrême gravité qui n'a pas été traité correctement par l'établissement et qui expose les résidents à un risque immédiat.

- Un mail [redacted] envoyé à la coordonnatrice de la mission d'inspection fait état d'agressions ou d'attouchements de nature sexuelle qui auraient été commises sur une longue durée par un résident
- Le compte-rendu du COPIL Qualité de novembre 2022 évoque ces événements de la manière suivante :
 - o « Vu un EIDO [...] → réflexion à mener sur déclaration auprès des Tutelles. [X] ne souhaite pas faire de déclaration auprès de l'ARS. Actions mises à jour sur l'EIDO → 50% en cours de traitement »
- Vous avez transmis un EIG [redacted] faisant état d'une partie seulement des éléments portés à la connaissance de la mission d'inspection par le mail daté du [redacted].

En application de l'article L.313-14 du CASF, nous vous adressons les trois injonctions immédiates figurant en annexe. Nous vous demandons de nous faire connaître dans un délai de 7 jours à compter de la notification du présent courrier, les mesures correctrices mises en œuvre. Les éléments probants sont à nous transmettre par messagerie électronique aux adresses suivantes : [redacted] et [redacted]

Après examen de votre réponse, au regard des éléments de réponse que vous avez apportés, vous vous notifiez donc à titre définitif sept injonctions, cinq prescriptions et vingt-deux recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS IDF et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions.

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

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

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

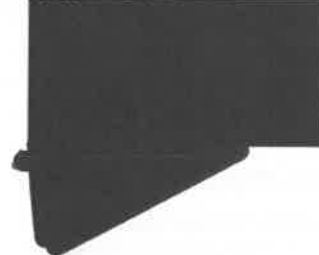
Pour La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France
et par délégation

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

La directrice des Solidarités



Copie :

Madame [redacted]
Directrice
EHPAD les Jardins de Belleville
259 rue de Belleville
75019 PARIS



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE

PARIS

Annexe : Décisions prises dans le cadre de l'inspection réalisée à partir du 17 novembre 2022 au sein de l'EHPAD Les Jardins de Belleville (n°FINESS ET 750041659), 259 rue de Belleville 75019 PARIS

Injonctions envisagées	Texte de référence	Réf. rapport	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre
1 Définir des tâches différenciées pour les auxiliaires de vie et les aides-soignants dans le projet d'établissement, les fiches de poste et les fiches de tâches afin d'assurer la présence d'une aide-soignante aux côtés d'une auxiliaire pour prendre en charge les besoins en soins des résidents.	L451-1 du CASF L451-88 CSP L4391-1 du CSP Arrêtés des 29 janvier 2016 et 10 juin 2021 fixant respectivement les référentiels de compétences des AES et des ASDE. D312-155 2° CASF L311-3 1° CASF	Ecart n°1, p.16 : Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, les auxiliaires de vie ne sont pas habilités à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.	L'EHPAD définit 4 actions à mener : 1. Définir les tâches différenciées pour les AVS et AS dans le projet d'établissement 2. Définir les fiches de postes/ tâches afin d'assurer la présence d'une AS aux côtés d'une AV pour prendre en charge les besoins des résidents. 3. Mettre en place 1 AES au 5ème étage à la place de l'AVS présente, et ce pour les 2 roulements 4. Mettre à jour quotidiennement le logiciel octime, avec l'ajout de l'intérim et brigad en cours.	Les fiches de tâches transmises ne permettent pas de différencier suffisamment les deux métiers (AS et AES) notamment concernant les actes de soins. La mission note que la définition des deux métiers sera portée au projet d'établissement en 2024. Les actions 3 et 4 sont considérées comme traitées alors qu'aucun document n'atteste de ce traitement : contrat de l'AES, planning, preuve d'embauche de l'intérim. Cette mesure est en cours de réalisation.	3 mois
2 Il convient que l'établissement se mette en conformité avec l'article L.3512-8 du Code de la santé publique.	Article L.3512-8 du Code de la santé publique	Ecart n°4, p.33 : L'absence d'espace fumeur n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.	L'établissement a identifié le lieu de création de l'espace fumeur au 2e étage. Entrepreneurs mobilisés pour réaliser les devis (en cours de validation) : sécurisation de la terrasse, mise en place d'un cabanon, automatisation de l'ouverture de la porte sur un créneau horaire Les travaux sont suivis par la SCI UNIVI	L'injonction est maintenue. Aucun document attestant de l'avancée de la mise en œuvre n'a été transmis : pas de devis produit, pas de preuve de la mise en route ou de la réalisation. L'injonction est maintenue.	6 mois

