

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)**

« KORIAN Brune »

117 Boulevard Brune, 75014 Paris

N° FINESS 75 004 152 7

RAPPORT DE CONTRÔLE

N° 2023_IDF_00242

Contrôle sur pièces du 20/06/2023

Mission conduite par

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

-Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Agence Régionale de Santé, Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris,

-Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD, personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Agence Régionale de Santé, Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris

-Docteur Anne SIMONDON, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Agence Régionale de Santé, Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris

-Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Agence Régionale de Santé, Ile-de-France, Délégation Départementale de Paris

-Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé environnement, Agence Régionale de Santé, Ile-de-France, Délégation départementale de Paris

-Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Agence Régionale de Santé, Ile-de-France, Délégation départementale de Paris.

Textes de référence

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

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document :

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours :

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

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

- L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*
 - o *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...)* ;
 - o *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
 - o *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
 - o *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique* ».
- L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjointre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

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

Enfin :

- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

Synthèse	4
Introduction	6
Contexte de la mission de contrôle.....	6
Modalités de mise en œuvre	6
Présentation de l'établissement	7
Constats.....	10
Gouvernance	11
Conformité aux conditions de l'autorisation	11
Management et Stratégie	11
Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	14
Gestion de la qualité	14
Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	16
Fonctions supports : Gestion des ressources humaines	18
Prises en charge.....	26
Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	26
Respect des droits des personnes	29
Soins	31
Coordination avec les autres secteurs.....	32
Risques environnementaux.....	33
Récapitulatif des écarts et des remarques	34
Conclusion	38
Glossaire.....	40
Annexes	41
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle	41
Annexe 2 : Liste des documents demandés	43

Synthèse

Données générales sur l'établissement			
Nom	KORIAN Brune	Capacité hébergement permanent	99
Adresse	117 Boulevard Brune	Places habilités aide sociale	0
Arrondissement	75014	Présence d'une UVP	OUI 17 places
Gestionnaire	Korian	Places en UHR	0
Statut juridique	Privé lucratif	Places en PASA	0
Un CPOM a été signé le 16 juillet 2019.			
Éléments déclencheurs de la mission Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.			
Méthodologie suivie et difficultés rencontrées Le contrôle a été réalisé le 20 juin 2023 par l'ARS et la Ville de Paris et a été annoncé le 13 juin 2023. La délégation départementale de l'ARS et la Ville de Paris ont été informées du ciblage et ont été rendus destinataires des projets de rapport et de courrier d'intention de décision. L'analyse a porté sur les constats faits uniquement sur pièces. La quasi-totalité des documents demandés a été transmise par la Direction de l'établissement et dans les délais impartis. Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et les principaux points forts et remarques ont porté sur les thématiques suivantes :			
Points forts de l'établissement relevés par la mission GOUVERNANCE <i>Management et Stratégie</i> L'établissement s'est doté d'outils de management, notamment par la rédaction d'un règlement de fonctionnement, d'un projet d'établissement, d'un plan bleu. Les astreintes sont organisées. Un cadre assure une présence physique le week-end et une permanence téléphonique est prévue en cas d'absence. <i>Animation et fonctionnement des instances</i> Un CVS est mis en place et se réunit 3 fois par an. Une conférence-débat mensuelle sur des sujets animant les familles, les résidents, les salariés et les partenaires professionnels est organisée chaque mois. <i>Gestion de la qualité</i> Le groupe a mis en place une charte de la bientraitance et une fiche « Bientraitance et Ethique ». L'établissement procède à des audits internes annuels. FONCTIONS SUPPORT Gestion des ressources humaines Une politique de qualité de vie au travail est formalisée dans le projet d'établissement. PRISE EN CHARGE <i>Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie</i> La procédure d'admission veille à la bonne information du résident et à l'évaluation rapide de ses besoins. <i>Respect des droits des personnes</i> Le livret d'accueil du résident et le contrat de séjour sont élaborés dans le respect des droits des personnes. <i>Soins</i> Le suivi des chutes et des pesées est régulier. Les professionnels libéraux participent à la commission de coordination gériatrique.			

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

L'établissement ne présente pas d'amiante.

L'établissement procède à des analyses régulières de légionelles.

Principaux écarts et remarques constatés par la mission

L'établissement est concerné par 25 écarts et 20 remarques.

Principaux écarts :

- ✓ La procédure d'alerte, signalement et suivi des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République ; elle ne rappelle pas la protection du signalant ; les EIG ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris.
- ✓ Des auxiliaires de vie et des agents de vie sociale assurent des missions de soignants ; des glissements de tâches sont repérés dans les plannings de l'équipe soignante du fait de la présence d'ASH et d'auxiliaires de vie dans l'équipe et de l'absence de fiches de tâches pour les AES et les auxiliaires de vie.
- ✓ Le projet d'établissement n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.
- ✓ L'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance, le repérage des pratiques maltraitances et des situations risques, un plan de formation adapté et la garantie de la protection du signalant.
- ✓ L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée
- ✓ Au regard du nombre de personnel en CDD et du turn-over important, l'absence de procédure d'accompagnement à la prise de poste ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents.
- ✓ La procédure « projet personnalisé » ne précise pas le délai de révision et 49 % des résidents admis depuis plus de 6 mois ont un projet personnalisé non mis à jour depuis plus d'un an. Elle ne précise pas les outils mis en place pour faciliter la participation active du résident et/ou de sa famille.
- ✓ Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle.
- ✓ L'établissement n'a pas fourni de protocole relatif aux soins palliatifs, ni la convention signée avec le réseau de soins palliatifs.
- ✓ Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur

Principales remarques :

- ✓ Le plan d'amélioration continue n'a pas été alimenté par les audits récents, les actions définies dans le cadre du projet d'établissement, les enquêtes de satisfaction et événements indésirables récents.
- ✓ Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement.
- ✓ Peu de professionnels participent à une formation.
- ✓ Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est inscrite au plan de développement des compétences.
- ✓ La préservation des temps de transmissions orales entre équipe de jour et équipe de nuit n'est pas assurée dans les fiches de tâche et les fiches de poste transmises.
- ✓ L'établissement ne garantit pas que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Les écarts et les remarques, à l'issue d'une phase contradictoire, feront l'objet de mesures annexées à la lettre définitive adressée à l'établissement. Ceux-ci devront être corrigés dans les délais définis par les autorités de contrôle qui assureront un suivi de leur mise en œuvre.

Introduction

Contexte de la mission de contrôle

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

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

Ce programme s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer le contrôle des EHPAD parisiens.

Les informations connues par l'ARS et la Ville de Paris ont conduit à l'inscription de l'EHPAD Korian Brune, situé au 117 boulevard Brune, 75014 Paris, FINESS n°75 004 152 7, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan. 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, classés dans une catégorie de risque faible, ne justifiant pas d'emblée d'une inspection sur place.

Aussi, la Directrice générale de l'ARS et la Maire de Paris ont-t-elles diligenté, sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), un contrôle sur pièces visant cet établissement. Ce contrôle a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

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

GOUVERNANCE

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

FONCTIONS SUPPORT : Gestion des ressources humaines (RH)

PRISE EN CHARGE

1. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
2. Respect des droits des personnes
3. Soins

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur pièces le 20 juin 2023, avec annonce préalable à l'établissement.

Les coordonnées e-mail de la direction ont été confirmées par appel téléphonique le 13 juin 2023. Un e-mail a été transmis à la direction le 13 juin 2023 auquel étaient joints :

- La lettre de mission où étaient précisées les thématiques abordées dans le cadre du contrôle,
- La liste des documents à transmettre et le délai de transmission (5 jours),
- Les modalités opérationnelles :
 - o de connexion de l'inspecté à l'outil sécurisé <https://collecte-pro.gouv.fr/> qui a été utilisé pour la transmission des documents,
 - o et de dépôt de documents (réponse au questionnaire, éléments probants).

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

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

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

Présentation de l'établissement

Situé au 117 boulevard Brune, l'EHPAD Korian Brune est géré par la société anonyme Korian dont le siège social se situe au 21/25 rue Balzac dans le 8^{ème} arrondissement de Paris.

La résidence Brune a été autorisée par arrêté du maire de Paris en date du 4 février 1999. Elle a ouvert ses portes en 2002. Par arrêté conjoint de l'Agence régionale de santé Ile-de-France et de la Ville de Paris en date du 4 novembre 2015, l'EHPAD Korian Brune dispose de 99 places en hébergement permanent. Il n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Selon le procès-verbal d'évaluation de la coupe AGGIR/PATHOS d'août 2019, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux¹ pour le GMP et au-dessus pour le PMP.

Au jour du contrôle, les 90 résidents accueillis étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Korian Brune 2022	[REDACTED]				
Korian Brune 2021 ²					
	[REDACTED]				
IDF ³ 2021					
	14,29 %	40,31 %	19,51 %	17,92 %	2,78 %

Le budget de fonctionnement (hors hébergement, car non communiqué par l'établissement) est [REDACTED]

[REDACTED] au titre de la dépendance et [REDACTED] au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 16 juillet 2019. Ses principaux objectifs sont les objectifs généraux des CPOM signés avec l'ARS et la Ville de Paris :

Objectif 1 : Renforcer la coordination des soins afin de :

- réduire les hospitalisations évitables,
- renforcer la prise en charge en soins palliatifs.

Objectif 2 : Améliorer :

- la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer,
- l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des résidents.

Objectif 3 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes.

Objectif 4 : Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé dans les EHPAD.

Objectif 5 : Maintenir la qualité et renforcer l'individualisation de la prise en charge.

Le gestionnaire a transmis avec les ERRD 2020, 2021, et 2022, comme il s'y est engagé dans le cadre du CPOM, une fiche de suivi de la contractualisation (Annexe 5). Le gestionnaire n'a pas transmis le nombre de résidents présentant selon les critères définis par la HAS : pas de dénutrition, une dénutrition modérée et une dénutrition sévère pour 2020, 2021 et 2022. La mission relève :

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

² Source : ERRD 2022

³ La médiane d'Île-de-France issue du tableau de bord de la performance (campagne EHPAD 2022 sur les données de 2021).

- une augmentation des hospitalisations non programmées en 2022 : le RAMA joint n'analyse pas les raisons de cette hausse
- l'absence d'activité physique adaptée,
- l'absence de formation portant sur les thérapies non médicamenteuses et la méthode Montessori depuis 2021,
- l'absence de suivi du nombre d'EIG et de dysfonctionnements.

Le plan d'amélioration continue de la qualité n'incorpore aucune action liée aux objectifs du CPOM.

Tableau 1 : Fiche d'identité de l'établissement

Nom de l'EHPAD	Korian Brune		
Nom de l'organisme gestionnaire	Société anonyme Korian		
Numéro FINESS géographique	75 004 152 7		
Numéro FINESS juridique	250018082		
Statut juridique	Privé à but lucratif		
Option tarifaire	Tarif partiel		
Pharmacie à usage interne (PUI)	Non		
Capacité de l'établissement - Article L. 313-22 du CASF	Type	Autorisée	Installée
	HP ⁴	99	99
	HT ⁵	0	
	UVP ⁶	NA	17
	PASA ⁷	0	
	UHR ⁸	0	
	UPHV ⁹	0	
	AJ ¹⁰	0	
	AN ¹¹	0	
	PFR ¹²	0	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

⁴ Hébergement permanent⁵ Hébergement temporaire⁶ Unité de vie protégée / unité protégée⁷ Pôle d'activité et de soins adaptés⁸ Unité d'hébergement renforcée⁹ Unité pour personnes âgées vieillissantes¹⁰ Accueil de jour¹¹ Accueil de nuit¹² Plateformes d'accompagnement et de répit

Constats

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

Ecart : non-conformité par rapport à une norme de niveau réglementaire ;

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

Gouvernance

Conformité aux conditions de l'autorisation

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.1.1.2	L'EHPAD a une capacité de 99 places. L'EHPAD dispose d'une unité de vie protégée de 17 places. 90 résidents sont accueillis à l'EHPAD Korian Brune le jour du contrôle.	Remarque 1 : Le taux d'occupation est inférieur à 95%.
1.1.3.1	Le taux de présence le jour du contrôle s'élève donc à 90.9 %. Le taux de d'occupation en 2022 était de 92.83% ¹³ . Au 20 juin 2023, 70 % des résidents ont un GIR 1, 2 ou 3. 30 % ont un GIR 1 ou 2. Ces proportions sont conformes à la réglementation en vigueur.	

Management et Stratégie

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.1	Le règlement de fonctionnement : L'établissement a transmis un règlement de fonctionnement. Il s'agit d'un règlement du groupe Korian. Ce règlement a été mis à jour le 24 septembre 2019 et a une date de prise d'effet au 1er janvier 2020. La mission de contrôle ne peut garantir qu'il a été soumis à l'avis des instances représentatives du personnel ni du Conseil de vie sociale (CVS).	Ecart 1 : La mission de contrôle ne peut établir que le règlement de fonctionnement a été présenté aux instances représentatives du personnel et au CVS, ce qui contrevient à l'article R.311-33 du CASF.
1.2.1.2	Le contenu du règlement est conforme à la réglementation. Cependant, il ne précise pas les sanctions prises en cas de violences sur autrui. La procédure (un rendez-vous, puis une résiliation du contrat de séjour en cas de manquements répétés) est portée au contrat de séjour. S'il liste les mesures qui seraient prises en cas de situations exceptionnelles, le règlement ne précise pas les conditions dans lesquelles elles devront être levées. Bonne pratique : le règlement de fonctionnement mentionne qu'en cas de décision de résiliation d'un contrat de séjour pour non-respect des règles de vie en collectivité, une information préalable sera communiquée au Conseil de vie sociale (CVS). Il précise également les dispositions susceptibles d'être prises pour assurer l'intégrité physique et la sécurité d'un résident en signant une annexe au contrat de séjour concernant la liberté d'aller et venir (p.7).	Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
1.2.1.4	Le projet d'établissement : Un projet d'établissement pour la période 2023-2027 a été transmis. Il a été signé par la direction de l'établissement et par la direction régionale du groupe Korian.	

¹³ Source : ERRD 2022.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.1.5	Le contenu du projet d'établissement : Il est précisé dans le préambule du projet d'établissement qu'il a été construit avec la participation des salariés, des résidents, des familles et des professionnels libéraux et partenaires extérieurs. Il présente 5 axes prioritaires : - Promotion de la télémédecine - Promotion de la qualité au travail - Ouverture sur l'extérieur (renommée du restaurant et tiers lieu) - Inter médiation entre les résidents et leur environnement - Soutien à l'autonomie et préservation des capacités physiques du résident. Si le projet d'établissement mentionne l'existence d'un référent bientraitance (la psychologue de l'EHPAD), il ne formalise par une politique de promotion de la bientraitance notamment en présentant des objectifs de formation (durée, fréquence, contenu) interne et externe, en présentant les différentes instances de pilotage de cette politique et en déclinant cette politique dans tous les domaines de la prise en charge. Une commission éthique et bientraitance se tenant une fois par an et autant que de besoin est citée en annexe 3 du projet d'établissement mais ni son rôle ni sa composition ne sont spécifiés. Le projet d'animation (axe 4) met en avant des actions à promouvoir mais ne précise pas les types d'animations, les objectifs chiffrés (nombre de résidents notamment), et n'encadre pas le rôle des bénévoles au sein de l'établissement, ni le rôle des soignants dans l'animation. L'axe 5 n'est pas traité dans le document transmis à la mission de contrôle, alors qu'il porte sur le projet de soin. Concernant le personnel, il ne précise pas l'organisation es cycles de travail, ni, le cas échéant, le changement ou pas d'unité de vie. Le document renvoie à une annexe 9 pour ce qui est des modalités d'accompagnement individualisés afin de répondre au mieux aux besoins des personnes accueillies. Cette annexe n'existe pas dans le document transmis par l'établissement. Il ne présente pas les projets d'accompagnement personnalisés et la manière de les construire et de les suivre. Le plan bleu : La dernière mise à jour du plan bleu date du 5 mai 2023. Ce plan contient les modalités d'organisation à mettre en œuvre selon les risques suivants : risques naturels majeurs, risques majeurs particuliers, risques technologiques majeurs, risque de défaillance des réseaux vitaux, risques infectieux, défaillance énergétique, canicule, évacuation de l'établissement, événement climatique ou incendie, EI-EIG et EIGS, grand froid, épidémie ou pandémie grippale, vigipirate, délestage électrique. Un plan de continuité d'activité est prévu en annexe du plan bleu. Ce document n'a pas été transmis à la mission de contrôle. La mission n'a pu de ce fait analyser le plan de continuité d'activité.	Ecart 2 : Le projet d'établissement n'est pas conforme aux articles L.311-8 et D.311-38 du CASF.
1.2.1.6		Remarque 3 : L'établissement n'a pas transmis le plan de continuité de l'activité à la mission de contrôle.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.2.2.1 1.2.2.6 1.2.2.7 1.2.2.10	La direction de l'établissement : Le directeur de l'établissement possède [REDACTED] [REDACTED] Il a signé un [REDACTED] pour exercer ses fonctions au sein de l'établissement depuis le 1er novembre 2020. Il détient une délégation de pouvoirs et de signature du directeur régional. Cette délégation, datée du 1er février 2022 est conforme à la fiche de fonction de directeur transmise. L'organigramme transmis, mis à jour le 19 juin 2023, permet d'établir les liens hiérarchiques.	
1.2.2.8	Les astreintes : Une astreinte téléphonique est mise en place la nuit et le week-end. Le numéro de téléphone est rappelé au personnel sur une fiche intitulée « organisation d'astreinte et du relais téléphonique ». Les membres du Codir de l'établissement assurent un week-end de garde toutes les 6 semaines en moyenne. L'établissement a transmis les plannings des trois derniers mois : le directeur, l'attachée de direction, la responsable des relations familles, l'IDEC, une stagiaire de direction, la gouvernante, l'animatrice ont assuré tour à tour une ou deux permanences de garde le week-end. Malgré cette organisation, la mission relève que le week-end du 13 et 14 mai aucun cadre n'était de garde. La mission ne peut garantir que l'astreinte téléphonique était opérationnelle ce week-end là. En cas d'indisponibilité de la permanence de l'établissement, une permanence de la direction régionale est mise en place la semaine et une permanence « EIG » le week-end et les jours fériés.	
1.2.2.12	L'infirmière coordonnatrice (IDEC) : L'IDEC a signé [REDACTED]. Elle exerce à temps plein. Elle dispose d'une fiche de poste. Elle est titulaire du diplôme d'Etat d'infirmière depuis [REDACTED] L'établissement n'a transmis ni un diplôme de cadre infirmier ni une attestation d'inscription au RPPS	Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis de document attestant que l'IDEC est inscrite au RPPS et qu'elle détient une certification d'infirmière coordinatrice, ce qui est susceptible de mettre en danger la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
1.2.2.14 1.2.2.15	Le médecin coordonnateur (MedCo) : Un MEDCO est en [REDACTED] au sein de l'EHPAD. Il occupe 1 ETP. L'EHPAD ayant une capacité de 99 places, son temps de présence est conforme à la réglementation. Il possède un diplôme de docteur en médecine générale et est inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins. Aucun diplôme d'études complémentaires de gériatrie, de capacité de gériatrie ou de médecin coordonnateur en EHPAD n'a été transmis. La fiche de poste est conforme à la réglementation.	Ecart 4 : Le MEDCO n'est pas titulaire d'une formation en lien avec la gériatrie ce qui contrevient à l'article D312-157

Animation et fonctionnement des instances de participation des familles

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.3.3.1	Le CVS : Un CVS est en place dans l'établissement. Il est composé de 2 représentants des personnes accompagnées, d'un professionnel représentant les salariés de l'établissement, d'un représentant de l'organisme gestionnaire, d'un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements, d'un membre représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées, d'un membre du collège des représentants légaux des personnes accompagnées et des mandataires judiciaires, d'un représentant des bénévoles accompagnant les personnes si elles interviennent dans l'établissement, du MEDCO de l'établissement, et d'un représentant des membres de l'équipe médico-soignante. La composition du CVS est conforme à la réglementation. Le règlement de fonctionnement mentionne que le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement et notamment sur le règlement intérieur relatif au fonctionnement de l'établissement. La participation des familles Le projet d'établissement mentionne la mise en place de conférences-débats mensuelles sur des sujets animant les familles, les résidents, les salariés et les partenaires professionnels comme la place de l'aidant, l'éthique, etc.. Les familles sont réunies une fois par an. Malgré cela, le projet d'établissement note le peu de participation des familles.	
1.3.3.2	L'information au CVS : Sur les 3 comptes-rendus transmis par l'établissement, le CVS n'est pas informé des EI et des EIG.	Ecart 5 : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et événements graves ni des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.