3	Veiller à fermer les postes de soins afin d'assurer la confidentialité des données et la sécurité des résidents. Délivrer des badges à chaque professionnel en lien avec ses missions, y compris les vacataires.	L311-3 CASF	Ecart n°6, p.44 : La porte de la plupart des postes de soin est maintenue ouverte ; or ils contiennent des données personnelles nominatives, voire des ustensiles dangereux pour les résidents et des médicaments.	L'établissement a défini 3 actions menées : 1.Sensibiliser le personnel à veiller à fermer les postes de soins afin d'assurer la confidentialité des données et la sécurité des résidents. 2.Mettre à disposition dès l'accueil un badge à chaque vacataire pour la journée. 3. Créer une affiche pour informer de la fermeture systématique des portes du poste de soins.	L'établissement ne précise pas par quels moyens il a procédé à la sensibilisation du personnel. Les vacataires sont dotés d'un badge, mais ce point doit concerner tous les professionnels amenés à pénétrer dans les postes de soins. L'affiche n'a pas été transmise. L'injonction est maintenue.	immédiat
4	Présenter un bilan des EI et des EIG au CVS.	R. 331-10 du CASF	Ecart n°7, p.45 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF	L'établissement envisage de présenter le bilan des EI/EIDO au CVS le 15 juin 2023.	L'injonction est maintenue jusqu'à la transmission à l'ARS et à la Ville de Paris de la présentation du bilan.	3 mois
5	Appliquer strictement la convention signée en septembre 2022 entre la pharmacie et l'EHPAD qui précise que les ordonnances ne sont pas entrées sur le logiciel Netsoins, elles seront envoyées par mail directement à la pharmacie".	Convention entre l'EHPAD et la pharmacie	Ecart n°10, p.56 : Le MedCo retranscrit les ordonnances papier des médecins traitants et/ou hospitaliers dans le logiciel de soins	L'établissement a défini deux actions qu'il considère comme traitées : 1. Respecter le convention Pharmacie/EHPAD 2..Formaliser un protocole d'envoi des ordonnances systématiquement à la pharmacie.	Le protocole a été fourni à la mission d'inspection. L'injonction est levée.	immédiat

Au regard des nouveaux éléments transmis par l'établissement à la mission d'inspection dans le cadre de la procédure contradictoire (codir qualité de novembre 2022 et mail d'agents de l'établissement transmis à la coordonnatrice de la mission le 26 avril 2023), il convient d'ajouter 3 Injonctions immédiates en vertu de l'article L.313-14 du CASF :

	Injonctions immédiates	Texte de référence	Éléments nouveaux constatés	Délai de mise en œuvre
6	Saisir le Procureur de la République concernant l'EIG [REDACTED]	Article R.331-8 du CASF et article 40 du code de procédure pénale.	Selon le compte rendu du CODIR du 30 novembre 2022 transmis à la mission d'inspection, [REDACTED] refuse de déclarer en EIG une suspicion d'agression sexuelle, ce qui constitue une grave erreur de jugement : le COPIL Qualité du 30 novembre 2022 "propose une réflexion à mener sur la déclaration aux tutelles". L'EIG a été finalement déclaré [REDACTED] et les autorités de tutelles ne savent pas à ce jour si la saisine du procureur (demandée par mail de la Ville de Paris [REDACTED]), a été faite.	Injonction immédiate
7	Déclarer systématiquement et sans délai tous les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris	Article L.331-8-1 et article R.311-8 du CASF	Selon le compte rendu du CODIR du 30 novembre 2022 transmis à la mission d'inspection, [REDACTED] refuse de déclarer une suspicion d'agression sexuelle, ce qui constitue une grave erreur de jugement : le COPIL Qualité "propose une réflexion à mener sur la déclaration aux tutelles". L'EIG a été finalement déclaré [REDACTED]	Injonction immédiate
8	Saisir la STARAQS afin que l'ensemble des équipes de l'EHPAD puissent mener une réflexion approfondie autour de l'EIGS qui s'est produit à l'été 2022 ainsi que sur l'EIG déclaré [REDACTED]	Article L.331-8-1 et article L.311-3 du CASF	Remarque n°17 p.50 : l'établissement n'a pas mis en place un suivi, une analyse et un bilan des EI et EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Remarque n°18, p.51 : Le retex de l'EIGS [REDACTED] n'a pas été mené à son terme. Il n'a pas passé en revue l'arbre des causes dans sa totalité. Il n'a pas donc pas pu établir l'ensemble des mesures correctrices à envisager, notamment les mesures préventives. L'établissement s'est fixé deux objectifs 1. Continuer à saisir la DQ UNIVI pour tout EIDO 2. Continuer à évoquer les EI/EIDO en COPIL Qualité Concernant le retex de l'EIGS [REDACTED], l'établissement précise : « RETEX reprenant la méthode ALARLM + complétude du volet II EIGS. Concernant la PEC douleur : mise en place de la procédure CAT douleurs (sensibilisation sur les procédures et échelles de douleur en cours). Concernant la charge de travail ce jour là 2 IDE étaient présents ». Les comptes rendus du COPIL qualité transmis à la mission d'inspection dans le cadre de la procédure contradictoire établissent que les EIG sont évoqués et suivis. Cependant ils apportent des éléments nouveaux : - le tableau de suivi des EI mentionné au COPIL du 30 novembre 2022 est très succinct sur l'état d'avancement de leur prise en charge (il ne liste pas les mesures prises et qui restent à mettre en œuvre notamment) - concernant le retex portant sur l'EIG [REDACTED] il n'approfondit pas les mesures préventives à mettre en place (notamment sur la chaîne de décisions).	Injonction immédiate