Gestion de la qualité

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
1.4.1.7	La démarche qualité : Le projet d'établissement ne présente pas la démarche mais renvoie à un « Manuel Qualité » qui n'a pas été transmis à la mission de contrôle. Un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) a été transmis. Il fait l'objet d'un suivi en COPIL de l'établissement. Il comprend 12 thématiques : la gouvernance, la qualité de vie au travail, le management de la qualité et des risques, la gestion du risque infectieux, la parcours du résident, le parcours en soins du résident, la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge et les droits des résidents en fin de vie, la prise en charge de la douleur, l'hôtellerie, la restauration, l'animation et la vie sociale, le projet personnalisé. Il compte 100 actions et est alimenté par des audits internes, le manuel qualité du groupe, les enquêtes de satisfaction, le DARI, et pour 3 actions par des événements indésirables. Chaque action a un niveau de priorité, une échéance un état d'avancement, et des pilotes.	Remarque 4 : Le plan d'amélioration continue n'a pas été alimenté par les audits récents, les actions définies dans le cadre du projet d'établissement, les enquêtes de satisfaction et événements indésirables récents.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Il est échelonné sur 4 ans : 2020-2023.90 actions sont déclarées finalisées. Il n'a donc pas été mis à jour dans une perspective d'amélioration continue de la qualité : ainsi les enquêtes de satisfaction qui ont alimenté ce plan datent de 2020. Il n'a pas non plus intégré les actions mises en avant par le projet d'établissement. Les évaluations externe et interne L'évaluation externe date du 18 avril 2013. Elle date donc de plus de 5 ans.	
1.4.2.1	Le document transmis tenant lieu d'évaluation interne est un audit qualité daté du 14 et 25 mai 2022. Les documents ont été transmis aux autorités internes ayant délivrés l'autorisation. Les résultats de l'audit de mai 2022 n'ont pas été intégrés au plan d'amélioration de la qualité. Politique de promotion de la bientraitance Le projet d'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance.	Cf. Remarque n°4.
1.4.3.1	Le livret d'accueil du résident indique que tous les salariés du groupe Korian reçoivent une formation à la bientraitance. Il précise que le groupe a défini « un ensemble de bonnes pratiques et réalise des audits qualité sur les résidences pour s'assurer de leur application. Il rappelle que tout acte de maltraitance ou de négligence dont les résidents seraient témoins doit être signalé à l'équipe de soins ou à la direction. L'audit 2021 évoque l'existence d'une charte de la bientraitance qui n'a pas été transmise par l'établissement. La seule formation sur la bientraitance a été programmée en avril 2023 et porte sur la relation aux familles : elle a concerné 5 personnes soit moins de 10% du personnel.	Ecart 6 : L'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance, le repérage des pratiques maltraitances et des situations risquées, un plan de formation adapté et la garantie de la protection du signalant, ce qui contrevient aux articles L.311-8 et 313-24 du CASF.
1.4.3.2 1.4.3.3	Les situations de violence : La procédure d'alerte, signalement et suivi des EIG cite les catégories réglementaires donnant lieu à déclaration obligatoire, et parmi elles, les violences à caractère sexuel entre deux personnes accueillies, une personne accueillie et un membre du personnel ou deux professionnels sont considérés comme des EIG à déclarer. Cependant, les documents transmis ne font pas état de procédures à mettre en place en cas de violence (physique, sexuelle, morale) sur autrui. Ils ne mentionnent pas l'obligation de signalement au procureur de la République dans ces situations. Malgré l'absence de procédure, la mission relève qu'une situation de maltraitance d'un résident par un personnel de l'établissement a été signalée au procureur de la République.	Remarque 5 : Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement.

Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
1.5.1.1	Les enquêtes de satisfaction L'établissement a transmis la synthèse des résultats des enquêtes de satisfaction 2021 et 2022. La synthèse 2021 ne permet pas d'établir que l'établissement prend en compte ces résultats et le verbalim des répondants pour améliorer le service rendu aux résidents. La synthèse 2022 montre que les questionnaires portent sur les aspects principaux des prises en charge. Ils sont adressés aux résidents et aux familles. La manière dont les enquêtes sont menées auprès des résidents n'est pas précisée. Les plaintes et réclamations L'établissement n'a pas transmis le registre de plainte set réclamations permettant d'analyser la récurrence et le suivi de celles-ci e. Le document transmis est une analyse statistique très globale mentionnant le nombre de réclamations reçues par mois et le délai moyen de réponse. Les réclamations reçues font l'objet d'une réponse par courrier au déclarant. L'audit daté de mai 2022 mentionnait déjà le fait que toutes les plainte set réclamations n'étaient pas enregistrés dans le logiciel et relevait l'absence de bilan des réclamations avec définition d'un plan d'actions. L'établissement a transmis 3 plaintes reçues par mail : [REDACTED] La mission constate que dans ces trois situations, l'établissement a donné une réponse écrite et a proposé un rendez-vous téléphonique et/ou physique au plaignant.	Remarque 6 : La mission de contrôle ne peut garantir que les réclamations font l'objet d'un suivi et d'un bilan systématique pouvant alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité et/ou le plan de développement des compétences.
1.5.1.3	Les procédures de déclaration des événements indésirables (EI) et des événements indésirables graves (EIG) Une procédure d'« Alerte, signalement et suivi des événements indésirables graves et des événements indésirables associés aux soins, datée d'août 2022, a été transmise. Elle décrit le processus de signalement et d'analyse de l'EIG en 5 étapes : l'alerte, le signalement, le suivi, l'analyse des causes et retour d'expérience, la clôture. Un EIG doit être traité dans un délai maximum de 3 mois. Cette procédure mentionne que le déclarant ne peut être anonyme, et ne rappelle pas sa nécessaire protection par l'institution. Aucune procédure concernant les EI n'a été transmise. La procédure concernant les EIG mentionne cependant que les EI sont déclarés sur le même logiciel et gérés au niveau de l'établissement.	Ecart 7 : La procédure d'alerte, signalement et suivi des EIG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République Ecart 8 : La procédure d'alerte, signalement et suivi des EIG ne rappelle pas la protection du signalant, ce qui contrevient à l'article L.313-24 du CASF.
1.5.1.5 1.5.1.6	La liste des événements indésirables L'établissement n'a pas transmis la liste des EI et EIG de 2022 et 2023, mais un état statistique des IE et EIG déclarés entre janvier 2022 et mai 2023. La gravité de la moitié de ces EI ou EIG est évaluée comme étant catastrophique, critique ou majeure. Or, la mission relève qu'aucun EIG n'a été déclaré à la Ville de Paris en 2022 et 2023.	Remarque 7 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des EI ainsi que sur la conduite des retours d'expérience n'est organisée. Remarque 8 : Au vu du nombre d'EI enregistrés par mois, de l'absence de retours d'expérience systématiques suite aux EI importants ou aux EIG et du caractère incomplet de ceux-ci, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement.

Plusieurs constats peuvent être faits sur la base de cet état statistique, qui rejoignent les constats faits par l'audit interne daté de mai 2022 : - la faiblesse du nombre d'EI déclarés par le personnel - l'absence de traçabilité systématique du suivi des EI - l'absence de traçabilité de l'analyse de la récurrence des EI avec définitions d'actions préventives. L'établissement a transmis à la mission de contrôle un EIG déclaré à l'ARS en date de mars 2022. Les mesures prises sont en adéquation avec la situation et ont une dimension préventive. Aucun RETEX concernant cet EIG n'a été transmis alors qu'il est déclaré avoir été mené le 28 mars 2022. Les mesures et actions préventives n'ont pas été incluses dans le PACQ.	Ecart 9 : Les EIG ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 et R331-8 du CASF.
---	--

Fonctions supports : Gestion des ressources humaines

N°IGAS

Observations ou commentaires

Constat E/R

L'équipe pluri-professionnelle :
 A la date du contrôle, l'établissement a affecté à la prise en charge soins et accompagnement des résidents l'effectif suivant :

	ETP Actuel	Effectif théorique	Postes vacants
Directeur		1,00	
Attachée de Direction		1,00	
RRF		1,00	
01 Direction		3,00	
Secrétaire d'accueil		2,00	
Stagiaire de direction		1,00	
02 Administratif		3,00	
Responsable hôtelier		1,00	
ASH Jour		9,00	
ASH Lingère		1,00	
Serveur		2,00	
03 Hotellerie		13,00	
Chef gérant		1,00	
Second et/ou Cuisinier		2,00	
Aide Cuisinier		2,00	
Employé Polyvalent			
04 Restauration		5,00	
05 Maintenance		1,00	
MEDEC		1,00	
IDEC		1,00	
IDER		1,00	
IDE Jour		4,00	
AS / AMP / AES / ASH FF en VAE L1 Jour		22,00	
AS / AMP / AES / ASH FF en VAE L1 Nuit		6,00	
FFAS Jour		2,00	
06 Soins		37,00	
Ergothérapeute		1,00	
Psychomotricien		1,00	

2.1.1.1

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR																		
	<table border="1"> <tr> <td>Kinésithérapeute</td><td></td><td>0,00</td></tr> <tr> <td>Éducateur Activité Physique Adaptée</td><td></td><td>0,00</td></tr> <tr> <td>07 Paramédical</td><td>2,00</td><td></td></tr> <tr> <td>08 Psychologue</td><td>1,00</td><td></td></tr> <tr> <td>09 Animation</td><td>1,00</td><td></td></tr> <tr> <td>Total Général</td><td>66,00</td><td></td></tr> </table>	Kinésithérapeute		0,00	Éducateur Activité Physique Adaptée		0,00	07 Paramédical	2,00		08 Psychologue	1,00		09 Animation	1,00		Total Général	66,00		
Kinésithérapeute		0,00																		
Éducateur Activité Physique Adaptée		0,00																		
07 Paramédical	2,00																			
08 Psychologue	1,00																			
09 Animation	1,00																			
Total Général	66,00																			
	Un poste d'IDE et 5,5 postes d'AS sont à pourvoir (dont 1,5 sont pourvus par des CDD), Aucun poste d'éducateur en activité physique adaptée n'est prévu. L'établissement classe dans la même catégorie des aides-soignants, des AES et des auxiliaires de vie. Le registre du personnel établit qu'une personne en CDD est répertoriée comme AS diplômée ou comme AMP ; deux agents en CDI sont déclarés « AES/AVS » alors qu'il s'agit de deux professions différentes et sont « faisant fonction d'AS » sur l'organigramme. Un agent de vie sociale est porté au planning des aides-soignants un jour en mai 2023, deux agents de vie sociale sont au planning du mois de juillet 2023. Ils sont au planning désignés comme ADV ou ESI. Des auxiliaires de vie sont également portés au planning. L'établissement dispose d'un effectif de 2 ETP d'auxiliaires de vie, que la mission ne peut pas considérer comme faisant partie de l'effectif soignant, car leur fonction ne fait pas partie de l'équipe pluridisciplinaire décrite à l'article D. 312-155-0, II du CASF. Pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents au regard de l'effectif soignant de l'établissement actuellement en poste, la mission de contrôle se base sur un effectif minimal de soignants requis calculé sur des critères définis par l'ARS IDF dans le cadre de la contractualisation du CPOM. Les critères retenus prennent en compte la dernière coupe AGGIR/PATHOS pour définir la charge en soins et dépendance de l'établissement et le nombre de places en hébergement permanent autorisées. Par ailleurs, pour assurer la continuité des soins, et <i>a fortiori</i>, la qualité des soins, la stabilité des effectifs soignants est indispensables¹⁴, et repose notamment sur la présence d'agents en CDI majoritairement dans l'effectif financé par la dotation soins. Selon ces critères, le besoin minimum en ETP soignants de l'établissement est de 21,2 AS/AES et 5,6 IDE. S'agissant de l'effectif d'IDE : l'établissement est non conforme. [REDACTED] selon le mode de calcul du CPOM). S'agissant de l'effectif AS/AES/AMP : l'établissement est non conforme en quantité et en qualité. [REDACTED]	Ecart 10 : Il manque 0,6 ETP d'IDE et 1,2 ETP d'AS/AMP/AES dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents conforme aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3, 3° du CASF. Ecart 11 : Des auxiliaires de vie et des agents de vie sociale assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.																		

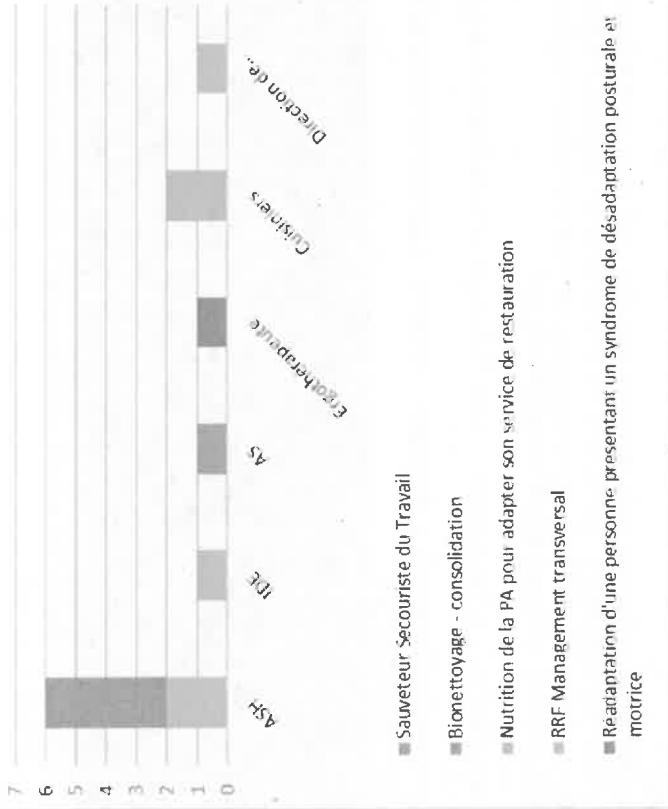
¹⁴ Haute Autorité de Santé. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R												
	— En qualité : homis les AS/AES/AMP, l'établissement affecte a minima 1 ETP d'auxiliaires de vie ou d'agents de vie sociale, 1 apprentie AS et 1 apprentie AS pour la prise en charge soins des résidents. Ces personnels sont non-qualifiés, puisqu'ils ne disposent pas des diplômes d'État exigés par l'article D.312-155-0. Il du CASF ; l'établissement contrevient ainsi à l'article précité.													
	Le taux de rotation du personnel : L'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2022 un taux de rotation de 10 %. Ce taux est au-dessus de la médiane nationale (13,54 %), régionale (13,54 %) et de celle (13,52 %) de Paris. Ainsi, de ces données, la mission constate que le taux de rotation du personnel de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique un « turn-over » élevé de son personnel en CDI. L'analyse de l'ancienneté selon le registre unique du personnel 2022 s'établit comme suit pour les CDI : en 2022, les personnes ayant signé un CDI étaient au nombre de 47 au total. <table><tr><th>Recrutés en CDI</th><th>2002-2007</th><th>2008-2013</th><th>2014-2019</th><th>2020-2021</th><th>2022</th></tr><tr><td></td><td>10</td><td>9</td><td>13</td><td>12</td><td>3</td></tr></table> Le personnel a de ce fait été renouvelé dans des proportions importantes depuis 2020 : 31,9% du personnel a signé un CDI depuis 2020. Le taux d'absentéisme : L'établissement a déclaré lors de la campagne ANAP de 2022 un taux d'absentéisme de 11,94 %. Ce taux est au-dessus de la médiane nationale (11,94 %), régionale (12,21 %) et de celle de Paris (12,01 %). Aussi, de ces données, la mission constate que le taux d'absentéisme de l'établissement – comparé aux médianes territoriales – indique que les effectifs sont souvent confrontés à une désorganisation causée par l'absence du personnel. Les motifs en sont : l'accident de travail, la maladie ou des absences diverses non payées. Le recours aux CDD La mission a comptabilisé 1 CDD en 2021 et 1 en 2022. Ils se répartissent comme suit :	Recrutés en CDI	2002-2007	2008-2013	2014-2019	2020-2021	2022		10	9	13	12	3	Ecart 12 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.3111-3 3° du CASF Remarque 9 : L'établissement connaît un turn-over et un taux d'absentéisme supérieurs aux moyennes régionales et parisiennes.
Recrutés en CDI	2002-2007	2008-2013	2014-2019	2020-2021	2022									
	10	9	13	12	3									

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	NOMBRE DE CDD PAR METIER SOURCE : REGISTRE DU PERSONNEL 2021 ET 2022 Près de 60% des CDD concernent des aides-soignants, des auxiliaires de vie et des IDE. Si l'on compare ces chiffres aux EHPAD étant sous la même convention collective¹⁵, l'établissement est très nettement au-dessus de la médiane nationale (259) et régionale (426.5). En 2022, les ● CDD concernent ● professionnels ; en 2021, les ● CDD concernaient ● personnes. Ces professionnels se répartissent comme suit :	

¹⁵ Convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	NOMBRE DE PROFESSIONNELS AYANT SIGNÉ AU MOINS UN CDD EN 2021 ET 2022 SOURCE : REGISTRE DU PERSONNEL 2021 ET 2022 ☐ IDE ☐ AS ☒ Filière administrative ☐ Musicothérapeute ☐ AES/AVS/Auxiliaire de vie ☐ ASH ☐ Restauration ☐ MedCo ☐ Agent technique ☐ Hôtellerie  2022 2021	
	Ces CDD visent pour l'essentiel à combler des postes vacants et à remplacer un personnel en maladie ou en formation. En conclusion, le taux d'absentéisme du personnel de l'établissement et le recours massif aux CDD indiquent une instabilité des effectifs en 2021 et plus encore en 2022, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, tels que définis par l'article L. 311-3 3° du CASF.	
2.1.2.1	La formation : L'examen du tableau de suivi des formations 2022 montre que 46 formations ont été suivies par 484 personnes au total. Cependant ce tableau de suivi enregistre les informations/sensibilisations de 15 à 30 mn, les formations incendie obligatoires et les formations d'1 à 3 jours maximum. 36 actions sont des actions de sensibilisation ou d'informations de moins d'une heure : elles portent sur des thèmes variés et portant essentiellement sur la prise en charge gériatrique, auquel s'ajoute une sensibilisation de 15 mn sur les EIG à laquelle ont participé 20 agents. Seules 5 actions de formations sont des formations d'un à 3 jour. Elles ont bénéficié à 12 agents :	Ecart 13 : L'absence de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Remarque 10 : Aucun plan de qualification du personnel faisant fonction de soignant n'a été transmis à la mission de contrôle. Remarque 11 : Peu de professionnels participant à une formation.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R														
	Personnel ayant suivi des formations en 2022 Source : Tableau de suivi des formations 2022  <table><tr><th>Action de formation</th><th>Nombre de personnel</th></tr><tr><td>ASH</td><td>6</td></tr><tr><td>IDE</td><td>1</td></tr><tr><td>AS</td><td>1</td></tr><tr><td>Ergothérapeute</td><td>1</td></tr><tr><td>Cuisiniers</td><td>1</td></tr><tr><td>Direction de...</td><td>1</td></tr></table> ■ Sauveteur Secouriste du Travail ■ Bionettoyage - consolidation ■ Nutrition de la PA pour adapter son service de restauration ■ RRF Management transversal ■ Réadaptation d'une personne présentant un syndrome de désadaptation posturale et motrice En 2023, le nombre d'actions est plus limité : 8 actions ont été menées ou vont être menées (hors formation incendie), mais le tableau transmis ne permet pas d'identifier le types d'actions (formations ou sensibilisation) ni le type de professionnels inscrits. Les attestations d'inscription transmises permettent d'établir que 6 formations portent sur la prise en charge gériatrique (la dénutrition, et les thérapies non médicamenteuses), Une action bientraitance a eu lieu en avril 2023 pour 5 personnes, sans que la mission ne puisse déterminer quel type de professionnels ont suivi cette action et sur quelle durée elle s'est étendue. La mission constate que ☐ peu de professionnels bénéficient d'une formation. ☐ Aucune action de sensibilisation n'a été menée sur les 4 derniers mois de l'année. ☐ L'absence de formation AGFSU, ce qui ne permet pas à l'employeur de garantir le renouvellement des attestations AFGSU du personnel tous les 4 ans.	Action de formation	Nombre de personnel	ASH	6	IDE	1	AS	1	Ergothérapeute	1	Cuisiniers	1	Direction de...	1	Remarque 12 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est inscrite au plan de développement des compétences.
Action de formation	Nombre de personnel															
ASH	6															
IDE	1															
AS	1															
Ergothérapeute	1															
Cuisiniers	1															
Direction de...	1															