Prescriptions envisagées	Texte de référence	Ref. rapport	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre
1 Faire du projet de vie un outil de participation du résident et de sa famille à sa prise en charge, conformément aux recommandations de la HAS "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement".	L.311-3 7° du CASF	Ecart n°2, p.30 : Le résident et/ou sa famille ne participent pas activement à l'élaboration du projet de vie.	L'établissement indique que le psychologue invite désormais les proches et les résidents le jeudi sur le créneau horaire réservé à l'examen des PVI.	Aucun document permettant d'attester de la réalité de cette nouvelle procédure n'a été transmis : procédure, invitation par mail (exemples de mails ou de courriers à produire). La prescription est maintenue.	3 mois
2 S'assurer de l'accessibilité des appels malades dans toutes les chambres, même inoccupées, et mener des actions pour une meilleure prise en compte de ces appels malades par le personnel.	L311-3 CASF 1°	Ecart n°3, p.33 : Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.	L'établissement a défini 5 actions qu'ils considère comme ayant été menées à terme : 1. S'assurer de l'accessibilité des appels malades dans toutes les chambres, mêmes inoccupées. 2. Vérifier une fois par semaine le temps de réponse des appels malade. 3. Rajouter le logiciel d'appel malade sur le PC de l'IDEC. 4. Sensibiliser le personnel au délai moyen de réponse aux appels malades. 5. Mettre en place la procédure gestion des appels malades.	L'établissement a transmis une procédure de gestion des "appels malades" datée du 22 mars 2022. Cependant, il n'a pas transmis la fiche de traçabilité du contrôle de temps de réponse. La mission ne peut évaluer la réalité du suivi des appels malades et l'amélioration de la prise en charge des appels malade. Poser qu'un appel malade peut être pris en charge dans les 15 mn paraît insuffisant. La réalité de sensibilisations du personnel n'est pas attestée (feuilles d'émargement, contenu de cette sensibilisation ...). La prescription est maintenue.	Immédiat

3	Les protocoles et bonnes pratiques d'hygiène et de conservation des denrées alimentaires doivent être appliqués au sein de l'EHAD.	L311-3 1° CASF (Sécurité du résident) "Réfrigérateur et hygiène des aliments"-ANSES-2016 "Sécurité sanitaire des aliments : tout sur la chaîne du froid"-Ministère agriculture et alimentation-2021	Ecarts n°5, p.40 : le relevé des températures de service n'est pas systématique, les plats ne semblent pas maintenus à température le soir. Les DLC ne sont pas portés sur les eaux gélifiées ni les denrées mixées, ce qui contrevient aux protocoles de conservation des denrées alimentaires et aux recommandations	L'établissement a défini 5 actions qu'il considère comme ayant été menées à terme : 1. Appliquer le protocole des bonnes pratiques d'hygiène et de conservation des denrées alimentaires 2. Réaliser le relevé des T° systématiquement à chaque service 3. Inscrire la DLC systématiquement sur tous les aliments retrouvés dans les réfrigérateurs 4. Préparer les plateaux du soir au fur et à mesure et à la demande 5. Sensibiliser les équipes à brancher systématiquement les chariots en SM	Les eaux gélifiées étant achetées désormais, l'action 3 apparaît comme traitée. Mais il n'a pas été transmis de document attestant de la mise en œuvre (factures par exemple). Pour les actions 1 et 2, le relevé des températures n'a pas été fourni. Concernant l'action 4, la mission n'a pas demandé à ce que les plateaux du soir soient préparés au fur et à mesure, mais qu'ils soient maintenus à température jusqu'au service. L'établissement ne précise pas la manière dont la sensibilisation des ASH pour brancher systématiquement les chariots s'est faite.	Immédiat
4	Réaliser une évaluation nutritionnelle des résidents pour dresser un état des lieux et assurer un suivi régulier.	Recommandations de la HAS de novembre 2021 et article 311-3 du CASF	Ecarts n°8, p.52 : La prise en charge nutritionnelle des résidents est lacunaire, et ne permet pas de garantir une bonne alimentation pour chaque résident du fait de plusieurs manques, ce qui contrevient à l'article 311-3 du CASF : - L'évaluation nutritionnelle des résidents n'est pas systématique, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de novembre 2021. - L'apport en calories et en protéines n'est pas tracé. - L'apport en protéines des petits déjeuners est insuffisant. - Le suivi des pesées est insuffisant. - La distribution des CNO n'apparaît pas cohérente avec les données concernant les personnes en risque de dénutrition. - La prise des CNO n'est pas tracée.	L'établissement a défini 5 actions à mener (dont 4 qu'il estime réalisées) : 1. Réaliser une évaluation nutritionnelle des résidents pour dresser un état des lieux et assurer un suivi régulier. 2. Tracer l'apport en calories et protéines 3. Identifier tous les résidents qui n'ont pas de laitage et proposer un yaourt. 4. Rajouter dans le plan de soins les CNO et tracer leur prise 5. Tracer et suivre les pesées des résidents mensuellement.	La prescription est maintenue. L'établissement déclare que le MedCo a procédé à l'évaluation nutritionnelle des résidents mais ces évaluations n'ont pas été transmises au médecin de la mission d'inspection. La traçabilité des enrichissements en protéines du tableau « FICHE ALIMENTATION MISE A JOUR AOUT 2022 » au médecin de la mission. L'action 3 devrait préciser qu'il s'agit d'identifier les résidents qui n'ont pas de laitages au petit déjeuner. Cette action n'est pas réalisée au regard du compte rendu du COPIL Qualité qui s'est tenu le 13 mars 2023 et qui note l'insuffisance de yaourts pour tous les résidents. Les	immédiat