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	☐ L'absence d'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur ☐ L'absence de formation qualifiante ou diplômante notamment à destinations des AES/AVS ou des auxiliaires de vie qui font fonction de personnel soignant. La mission a comptabilisé 5 AES/AVS/Auxiliaires de vie dans le registre du personnel qui ont été recrutés depuis plus de 10 ans et qui sont en position de faire fonction d'AS. Un ASH fait fonction d'aide-soignante sur le planning : elle est embauchée depuis 2010. Au regard des documents transmis, la mission ne peut attester que le personnel faisant fonction d'aide-soignant est engagé dans une formation qualifiante ou une VAE.	
2.1.2.5	Le protocole d'accueil des nouveaux professionnels : La « procédure d'entrée collaborateur sur établissement » est datée du 30 juin 2021. Elle est élaborée par l'organisme gestionnaire pour les tous es EHPAD. Il s'agit de l'accueil administratif du nouveau salarié. Aucun livret d'accueil permettant au salarié de se situer dans l'établissement n'a été transmis. Aucun accompagnement à la prise de poste n'est décrit. Les documents devant être portés à la connaissance du nouveau salarié ne sont pas listés.	Ecart 14 : Au regard du nombre de personnel en CDD et du turn-over important, l'absence de procédure d'accompagnement à la prise de poste ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
2.1.4.5	L'organisation du travail : S'agissant des effectifs soignants de nuit : sur les plannings transmis (mai, juin, juillet 2023), la mission constate une organisation qui repose sur 2 équipes en roulement composées de 3 AS chacune. En cas d'absence d'un personnel, il est remplacé par des AS faisant partie d'un pool de vacataires remplaçants réguliers. Cependant la mission relève que des vacataires sont des « agents de vie sociale » : ces derniers n'ont pas la qualification requise pour assurer les soins des résidents. S'agissant de l'effectif soignant de jour : sur les plannings transmis selon l'organisation de l'établissement, l'effectif attendu est de 12 AS/AES/AMP/AVS par jour. Globalement sur l'ensemble des plannings observés, l'effectif prévisionnel est de 11, soit deux soignants à chaque étage sauf au 3^e étage où le soignant est seul. La mission constate que : La mission constate, néanmoins, que l'établissement a recours quotidiennement à un pool de vacataires réguliers pour compléter ses effectifs soignants en cas d'absence de personnel.	Ecart 15 : Le planning des IDE du mois de juillet n'est pas réaliste au 20 juin 2023. L'absence de planning réaliste 10 jours avant le début du mois peut entraîner une difficulté à assurer l'effectif jour des IDE, ce qui risquerait de nuire à la qualité de la prise en charge individualisée du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	S'agissant des IDE : la mission constate la présence de 2 équipes d'IDE en roulement et d'une IDE référente présente du lundi au vendredi. Un poste est vacant dans une des équipes depuis le 18 mai. L'établissement a positionné l'IDE référente en remplacement du poste vacant : la consultation des plannings de mai et juin établit que les absences sont remplacées afin de maintenir l'effectif de deux IFÉDE sur l'établissement. Cependant la mission relève que le 20 juin, le planning de juillet est un planning théorique : aucun jour de congé n'est posé : il est construit comme si les 4 IDE ne prenant aucun jour de congé. L'établissement a recours à un pool de vacataires en CDD pour compléter son effectif jour.	
2.1.4.2	Missions et tâches du personnel : 5 fiches de tâches ont été transmises à la mission de contrôle : – Une fiche de poste d'aide-soignante 8h00-20h00 en date du 17 mai 2020 – Une fiche de poste IDE 7h30-19h30/8h00-20h00 – Une fiche de tâches ASH (nominative) pour des horaires 8h-20h validée le 17 juillet 2020 – Une fiche concernant la lingère (nominative) pour des horaires de 9h00-17h00 mise à jour le 24 août 2021 – Une fiche concernant la fonction d'ASH serveuse pour des horaires 8h-20h Des transmissions orales des équipes paramédicales sont organisées chaque jour de 15h15 à 15h55 mais les participants à ces réunions de transmissions ne sont pas précisés. Aucun temps de transmission orale n'est organisée le matin entre équipe de nuit et équipe de jour. La mission de contrôle ne peut apprécier si le temps de transmission orale le soir entre les deux équipes est possible en l'absence de fiches de tâches heureuses du personnel de nuit.	Remarque 13 : La préservation des temps de transmissions orales entre équipe de jour et équipe de nuit n'est pas assurée dans les fiches de tâche et les fiches de poste transmises.
2.1.4.4	La fiche de tâche des ASH n'est pas fournie. Un briefing et des transmissions sont indiquées sans que ne soit précisé qui participe et qui anime ces deux temps. Les glissements de tâches : La mission a comptabilisé 4 AES/AVS/Auxiliaires de vie dans le registre du personnel qui ont été recrutés depuis plus de 10 ans et qui sont en position de faire fonction d'AS. Un ASH fait fonction d'aide-soignante sur le planning : elle est embauchée depuis [REDACTED] agents de vie sociale en CDD font fonction de soignants – Sur le 3^e étage une seule AS est présente, cependant la mission relève que c'est le seul étage sur lequel est positionné une ASH a temps plein (les autres ASH ont deux étages en charge), ce qui constitue un risque de glissement de tâche. L'absence de fiche de tâches propres aux AES, aux auxiliaires de vie, aux agents de vie sociale constitue un risque réel de glissement de tâches. Le cadre de collaboration entre IDE et AS inscrit dans les fiches de tâches comme dans la procédure du circuit du médicament limite de fait le risque de glissement de tâches entre AS et IDE.	Ecart 16 : Des glissements de tâches sont repérés dans les plannings de l'équipe soignante du fait de la présence d'ASH et d'auxiliaires de vie dans l'équipe et de l'absence de fiches de tâches pour les AES et les auxiliaires de vie, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
2.1.4.7	La gestion des absences : La procédure de remplacement en cas d'absence transmise par l'établissement mentionne l'appel aux vacataires en cas d'absence sans que ne soit précisé qui est en charge de décider d'appeler les vacataires. Elle pose également des principes de réorganisation en mode dégradé s'il n'y a que 11 salariés, 10 ou 9. La mission a constaté que dans les faits l'effectif était toujours de 11 salariés en journée et qu'il	Ecart 17 : La procédure de remplacement transmise à la mission de contrôle ne permet pas d'établir que chaque absence donne lieu à la recherche d'un remplaçant. Le report de certaines tâches sur les aides-soignants génère un risque

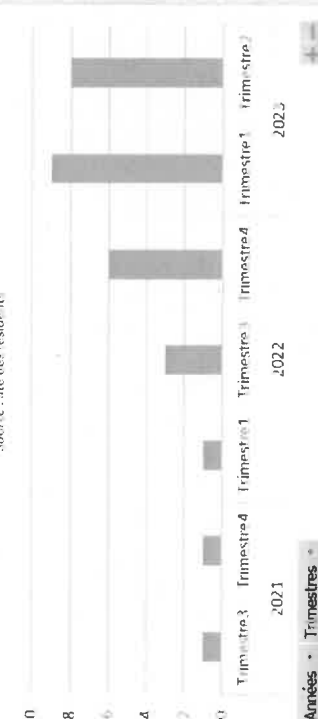
N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	arrivait régulièrement que l'effectif soit de 10 salariés. De fait, les salariés absents de manière ponctuelle ne sont pas toujours remplacés; seuls les absences pour formation, congé parental, congés payés sont remplacés. Un poste vacant n'est pas remplacé. La fiche de poste des AS précise : « A cas d'absence d'un soignant, en informer l'IDEC ou IDE afin de répartir les soins en fonction de la charge de travail de chaque étage ».	d'épuisement professionnel qui peut altérer la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
	Sur la fiche de tâche des ASH, pour certaines tâches, est portée la mention « En cas d'absence de l'ASH - L'AS de l'Etage prend le relais ». La mission s'interroge sur les personnes chargées de réaliser les autres tâches, sur la possibilité pour une AS de prendre cette charge supplémentaire alors que les AS ne sont que 11 au lieu de 12.	
	Le personnel de nuit : La consultation du registre du personnel 2021 et 2022 établit que des ASH sont affectées à des postes de nuit. L'établissement n'a cependant transmis aucune fiche de poste et/ou fiche de tâches concernant le personnel de nuit.	Ecart 18 : L'absence de formalisation de l'organisation du travail de nuit (en dehors de l'administration des médicaments qui elle est encadrée par la procédure du circuit du médicament en date du 16 juin 2023) ne garantit pas la qualité de la prise en charge de chaque résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
2.1.4.10	La mission de contrôle ne peut établir que le personnel de nuit accomplit des tâches conformes à leur qualification. La mission relève dans le tableau de suivi des formations qu'une formation intitulée « travail de nuit : continuité des soins » a été suivi par et qu'un agent est inscrit en juin 2023.	

Prises en charge

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

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Procédure d'admission L'EHPAD n'a pas transmis de procédure d'admission mais une procédure pour la réalisation du bilan gériatrique. Cependant la procédure d'admission est décrite dans le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour : elle établit que le MedCo assure la visite de pré-admission. Un entretien avec le résident est réalisé avant l'admission afin d'informer le résident de ses droits et notamment de la possibilité de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées. Le compte-rendu de cet entretien est porté au dossier du résident.	
3.1.1.1	D'après la réponse faite au questionnaire Q07, l'avis du MedCo est bien sollicité lors de l'admission. Le contrat de séjour mentionne que : « Le futur résident est examiné en visite de pré-admission par le Médecin coordonnateur de l'établissement. Ce dernier transmet au Directeur de l'établissement un avis médical sur l'admission. Le résident peut contester la décision du Médecin coordonnateur quant à un refus d'admission en sollicitant une contre-visite médicale par un médecin de son choix. »	
	Les évaluations à l'admission La procédure transmise indique une évaluation de l'IDE dans les 24h qui suivent l'admission afin l'édition d'un plan de soin type incluant une surveillance des prises nutritionnelles set hydriques pendant 72h et une surveillance mensuelle du poids et des constantes. L'IDE est également chargée d'évaluer les risques de sorties inopinées, suicidaire, fausse route et chute, mais aussi douleur, risques d'escarres. Une toilette évaluative est programmée dans la semaine. Le MedCo organise une consultation d'admission dans la semaine.	
3.2.1.2		

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
Projets personnalisés (PP) La procédure « projet personnalisé » transmise indique que le PP doit être effectué dans les 3 mois qui suivent l'admission. Les personnes qui participent aux réunions d'élaboration des PP sont « l'IDEC, le MedCo, l'IDE référent, l'ergothérapeute, le psychomotricien, l'animatrice et les personnes de l'hébergement ». En amont de ces réunions, le coordonnateur PP ou le référent AS ont recueillis des souhaits/besoins du résident et de la famille. Les synthèses de chaque professionnel qui sont intervenu auprès du résident (répertoriées dans NETSOINS) sont également pris en compte pour l'élaboration du PAI. Après la réunion d'élaboration du PAI, le PAI est remis au résident et à sa famille sous forme d'un avenant au contrat de séjour. La procédure mentionne l'existence d'un calendrier PP. L'établissement indique que « Chaque résident à un référent aide-soignant et un référent infirmier. Les référents aides-soignants accompagnent chacun 4 à 5 résidents. Les référents infirmiers accompagnent chacun entre 22 et 25 résidents. » La procédure transmise ne précise pas les règles de choix des référents ni leur rôle respectif. La procédure ne précise pas les outils mis en place pour faciliter la participation du résident. La procédure ne précise pas le délai de révision d'un PP. Le livret d'accueil précise cependant qu'« Il fera l'objet de mises à jour en fonction de l'évolution de vos envies, de vos attentes ou de votre état de santé. Ces mises à jour sont formalisées dans un avenant à votre contrat de séjour. » sans préciser des révisions à minima annuelles. Le contrat de séjour mentionne, lui, que document personnalisant la prise en charge du résident est établi dans les 6 mois suivant la signature du contrat et indique une mise à jour annuelle. Le RAMA 2022 indique que le « taux de résidents présents depuis plus de 3 mois ayant un projet personnalisé formalisé est de 71.3 % ». Selon la liste des PP transmise par l'établissement, seuls 68% des résidents présents dans l'établissement au 20 juin dispose d'un PP. 23% des résidents accueillis depuis plus de 3 mois n'ont pas de PP. Ils se répartissent comme suit en fonction de la date d'admission :	Ecart 19 : La procédure « projet personnalisé » ne précise pas le délai de révision et 49 % des résidents admis depuis plus de 6 mois ont un projet personnalisé non mis à jour depuis plus d'un an, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée de qualité, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF. Remarque 14 : La procédure « projet personnalisé » ne précise pas les règles de choix des référents ni leurs rôles respectifs. Ecart 20 : La procédure « projet personnalisé » ne précise pas les outils mis en place pour faciliter la participation active du résident et/ou de sa famille, ce qui contrevient à l'article L.311-37° du CASF.	

N° IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R																											
	Nombre de Noms / Prénoms Résidents sans projet personnalisé au 20 juin 2023 en fonction de leur trimestre d'admission Source : lre des résidents  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trimestre</th> <th>Année</th> <th>Nombre de résidents</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Trimestre 1</td><td>2021</td><td>1</td></tr> <tr><td>Trimestre 2</td><td>2021</td><td>1</td></tr> <tr><td>Trimestre 3</td><td>2021</td><td>1</td></tr> <tr><td>Trimestre 4</td><td>2021</td><td>1</td></tr> <tr><td>Trimestre 1</td><td>2022</td><td>2</td></tr> <tr><td>Trimestre 2</td><td>2022</td><td>3</td></tr> <tr><td>Trimestre 3</td><td>2022</td><td>6</td></tr> <tr><td>Trimestre 4</td><td>2022</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>	Trimestre	Année	Nombre de résidents	Trimestre 1	2021	1	Trimestre 2	2021	1	Trimestre 3	2021	1	Trimestre 4	2021	1	Trimestre 1	2022	2	Trimestre 2	2022	3	Trimestre 3	2022	6	Trimestre 4	2022	9	
Trimestre	Année	Nombre de résidents																											
Trimestre 1	2021	1																											
Trimestre 2	2021	1																											
Trimestre 3	2021	1																											
Trimestre 4	2021	1																											
Trimestre 1	2022	2																											
Trimestre 2	2022	3																											
Trimestre 3	2022	6																											
Trimestre 4	2022	9																											
3.1.4.4	De plus, 36 résidents, soit 49% des résidents admis depuis plus de 6 mois ont un projet personnalisé qui a été mis à jour il y a plus d'un an, ce qui ne garantit pas une prise en charge individualisée de qualité. Commission de coordination gériatrique Outre les membres du personnel soignant de l'établissement (MedCo, IDE, aides-soignants, psychologue, psychomotricienne), les participants à la commission sont multiples : kinésithérapeutes, médecins généralistes, membre du CVS. L'établissement a transmis deux power-points présentant l'ordre du jour des réunions de commission de coordination gériatrique de décembre 2021 et décembre 2022. En l'absence de comptes rendus, la mission de contrôle ne peut apprécier la réalité des échanges au cours de ces réunions. Les instances de prévention : L'établissement fait état de l'existence d'une commission chutes mensuelle à laquelle participe le MedCo, l'IDEC, la psychomotricienne et une IDE ; un CLAN se tient 3 fois par an auquel participe le MedCo, l'IDEC, le chef cuisinier, une IDE et le directeur.																												

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.1.4.5	L'intervention des professionnels libéraux Le livret d'accueil indique que les résidents peuvent conserver leurs intervenants extérieurs libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes, officines, pédicures, coiffeurs...) durant votre séjour si ceux-ci acceptent de poursuivre l'accompagnement au sein de la résidence. 7 médecins traitants interviennent auprès des résidents : 2 médecins pour un résident chacun, 2 médecin pour 2 résidents chacun 1 médecin suit 10, un autre 22 résidents, et le dernier 45. Le RAMA 2022 mentionne que 5 médecins ont signé des conventions avec l'établissement. D'après la liste fournie par l'établissement, 7 résidents sur 90 n'ont pas de médecin traitant identifié. 7 médecins interviennent pour les 83 autres résidents. Sur l'utilisation du logiciel de soin, la réponse au questionnaire Q7 mentionne que: « 4 médecins traitants utilisent le logiciel de soins (90% des résidents) Le Medec recopie les ordonnances dans les autres cas. 3 kinésithérapeutes et 2 orthophonistes utilisent également ce logiciel. » Le rôle des bénévoles Le projet d'établissement dans son axe 4 propose des axes à développer avec les bénévoles : élargir le rayonnement de l'établissement par le biais d'activités/animations et développer les liens intergénérationnels autour de projets. Cependant il n'encadre pas l'intervention des bénévoles. L'établissement a transmis 5 conventions : une a été signée avec une association pour un « concert solidaire » prévu le 19 juin 2023 ; 4 conventions signées avec des personnes pour des activités ciblées en date du 1^{er} septembre 2022 : — Trois activités de Jeu de cartes/bridge : une après-midi tous les 15 jours — Une soirée une fois par mois La convention pose que les horaires et jours d'activités ainsi que le type d'activité est défini par le directeur et par délégation avec l'animatrice. Elle ne définit pas précisément le type d'activité attendu et le nombre de résidents concernés. Le système d'appel malade : L'établissement a fourni une procédure de « suivi du temps de réponse aux sonnettes » qui indique que l'IDEC doit procéder au contrôle du temps de réponse aux sonnettes au moins une fois par semaine. Réponse au questionnaire Q7 : « Nous utilisons le relevé de durée moyenne de réponse aux appels malade pour évaluer la qualité de notre système d'appel. »	Remarque 15 : D'après la liste fournie par l'établissement, 7 résidents sur 90 n'ont pas de médecin traitant identifié.
2.5.4.3		

Respect des droits des personnes

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
3.2.2.2 3.2.2.5	Le livret d'accueil Le livret d'accueil présente la résidence, l'heure des repas (y compris la proposition de collation nocturne), les différents droits du résident notamment la liberté d'aller et venir, la gestion des absences, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le numéro national de signalement d'une maltraitance, la mention du droit de nommer une personne de confiance, de recourir à une personne qualifiée, de rédiger des directives anticipées. Il précise les modalités d'accès à son dossier médical et administratif.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
	Il présente également le personnel sans différencier cependant les aides-soignants et les AES et décrit l'ensemble des prestations proposées. Il mentionne l'existence d'une commission animation et d'une commission menu. Le contrat de séjour : L'établissement a transmis deux types de contrat de séjour : pour les courts séjours et pour les séjours permanents. Ils ont été mis à jour au 1^{er} janvier 2023. Il s'agit du contrat type du groupe Korian, conforme à la réglementation en vigueur. La possibilité de limiter la liberté d'aller et venir si l'état de santé du résident le nécessite est mentionnée dans le contrat de séjour. Plusieurs annexes sont jointes, notamment une fiche concernant la désignation d'une personne de confiance et les formulaires concernant la procédure de désignation et de révocation, l'autorisation de changement de chambre ou d'unité, droit à l'image, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la liste des prestations minimales comprises dans le tarif hébergement à compter du 1^{er} janvier 2023. La liberté d'aller et venir L'établissement a fourni une procédure intitulée « Mise en place et surveillance d'une contention physique passive » datée du 8 juin 2023. Il s'agit d'une procédure du groupe Korian et qui n'est pas propre aux EHPAD. Elle mentionne que : « Toute pose de matériel de contention doit faire l'objet d'une prescription médicale. ». La décision doit être collégiale et faire l'objet d'une information à la personne de confiance. La procédure liste les dispositifs de contention physique. En cas de dysfonctionnement, la procédure prescrit la déclaration d'un EIG avec analyse des causes. La procédure précise que la prescription est renouvelée a minima : • tous les trois mois pour les barrières et les grenouillères • tous les mois pour tout autre type de contention. Le projet d'établissement met en avant « une politique de réduction des contentions » avec un objectif de 0% des contention aigue, et un taux très faible de contentions chroniques. Le RAMA 2022 mentionne que l'établissement mène une politique « zéro contention ». Le RAMA précise que l'analyse des contentions est réalisée lors des transmissions hebdomadaires.	
3.2.3.1		

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
3.8.2.9	Convention avec une officine L'établissement a fourni une convention avec une officine datée du 24 avril 2022. D'après cette convention : – L'établissement télétransmet (via [REDACTED]) les ordonnances à l'officine au pharmacien dispensateur sous couvert du pharmacien référent. Les originaux des ordonnances sont transmis à la livraison pour apposer les mentions réglementaires. Ces transmissions se font en respectant la confidentialité des données. – Chaque année la convention est éventuellement revue à la suite d'une réunion entre le pharmacien référent de l'officine et l'IDEC de l'EHPAD. Cette convention mentionne un nom pour le poste d'IDEC différent de celui de l'organigramme daté du 19 juin 2023, fourni pour le présent contrôle. Le circuit du médicament : L'établissement a fourni deux procédures : – « prise en charge médicamenteuse en EHPAD » datée du 11 mai 2023, procédure du groupe – « circuit du médicament » datée du 16 juin 2023, procédure de l'établissement. Des divergences entre les deux procédures ne permettent pas d'établir la conduite à tenir : La première procédure mentionne que le contrôle de la préparation se fait par l'IDE par échantillonnage de 20% de la livraison et qu'en cas de non-conformité, a totalité de la PDA est contrôlée et qu'une fiche EI est remplie La seconde procédure mentionne que le contrôle se fait par l'IDE pour chaque PDA et ne précise pas si en cas de non-conformité une fiche EI est remplie. La délégation est strictement encadrée et organisée via : • une procédure de circuit du médicament datée du 16 mars 2023. Cette procédure rappelle que « l'aide à la prise des médicaments, la vérification de leur prise et la surveillance de leurs effets font partie du rôle propre de l'IDE » et que « les aides-soignants (AS) et les AMP habilités (cf liste) peuvent aider à la distribution des médicaments. Les auxiliaires de vie ne sont pas autorisés à administrer les médicaments. Elle indique bien que « Certains traitements ne pourront pas être administrés par un aide-soignant y compris la nuit. Il s'agit : des injectables, des collyres, des gouttes buvables, des traitements à des résidents jugés cliniquement instables ». • Une procédure de prise en charge médicamenteuse en EHPAD du 11/05/2023. Celle-ci précise que « Les médicaments doivent être rangés dans le local « Stockage médicaments » muni d'un système de fermeture permettant l'accès uniquement aux IDE/IDEC/médecin(s). » La procédure exclut explicitement les auxiliaires de vie de la possibilité d'administrer des médicaments ou d'aider à la prise de médicaments. Cependant, la liste des personnes habilitées à administrer les médicaments (AS) n'a pas été fournie.	Remarque 16 : Le nom de l'IDEC dans la convention avec l'officine n'est pas celui de l'organigramme fourni pour le présent contrôle.
3.8.2.22		Remarque 17 : Les deux procédures relatives au circuit du médicament transmises à la mission de contrôle ne sont pas cohérentes l'une avec l'autre. Ecart 21 : La liste des personnes habilitées à administrer les médicaments (AS) n'a pas été fournie, ce qui contrevient à l'article R.4311-3 du CSP.

N°IGAS	Observations ou commentaires	N°IGAS
	La mission de contrôle relève quelques divergences entre les deux procédures. La première procédure mentionne que le contrôle de la préparation se fait par l'IDE par échantillonnage de 20% de la livraison et qu'en cas de non-conformité, a totalité de la PDA est contrôlée et qu'une fiche EI est remplie. La seconde procédure mentionne que le contrôle se fait par l'IDE pour chaque PDA et ne précise pas si en cas de non-conformité une fiche EI est remplie.	
3.8.2.24	Lutte contre la douleur Plusieurs documents ont été transmis par l'établissement : - Une fiche relative au dépistage des douleurs thoraciques - Une fiche relative aux douleurs abdominales - Un guide de la douleur « anticiper repérer, évaluer, suivre et traiter la douleur » de 52 pages - Une fiche synthétique et didactique énonçant 6 règles de prise en soin de la douleur Le guide Douleur précise que l'évaluation de la douleur, en l'absence de plainte spontanée, se fait à l'entrée et lors des évaluations périodiques, notamment lors du PP. Cependant, le RAMA indique que l'analyse de la douleur est réalisée à l'entrée puis s'il y a des signes cliniques. La mission conclut au vu de cette indication que les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle. Le RAMA indique également que le « taux de résidents sous traitement antalgique ayant une évaluation de la douleur quotidienne. » est de 100%. Soins palliatifs L'établissement a fourni à la mission une fiche pratique concernant la mise en place d'une procédure collégiale pour la fin de vie d'un résident (pour lutter contre l'acharnement thérapeutique) et non un protocole relatif aux soins palliatifs au sens strict. Cette fiche pratique mentionne les directives anticipées. Le RAMA précise cependant que l'établissement a signé une convention avec un réseau de soins palliatifs. Cette convention n'a pas été fournie pour ce contrôle. D'après le RAMA 2022, deux résidents ont bénéficié des soins palliatifs d'une équipe mobile de soins palliatifs et un de l'équipe HAD. Suivi de l'état nutritionnel des résidents Le RAMA 2022 indique un taux de mesure du poids mensuel de 94.1 % . Un CLAN se tient trois fois par an.	Ecart 22 : Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douleur annuelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. Ecart 23 : L'établissement n'a pas fourni de protocole relatif aux soins palliatifs, ni la convention signée avec le réseau de soins palliatifs, ce qui contrevient aux articles L.311-8, D.312-155-0 et D.312-158 du CASF

Coordination avec les autres secteurs

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat EIR
4.2.1.2	Les interventions des personnels libéraux Le planning des intervenants paramédicaux transmis par l'établissement permet d'identifier que ● kinésithérapeutes interviennent sur l'établissement auprès de 90 résidents (le jour du contrôle), ils sont présents chaque jour de la semaine. La direction a déclaré pour sa part (questionnaire 7) que ● kinésithérapeutes interviennent dans la résidence. Par ailleurs ● orthophonistes interviennent également dans la structure.	

N°IGAS	Observations ou commentaires	Constat E/R
	Aucun contrat liant les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement n'a été transmis à la mission d'inspection. Le RAMA 2022 indique qu'un ergothérapeute et un pédicure intervenaient également dans l'établissement. Ceux-ci ne sont pas mentionnés dans le planning fourni pour le présent contrôle.	

Risques environnementaux

	Observations ou commentaires	Constat E/R
L'amiante : L'établissement a fourni un DTA daté du 15 février 2021 incluant une fiche récapitulative. Le permis de construire datant de 2002, aucun risque amiante n'était attendu. Les DASRI : L'établissement a transmis une convention de collecte avec regroupement établie avec une société datée du 11 juin 2021. Le document est correctement renseigné. Seule une précision pourrait être apportée sur le type d'installation destinataire (incinération). Seuls les bons de prise en charge du premier semestre ont été transmis, sans les bordereaux de suivi des DASRI correspondants qui attestent de leur élimination. Ils ne sont pas correctement renseignés : • L'adresse du producteur est erronée et ne correspond pas au lieu de production. • La signature du producteur attestant de la prise en charge n'est pas systématiquement apposée (idéalement tampon et signature). • L'installation destinataire est indiquée comme étant un centre d'incinération or ce n'est pas le cas pour l'adresse indiquée. Par ailleurs, on compte 18 passages sur les 6 derniers mois alors que la convention de collecte prévoit un passage mensuel ; cela est incohérent avec la production de l'établissement au vu des bons de prise en charge.		Ecart 24 : Les bons de prise en charge accompagnés ont été transmis sans les bordereaux de suivi des déchets correspondants des six derniers, ce qui contrevient à l'article L.1335-4 du CSP.. Remarque 18 : Les informations indiquées sur les bons de prise en charge ne sont pas toutes correctes et les bons ne sont pas systématiquement signés. Remarque 19 : Le nombre de passages du collecteur ne correspond pas à la fréquence indiquée dans la convention de collecte.
Légionnelles : Les analyses transmises contiennent les résultats du premier semestre 2023. Les résultats d'analyses de légionelles concernent plusieurs chambres ainsi que le fond de ballon. Les analyses sur le retour de boudle n'ont pas été réalisées. Sur le premier semestre 2023, aucun prélèvement n'a été réalisé sur les douches. Les résultats d'analyses de légionelles sont tous inférieurs au seuil de détection de 10 ufc/L. On note des températures supérieures à 50°C sur plusieurs points d'usage.		Ecart 25 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur. Remarque 20 : L'établissement ne garantit pas que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Récapitulatif des écarts et des remarques

N°	Référence	Ecart
E1	1.2.1.1 Management et stratégie	Ecart 1 : La mission de contrôle ne peut établir que le règlement de fonctionnement a été présenté aux instances représentatives du personnel et au CVS, ce qui contrevient à l'article R.311-33 du CASF.
E2	1.2.1.5 Management et stratégie	Ecart 2 : Le projet d'établissement n'est pas conforme aux articles L.311-8 et D.311-38 du CASF.
E3	1.2.2.12 Management et stratégie	Ecart 3 : L'établissement n'a pas transmis de document attestant que l'IDEC est inscrite au RPPS et qu'elle détient une certification d'infirmière coordinatrice, ce qui est susceptible de mettre en danger la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E4	1.2.2.15 Management et stratégie	Ecart 4 : Le MEDCO n'est pas titulaire d'une formation en lien avec la gérontologie, ce qui contrevient à l'article D312-157.
E5	1.3.3.2 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles	Ecart 5 : Le CVS n'est pas informé des dysfonctionnements et événements graves ni des mesures correctives et préventives envisagées, ce qui contrevient à l'article R.331-10 du CASF.
E6	1.4.3.1 Gestion de la qualité	Ecart 6 : L'établissement n'a pas formalisé de politique de promotion de la bientraitance, le repérage des pratiques maltraitances et des situations risquées, un plan de formation adapté et la garantie de la protection du signalant, ce qui contrevient aux articles L.311-8 et 313-24 du CASF.
E7	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 7 : La procédure d'alerte, signallement et suivi des ELG ne mentionne pas l'obligation de déclaration des situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance au Procureur de la République.
E8	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 8 : La procédure d'alerte, signallement et suivi des ELG ne rappelle pas la protection du signalant, ce qui contrevient à l'article L.313-24 du CASF.
E9	1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Ecart 9 : Les ELG ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS et à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 et R331-8 du CASF.
E10	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Ecart 10 : Il manque 0,6 ETP d'IDE et 1,2 ETP d'AS/AMP/AES dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents conforme aux dispositions des articles D.312-155-0, II et L.311-3, 3° du CASF.
E11	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines	Ecart 11 : Des auxiliaires de vie et des agents de vie sociale assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
E12	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines	Ecart 12 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 3° du CASF.
E13	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Ecart 13 : L'absence de formations aux gestes d'urgence ne permet pas de garantir le renouvellement des AFGSU de tous les personnels, ce qui ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

E14	2.1.2.5 Gestion des ressources humaines	Ecart 14 : Au regard du nombre de personnel en CDD et du turn-over important, l'absence de procédure d'accompagnement à la prise de poste ne permet pas de garantir suffisamment la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E15	2.1.4.5 Gestion des ressources humaines	Ecart 15 : Le planning des IDE du mois de juillet n'est pas réaliste au 20 juin 2023. L'absence de planning réaliste 10 jours avant le début du mois peut entraîner une difficulté à assurer l'effectif jour des IDE, ce qui risquerait de nuire à la qualité de la prise en charge individualisée du résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E16	2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Ecart 16 : Des glissements de tâches sont repérés dans les plannings de l'équipe soignante du fait de la présence d'ASH et d'auxiliaires de vie dans l'équipe et de l'absence de fiches de tâches pour les AES et les auxiliaires de vie, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.
E17	2.1.4.7 Gestion des ressources humaines	Ecart 17 : La procédure de remplacement transmise à la mission de contrôle ne permet pas d'établir que chaque absence donne lieu à la recherche d'un remplaçant. Le report de certaines tâches sur les aides-soignants génère un risque d'épuisement professionnel qui peut altérer la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E18	2.1.4.10 Gestion des ressources humaines	Ecart 18 : L'absence de formalisation de l'organisation du travail de nuit (en dehors de l'administration des médicaments qui, elle, est encadrée par la procédure du circuit du médicament en date du 16 juin 2023) ne garantit pas la qualité de la prise en charge de chaque résident, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E19	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 19 : La procédure « projet personnalisé » ne précise pas le délai de révision et 49 % des résidents admis depuis plus de 6 mois ont un projet personnalisé non mis à jour depuis plus d'un an, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge individualisée de qualité et contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
E20	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Ecart 20 : La procédure « projet personnalisé » ne précise pas les outils mis en place pour faciliter la participation active du résident et/ou de sa famille, ce qui contrevient à l'article L.311-37° du CASF.
E21	3.8.2.22 Soins	Ecart 21 : La liste des personnes habilitées à administrer les médicaments (AS) n'a pas été fournie, ce qui contrevient à l'article R.4311-3 du CSP.
E22	3.8.2.24 Soins	Ecart 22 : Les résidents ne bénéficient pas tous d'au moins une évaluation douloureuse annuelle, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.
E23	3.8.2.25 Soins	Ecart 23 : L'établissement n'a pas fourni de protocole relatif aux soins palliatifs, ni la convention signée avec le réseau de soins palliatifs, ce qui contrevient aux articles L.311-8, D.312-155-0 et D.312-158 du CASF.
E24	Les DASRI	Ecart 24 : Les bons de prise en charge accompagnés ont été transmis sans les bordereaux de suivi des déchets correspondants des six derniers, ce qui contrevient à l'article L.1335-4 du CSP.
E25	Légionelles	Ecart 25 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur.