Le médecin de la mission avait relevé que peu de résidents bénéficiaient de demies portions enrichies ou de portions enrichies en proportion du nombre réel de personnes dénutries.

					commandes passées et les factures n'ont pas été transmises. Action 4 : L'intérêt de la traçabilité de la prise des CNO devrait être expliquée aux soignants et mise en lien avec une alimentation adaptée aux besoins des résidents. Une étude sur l'hypothèse d'un lien entre la rénutrition des résidents et une diminution du nombre de chutes pourrait être réalisée. Action 5 : Le suivi des pesées n'a pas été communiqué.	
5	Réaliser systématiquement une évaluation multidimensionnelle (anciennement appelée évaluation gériatrique standardisée) des résidents à leur entrée dans l'établissement.	Article L.311-3 du CASF	Ecart n°9, p.53 : L'évaluation multidimensionnelle n'est pas systématiquement réalisée à l'entrée dans l'établissement.	L'établissement pose une action : Réaliser systématiquement l'Evaluation Gériatrique Standardisée UNIVI des résidents à leur entrée dans l'établissement	La prescription est maintenue. L'établissement déclare que le MedCo a mené depuis janvier 2023 les évaluations multidimensionnelles pour 59 résidents. Cette affirmation ne permet pas d'établir que les nouveaux résidents en ont bénéficié. L'extraction des données du logiciel [REDACTED] des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents ni le détail des 59 résidents (avec date d'admission) n'ont été transmis à la mission. Il conviendrait d'y ajouter l'évaluation du risque de chutes et de la force musculaire menée par les kinésithérapeutes à l'admission, qui devrait être encodée [REDACTED]. La prescription est maintenue.	immédiat

Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse apportée par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire	Décision au terme de la procédure contradictoire
1 Définir le rôle, la fonction, les critères de choix du professionnel référent du résident dans le projet d'établissement, ainsi que les critères qui fondent l'organisation des cycles de travail et le changement ou pas d'unité de vie. Evoquer la promotion de la bientraitance en lien avec la lutte contre la maltraitance.	Remarque n°1, p.10 : Le rôle, la fonction, les critères de choix du professionnel référent du résident ne sont pas définis dans le projet d'établissement. Les critères qui fondent l'organisation des cycles de travail et le changement ou pas d'unité de vie ne sont pas établis dans le projet d'établissement.	L'établissement a défini 2 actions à mener : 1. Définir le rôle, la fonction des critères de choix du professionnel référent du résident dans le PE, ainsi que les critères qui fondent l'organisation des cycles de travail et le changement ou pas d'unité de vie 2. Evoquer la promotion de la bientraitance en lien avec la lutte contre la maltraitance dans le prochain PE (en lien avec la politique bientraitance UNIVI)	Il est pris acte de ces décisions. La recommandation est maintenue jusqu'à transmission du projet d'établissement à l'ARS et à la Ville de Paris.
2 Organiser au niveau de la direction et de l'IDEC des temps de transmission journaliers suffisants avec l'ensemble de l'équipe présente.	Remarque n°2, p. 11 : Le staff de soignants et infirmières animé par l'IDEC ne se réunit que deux fois par semaine. Remarque n°6, p.18 : L'organisation du travail ne garantit pas des temps de transmissions suffisants.	L'établissement a organisé au niveau de la direction et de l'IDEC des temps de transmission journaliers suffisants avec l'ensemble de l'équipe présente. A partir du 11 avril 2023, les temps de transmissions ont été définis : lundi et mercredi : 15h-16h ; mardi et du jeudi au dimanche : 15h-15h30. ces temps de transmission ont été portés dans les fiches de tâches.	Dont acte. Recommandation levée.
3 Recruter un plein temps de paramédical (psychomotricien) plutôt que deux mi-temps.	Remarque n°3, p.13 : Au regard des difficultés de recrutement, 0,5 ETP de psychomotricien et 0,5 ETP d'ergothérapeute sont deux postes qui risquent d'apparaître moins attractifs qu'un 1 ETP de psychomotricien.	Le poste du mi-temps ergothérapeute est relancé ; si pas de retour, publication d'un poste mi-temps psychomotricienne sera fait.	Informez l'ARS et la Ville de Paris du recrutement suite à la relance faite. Recommandation maintenue.
4 Procéder au recrutement d'IDE afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers	Remarque n°4, p.16 : les taux d'encadrement sont inférieurs aux objectifs posés dans le CPOM, tout particulièrement concernant les IDE.	Hors IDEC, le budget porte sur 4,50 ETP IDE (hors remplacement). Depuis le 01/02/2023, la résidence fonctionne avec 4,90 ETP d'IDE. Les 4 ETP IDE en cas d'absence sont remplacés, le 0,90 ETP n'est pas remplacé. Publication régulière des postes en CDI sur staff santé.	Transmettre les plannings attestant de l'augmentation du temps d'IDE au sein de l'établissement. Recommandation maintenue.

5	L'établissement doit garantir que les rythmes de travail sont respectés en mettant en place une nouvelle procédure de validation des plannings établis.	Remarque n°5 p.16 : Des agents ont enchaîné travail de nuit et travail de jour, ce qui augmente le risque d'épuisement.	Cette situation est arrivée une seule fois (il s'agit d'une erreur et cela n'est pas dans les pratiques courantes de l'établissement)	Cette erreur a été relevée 4 fois sur les plannings transmis (juillet, août et octobre 2022). Communiquer la procédure de validation des plannings afin de garantir la mise en place d'un contrôle hiérarchique. Recommandation maintenue.
6	Envisager la remise en place de l'analyse des pratiques professionnelles, y compris dans un cadre obligatoire pour les aides-soignants, les auxiliaires de vie, et les infirmières, afin de relayer une véritable politique de la bientraitance.	Remarque n°7 , p.20 : l'analyse de pratiques professionnelles animée par une personne extérieure à l'établissement n'est plus mise en œuvre depuis 2018	L'établissement se rapproche d'un établissement UNIV1 pour réaliser l'analyse des pratiques avec un groupe piloté par un psychologue extérieur à l'EHPAD.	Produire les feuilles d'émargement lorsque la mise en place sera effective. Recommandation maintenue.
7	Construire le plan de développement des compétences au regard des besoins propres des professionnels et de l'analyse des EI et EIG survenus dans l'établissement.	Remarque n°8 , p.20 : Le plan de développement des compétences ne garantit pas le renouvellement des attestations AFGSU du personnel tous les 4 ans. Remarque n°9 , p.20: Compte tenu de la découverte inopinée, par 2 fois, de fractures des jambes des résidents, il apparaît que les formations à l'utilisation des lève-malades et autres appareils de manutention utilisés dans l'EHPAD sont insuffisantes. Remarque n°10 , p.20 : Compte tenu du nombre considérable de résidents à risque de dénutrition (voir p.56 du présent rapport), les formations sur la nutrition des personnes âgées sont insuffisantes Remarque n°21 , p.53 : Les formations régulières sur de grands thèmes gérontologiques et particulièrement sur la nutrition et les soins bucco-dentaires apparaissent	L'établissement envisage de construire le plan de développement des compétences 2024 au regard des besoins propres des professionnels et de l'analyse des EI et EIG survenus dans l'établissement. Il définit 5 actions : 1. Renouveler les AFGSU de tout le personnel. 2. Former les soignants à l'utilisation des rails de transfert et formaliser une procédure interne sur leur utilisation avec la mise en place de rails : équipement de 50 chambres: entreprise mobilisée, devis signé. Installation programmée pour au plus tard le début du 2ème semestre. 3. Former les soignants à la nutrition et inscrire au plan de formation 2024 des formations sur ce thème Concernant les soins bucco-dentaires, l'établissement indique que des formations auront lieu les 25 et 26 octobre 2023.	Transmettre la liste des personnels qui doivent renouveler l'AFGSU et les dates de formation programmées, ainsi que les attestations AFGSU du personnel. Transmettre le plan de compétences 2024. Transmettre le déroulé des formations dénutrition envisagées (contenu, durée, feuille d'émargement). Recommandation maintenue.

	insuffisantes au regard des pratiques constatées.		
8	Assurer efficacement un classement des pièces du dossier administratif des résidents, afin d'éviter des divergences entre les informations contenues dans le dossier administratif papier et les informations contenues dans le logiciel Netsoins.	Remarque n°11, p.30 : les dossiers ne sont pas rangés au même endroit et ne sont pas structurés en sous-dossiers. Des pièces indispensables sont manquantes : pièce d'identité, mention du médecin traitant, personne de confiance, directives anticipées, état des lieux d'entrée....	L'établissement a envisagé 4 actions : 1. Assurer efficacement la complétude des dossiers résidents papiers et informatisés netsoins 2. Ranger tous les dossiers dans le bureau de l'assistante de direction. 3. Réaliser un audit pour la complétude de 100% des dossiers. 4. Mettre en place une organisation type pour tous les nouveaux dossiers des résidents. Transmettre la fiche récapitulative sur ce qui doit figurer dans le dossier papier et le dossier [REDACTED] Communiquer les résultats de l'audit mené en avril 2023. Communiquer la check list du dossier résident. Recommandation maintenue.
9	Formaliser les propositions de collation en soirée aux résidents.	Remarque 12, p.40 : 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 « Qualité de vie en Ehpad, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».	Transmettre les propositions de collation et le nombre de collations acceptées par les résidents depuis le 1er avril. Préciser les modalités de la sensibilisation des soignants (contenu, durée et feuilles d'émargement) Recommandation maintenue
10	Proposer des petits déjeuners conformes aux recommandations du [REDACTED] proposer un enrichissement protidique et énergétique aux personnes à risque de dénutrition ou dénutries.	Remarque n°13, p.40: La composition des petits déjeuners n'est pas conforme aux recommandations [REDACTED] 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.	Enrichir les petits déjeuners en calcium (laitages) et en protéines (poudre hyperprotéinée) et transmettre la composition des petits déjeuners (commandes et factures). Pour rappel, la traçabilité de la prise de CNO est difficile et probablement aléatoire. La prescription d'un seul CNO par jour ne permet pas d'atteindre un apport supplémentaire de 400kcal/jour et/ou de 30g/jour de protéines, nécessaires selon les recommandations de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées de novembre 2021. Recommandation maintenue.

11	Garantir le port de surblouse par les agents assurant l'aide au repas.	Remarque n°14 , p.40 : les soignants qui servent et aident les résidents lors des repas ne portent pas de surblouse sur leur tenue, ce qui contrevient aux règles d'hygiène	Garantir le port de surblouse/tablier par les agents assurant l'aide au repas : Devis en cours pour des tabliers lavables, en attendant mise en place de tablier jetable.	Fournir les devis et les factures. Recommandation maintenue.
12	Clarifier le circuit du linge dans les étages et réserver les locaux de linge propre à l'usage exclusif du circuit du linge.	Remarque n°15 , p.42 : le circuit du linge n'est pas clair dans les étages.	Clarifier le circuit du linge dans les étages et réserver les locaux de linge propre à l'usage exclusif du circuit du linge. Sensibiliser les équipes sur l'interdiction de stocker du matériel (DM) hors linge sale.	Communiquer la procédure lorsqu'elle aura été formalisée. Recommandation maintenue.
13	Mettre en place des lieux d'échange où professionnels, familles ou proches et usagers peuvent croiser leurs regards, conformément aux recommandations de la HAS.	Remarque n°16 , p.45 : Aucune réunion de résidents n'est organisée afin d'échanger sur les propositions du CVS. les axes d'amélioration ou les nouvelles arrivées.	L'établissement a décidé de mettre en place un échange avec les résidents sur les propositions et axes d'améliorations du dernier CVS : restitution du CVS du 30/03/2023, le 07/04/2023 matin.	Communiquer le compte-rendu des réunions avec les résidents. Préciser la fréquence des réunions mises en place. Recommandation maintenue.

14	Saisir la STARAQS afin que l'ensemble des équipes de l'EHPAD puissent mener une réflexion approfondie autour de l'EIGS qui s'est produite	Remarque n°17 p.50 : l'établissement n'a pas mis en place un suivi, une analyse et un bilan des EI et EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Remarque n°18, p.51 : Le retex de l'EIGS n'a pas été mené à son terme. Il n'a pas passé en revue l'arbre des causes dans sa totalité. Il n'a pas donc pas pu établir l'ensemble des mesures correctrices à envisager, notamment les mesures préventives.	L'établissement s'est fixé deux objectifs : 1. Continuer à saisir la DQ UNIVI pour tout EIDO 2. Continuer à évoquer les EI/EIDO en copil qualité Par ailleurs concernant le retex de l'EIGS, l'établissement précise : "RETEX reprenant la méthode ALARLM + complétude du volet II EIGS Concernant la PEC douleur : mise en place de la procédure CAT douleurs (sensibilisation sur les procédures et échelles de douleur en cours) Concernant la charge de travail ce jour-là 2 IDE étaient présents"	Les comptes rendus du COPIL Qualité transmis à la mission d'inspection dans le cadre de la procédure contradictoire établissent que les EIG sont évoqués. Cependant ils apportent des éléments nouveaux : - le tableau de suivi des EI mentionné au COPIL du 30 novembre est très succinct sur l'état d'avancement de leur prise en charge (il ne liste pas les mesures prises et qui restent à mettre en œuvre notamment). - refuse de déclarer aux tutelles une suspicion d'agression sexuelle, ce qui constitue une grave erreur de jugement ; le COPIL Qualité du 30 novembre 2022 « propose une réflexion à mener sur la déclaration aux tutelles ». L'EIG a été finalement déclaré et les autorités de tutelle ne savent pas à ce jour si la saisine du procureur demandée a été faite. - concernant le retex portant sur l'EIG il n'a approfondi pas les mesures préventives à mettre en place (notamment sur la chaîne de décisions). Au regard de l'extrême gravité des nouveaux éléments portés à la connaissance de la mission d'inspection cette recommandation est transformée en 3 nouvelles injonctions immédiates (cf plus haut, p.5). Certes les kinés ont un code Mais l'établissement ne précise pas les mesures à prendre afin de conduire les kinés à partager leurs évaluations avec le MedCo et l'IDEC. Les modalités de la sensibilisation ne sont pas non plus précisées Il conviendrait de demander aux kinés soit de retranscrire leurs évaluations du risque de chutes et de la force musculaire dans soit à défaut de transmettre les résultats de leurs évaluations au Medco dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle, soit encore d'organiser une réunion trimestrielle entre kinés, Medco et IDEC sur les évaluations des entrants du trimestre précédent.
15	Garantir que les kinésithérapeutes libéraux partagent leurs évaluations des résidents avec le MedCo et l'IDEC, si possible en les incluant dans le logiciel Netsoins, pour permettre l'élaboration du plan de soins inclus dans le PVI, pour un suivi du résident et pour faciliter la cotation lors des coupes Pathos.	Remarque n°19, p.51 : les kinésithérapeutes ne partagent pas leurs évaluations des résidents avec le MedCo et l'IDEC	Les kinés ont tous un code Une action est définie par l'établissement : sensibiliser les kinés à réaliser des transmissions à l'entrée du résident.	

					Recommandation maintenue.
16	Mettre en place une évaluation et un suivi régulier de la douleur, pour tous les résidents.	Remarque n°20, p.53 : L'évaluation et le suivi de la douleur sont lacunaires.	L'établissement a défini 2 actions : 1. Sensibiliser les salariés aux échelles de douleurs : en cours par IDEC 2. Sensibiliser les salariés aux procédures douleurs. Des formations se sont déroulées les 14 et 21 février 2023, et une sensibilisation a été faite lors des transmissions.	Des feuilles d'émargement ont été jointes mais aucun document ne précise le contenu des formations (notamment les procédures elles-mêmes). Elles n'ont duré qu'une heure et n'ont pas concerné l'ensemble du personnel soignant (13 AES et AS).	Recommandation maintenue.
17	Améliorer la communication avec les familles et/ou les personnes de confiance des résidents en cas de chutes, en particulier s'il y a des facteurs de gravité de la chute.	Remarque n°22, p.54 : La communication en cas de chute d'un résident avec les familles et/ou les personnes de confiance est insuffisante.	L'établissement définit une action : améliorer la communication avec les familles et/ou les personnes de confiance des résidents en cas de chutes, en particulier s'il y a des facteurs de gravité de la chute. Il note que des sensibilisations ont lieu lors des transmissions des IDE, qu'il convient de tracer la communication dans [] et de prévenir systématiquement les proches en cas de fait marquant.	L'établissement ne précise pas comment se fait la sensibilisation et sur quels points ; quels proches sont prévenus. Par ailleurs les proches doivent être prévenus d'une chute quelle que soit sa gravité.	Recommandation maintenue.
18	Revoir la conduite à tenir en cas de chute pour s'assurer qu'un avis infirmier a été systématiquement sollicité et obtenu lors des chutes	Remarque n°23, p.54 : Un avis infirmier n'est pas systématiquement sollicité en cas de chute.	Sensibiliser les salariés à la procédure CAT en cas de chute d'un résident	L'établissement ne précise pas comment se fait la sensibilisation.	Recommandation maintenue.
19	Mettre en place une réunion régulière sur les contentions.	Remarque n°24, p.54 : Le suivi et l'analyse des contentions sont insuffisants.	L'établissement définit 3 actions : 1. Mettre en place une réunion régulière sur les contentions 2. Appliquer la procédure contention interne 3. Réaliser un audit sur la gestion des contentions dans l'établissement	Ni l'audit ni le compte-rendu de la commission contention n'ont été communiqués.	Recommandation maintenue.
20	Paramétrer les documents à imprimer dans le DLU afin d'éviter de fournir un DLU trop long et contenant trop d'informations non pertinentes, entre autres aux services d'urgence.	Remarque n°25, p.54 : Le DLU est mal paramétré dans Netsoins, car il est trop long et contient trop d'informations non pertinentes, entre autres aux services d'urgence.	L'établissement a défini une action en cours : Paramétrer les documents à imprimer dans le DLU afin d'éviter de fournir un DLU trop long.	L'établissement n'a pas fourni les données du nouveau paramétrage accompagné du nouveau DLU type.	Recommandation maintenue.

21	Créer un code [] pour tous les vacataires, même s'ils n'interviennent qu'une seule journée, afin d'éviter que des vacataires intervenant le même jour aient le même code.	Remarque n°26, p.54 : Un même accès [] peut servir à plusieurs soignants vacataires.	L'établissement a défini une action : Créer un code [] pour tous les vacataires de manière individuelle, même s'ils n'interviennent qu'une seule journée.	Dont acte. Recommandation levée.
22	Réparer les écrans des chambres des résidents pour que la présence des soignants en chambre puisse être repérée et pour qu'ils puissent faire leurs transmissions au moment de sortir de la chambre.	Remarque n°27, p.54 : Le système de tablette murale ne fonctionne pas ou est mal utilisé.	L'établissement a défini 3 actions : 1. Réparer les écrans des chambres des résidents pour que la présence des soignants en chambre puisse être repérée et pour qu'ils puissent faire leurs transmissions au moment de sortir de la chambre. 2. Vérifier la fonctionnalité des tablettes tous les jours de la semaine.	Transmettre la fiche de vérification des 3 semaines précédentes. Recommandation maintenue.
23	Interroger à échéances régulières la pertinence des procédures, les réactualiser et les présenter systématiquement aux équipes. En particulier, la procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale doit être présentée, expliquée et discutée annuellement avec les équipes.	Remarque n°28, p.55: Les procédures sont mal connues du personnel ou n'ont pas été réinterrogées au regard des EI et EIGS survenus ces dernières années.	L'établissement a mis en place 2 actions : 1. Mettre à jour les procédures : traité par IDEC et Référence qualité 2. Présenter les procédures aux équipes Lors des temps de transmission par IDEC	L'établissement n'a pas produit les procédures mises à jour notamment la procédure d'intervention d'appel d'urgence ; la procédure appels malade date de mars 2022 et ne tient pas compte des constats faits (délais de réponse insatisfaisants). Le compte-rendu des réunions de présentation de ces procédures n'a pas été transmis. Recommandation maintenue.
24	S'assurer que tous les personnels, en particulier infirmier, connaissent l'existence d'une astreinte infirmière de nuit.	Remarque n°29, p.55 : L'existence de l'astreinte infirmière de nuit n'est pas connue de tout le personnel.	S'assurer que tous les personnels en particulier IDE connaissent l'existence d'une astreinte IDE : Affiche explicative affichée dans les 3 postes d'IDE du pôle médical + dans le classeur IDE Une fiche explicative dans le classeur procédure IDEC rédige un livret accueil de l'ide où il mentionnera l'existence de l'astreinte IDE Communication sur l'existence du livret d'astreinte + livret urgence ARS Sensibilisations en temps de transmissions	Fournir le livret d'accueil des aides-soignants. Transmettre la procédure de sollicitation à destination du personnel de nuit Garantir que les IDE vacataires sont informées oralement et individuellement de l'existence de cette astreinte. La sensibilisation doit être à destination de tout le personnel. Recommandation maintenue.
25	Mettre en place des dossiers dormants avec le réseau de soins palliatifs.	Remarque n°30, p.55 : Les conventions avec les partenaires sont peu sollicitées.	Recenser les divers partenariats existants et se communiquer dessus à l'ensemble des salariés	La recommandation n'est pas prise en compte dans la réponse apportée : mettre en place des dossiers dormants avec le réseau de soins palliatifs. Recommandation maintenue.