N°	Référence	Remarques
R1	1.1.1.2 Conformité aux conditions de l'autorisation	Remarque 1 : Le taux d'occupation est inférieur à 95%.
R2	1.2.1.2 Management et stratégie	Remarque 2 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur certains points, notamment sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
R3	1.2.1.6 Management et stratégie	Remarque 3 : L'établissement n'a pas transmis le plan de continuité de l'activité à la mission de contrôle.
R4	1.4.1.7/1.4.2.1 Gestion de la qualité	Remarque 4 : Le plan d'amélioration continue n'a pas été alimenté par les audits récents, les actions définies dans le cadre du projet d'établissement, les enquêtes de satisfaction et événements indésirables récents.
R5	1.4.3.2/1.4.3.3 Gestion de la qualité	Remarque 5 : Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement.
R6	1.5.1.1 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 6 : La mission de contrôle ne peut garantir que les réclamations font l'objet d'un suivi et d'un bilan systématique pouvant alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité et/ou le plan de développement des compétences.
R7	1.5.1.3 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 7 : Aucune formation portant sur la qualification et le repérage des EI ainsi que sur la conduite des retours d'expérience n'est organisée.
R8	1.5.1.6 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables	Remarque 8 : Au vu du nombre d'EI enregistrés par mois, de l'absence de retours d'expérience systématiques suite aux EI importants ou aux EIG et du caractère incomplet de ceux-ci, la culture de l'EI ne paraît pas suffisamment répandue au sein de l'établissement.
R9	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines	Remarque 9 : L'établissement connaît un turn-over et un taux d'absentéisme supérieurs aux moyennes régionales et parisiennes.
R10	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque 10 : Aucun plan de qualification du personnel faisant fonction de soignant n'a été transmis à la mission de contrôle.
R11	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque 11 : Peu de professionnels participent à une formation.
R12	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines	Remarque 12 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est inscrite au plan de développement des compétences.
R13	2.1.4.2 Gestion des ressources humaines	Remarque 13 : La préservation des temps de transmissions orales entre équipe de jour et équipe de nuit n'est pas assurée dans les fiches de tâche et les fiches de poste transmises.
R14	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 14 : La procédure « projet personnalisé » ne précise pas les règles de choix des référents ni leurs rôles respectifs.
R15	3.1.4.5 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie	Remarque 15 : D'après la liste fournie par l'établissement, 7 résidents sur 90 n'ont pas de médecin traitant identifié.
R16	3.8.2.9 Soins	Remarque 16 : Le nom de l'IDEC dans la convention avec l'officine n'est pas celui de l'organigramme fourni pour le présent contrôle.

R17	3.8.2.22 Soins	Remarque 17 : Les deux procédures relatives au circuit du médicament transmises à la mission de contrôle ne sont pas cohérentes l'une avec l'autre.
R18	Les DASRI	Remarque 18 : Les informations indiquées sur les bons de prise en charge ne sont pas toutes correctes et les bons ne sont pas systématiquement signés.
R19	LES DASRI	Remarque 19 : Le nombre de passages du collecteur ne correspond pas à la fréquence indiquée dans la convention de collecte.
R20	Légionelles	Remarque 20 : L'établissement ne garantit pas que la température maximale de l'eau chaude sanitaire est à 50 °C aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD « KORIAN Brune » géré par le groupe KORIAN, a été réalisé le 20 juin 2023 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement.

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

- Gouvernance :
 - o La présence d'outils de management
 - o Des astreintes organisées
 - o La réunion régulière du CVS
 - o Une conférence-débat annuelle avec familles, résidents, salariés et partenaires professionnels
 - o Des audits internes annuels
- Gestion des ressources humaines : une politique de qualité de vie au travail formalisée
- Prises en charge
 - o Une procédure concernant le bilan gériatrique à l'entrée qui définit le rôle et les tâches de chacun
 - o Un livret d'accueil du résident et le contrat de séjour sont élaborés dans le respect des droits des personnes
 - o Une procédure de prise en charge de la douleur

Elle a également relevé les dysfonctionnements suivants :

- ✓ Des procédures d'alerte, de signalement et de suivi des EIG incomplètes et des déclarations aux autorités administratives rares.
- ✓ Des glissements de tâches du fait que des auxiliaires de vie, des agents de vie sociale et des ASH font fonction de soignants et que les documents ne différencient pas assez ces différents métiers.
- ✓ Un projet d'établissement qui ne comporte notamment ni projet de soins, ni présentation de la politique de promotion de la bientraitance, ni présentation du projet personnalisé.
- ✓ Une absence de formalisation de la politique de promotion de la bientraitance ni de procédure sur le traitement et la prise en charge des situations de violence sur autrui, y compris les violences sexuelles
- ✓ Un recours massif aux CDD.
- ✓ Des projets personnalisés non mis à jour pour près de la moitié des résidents et une organisation qui ne garantit pas la participation active du résident et/ou de sa famille.
- ✓ Des évaluations de la douleur qui ne sont pas *a minima* annuelles pour chaque résident.
- ✓ Des analyses de légionelles incomplètes
- ✓ Un plan d'amélioration de la qualité qui n'est pas alimenté par les audits internes récents, les actions définies dans le cadre du projet d'établissement, les enquêtes de satisfaction et événements indésirables récents.
- ✓ L'absence de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement et le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.
- ✓ L'absence d'analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur.
- ✓ L'absence d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés et des vacataires.
- ✓ Des formations peu nombreuses au regard du nombre de salariés (hors séances de sensibilisation).
- ✓ L'absence de garantie que des temps de transmission orales entre équipe de jour et équipe de nuit pour les aides-soignants sont préservés.
- ✓ Un contrôle insuffisant du collecteur des DASRI par l'établissement.
- ✓ Des températures pouvant être supérieures à 50° aux points de puisage dans les pièces destinées à la toilette.

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

Saint Denis, le 26 octobre 2023,

Mme Firyel ABDELJAOUAD
Chargée du contrôle des ESMS parisiens
Ville de Paris



Mme Christel ROUGY
Ingénieure du génie sanitaire, Délégation
Départementale de Paris de l'ARS-IdF



Mme Sylvie DRUGEON
Ingénieure du génie sanitaire, Délégation
Départementale de Paris, ARS IdF



Glossaire

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
C : conforme
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
E : Ecart
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP: « *Hazard Analysis Critical Control Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
NC : Non conforme
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
R : Remarque
RDF : Règlement de fonctionnement
UHR : Unité d'hébergement renforcée
UVP : Unité de vie protégée

Annexes

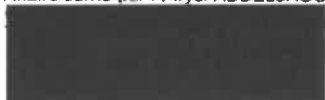
Annexe 1 : Lettre de mission des agents chargés du contrôle



Délégation Départementale de Paris
Agence régionale de santé Île-de-France

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

Affaire suivie par : Firyel ABDELJAOUAD



Madame Firyel ABDELJAOUAD, coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

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

Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire, responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation Départementale de Paris, ARS Ile-de-France

Saint-Denis, le 12 juin 2023

Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Il s'inscrit dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Ce programme a pour objectif de faire, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Il prend en compte les axes suivants :

1. La gestion des ressources humaines ;
2. La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
3. L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
4. La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance.

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

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

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer au contrôle sur-pièces de l'EHPAD KORIAN BRUNE (FINESS géographique 750041527) situé au 117 boulevard Brune, 75014 Paris, géré par le groupe KORIAN, qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Firyel ABDELJAOUAD, Coordinatrice de la mission d'inspection, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du CASF par la Ville de Paris ;

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

- Madame Christel ROUGY, ingénieure du génie sanitaire, Délégation Départementale de Paris
- Madame Diana DINU, chargée de mission personnes âgées inspection EHPAD,
- Docteur Anne SIMONDON, conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, conseillère médicale, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sylvie DRUGEON, ingénieure du génie sanitaire responsable du Pôle Santé environnement, Délégation Départementale de Paris ;
- Madame Sandra GROS-DAILLON, technicienne sanitaire et de sécurité sanitaire, Délégation départementale de Paris.

Le contrôle, sur pièces, sera réalisé à compter du **lundi 12 juin 2023**. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. La mission pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

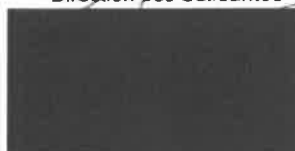
Après réception de ces documents, leur analyse par la mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui sera remis dans un délai d'un mois à compter de la réception des documents demandés. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention du contrôlé. Ce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

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

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



Pour la Maire de Paris et par délégation,
La sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités



Annexe 2 : Liste des documents demandés

		Pièces	Transmis
Q1	1	Liste nominative des résidents admis à la date du contrôle avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance, leur date d'entrée, la date du dernier PAI, le bénéfice éventuel de l'aide sociale, le type de la protection juridique éventuelle (Excel)	OUI
Q1	2	Grilles de suivi du nombre de journées réalisées pour chaque activité (PASA et UHR) pour l'année N-1 et le jour du contrôle	OUI
Q2	3	Règlement de fonctionnement	OUI
Q2	4	Plan des locaux de l'établissement	OUI
Q2	5	Projet d'établissement	OUI
Q2	6	Plan bleu (Plan de continuité des activités et Plan de retour à l'activité)	OUI
Q2	7	Organigramme comportant les noms et temps de travail des personnels (Excel si possible)	OUI
Q2	8	Diplôme du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	9	Contrat de travail du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	10	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	11	Procédures et/ou convention d'astreinte	OUI
Q2	12	Planning/calendrier de permanence/astreinte de direction sur les trois derniers mois + légende (Excel)	OUI
Q2	13	Dernier document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	OUI
Q2	14	IDEC : Contrat de travail, Fiche de poste ou feuille de route, Diplôme d'IDE et de Cadre de santé, Inscription à l'ordre des infirmiers	OUI sauf numéro ADELI et certification de cadre
Q2	15	MEDCO : Diplômes, Feuille de route /lettre de missions, Contrat de travail, Inscription à l'ordre des médecins, le dernier bulletin de salaire	OUI
Q3	16	Règlement de fonctionnement/intérieur du CVS	OUI
Q3	17	Les comptes rendus des CVS N et N-1	OUI
Q4	18	Plan d'action portant sur la maîtrise de risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et prestation	OUI
Q4	19	Dernière évaluation externe	OUI
Q4	20	Dernière évaluation interne	OUI
Q4	21	Dernières enquêtes de satisfaction des années N-1 et n-2	OUI
Q5	22	Registre des plaintes et réclamations	OUI
Q5	23	Les trois dernières réclamations et leur traitement	OUI
Q5	24	Procédure de gestion des événements indésirables et événements indésirables graves	OUI
Q5	25	Liste des EI et EIG des années N-1 et N	OUI
Q5	26	Liste des signalements au Procureur de la République des années N-1 et N	OUI
Q5	27	Les trois derniers retours d'expérience (RETEX) concernant les trois derniers EIG	OUI
Q6	28	Registre du personnel N-1 & N-2 comportant les indications sur les ETP (Excel)	OUI
Q6	29	Tableau de suivi des effectifs prévisionnels/réels/à pourvoir + ETP (Excel)	Partiel (ERRD 2022)
Q6	30	Plan de développement des compétences (formation internes et externes) N, N-1 (réalisé et prévisionnel) et N+1 (Excel si possible)	OUI

Q6	31	Procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant (contractuels et vacataires compris)	OUI
Q6	32	Planning réalisé et prévisionnel de tout le personnel de M-1, M et M+1 jour et nuit + Légende (Excel)	OUI
Q6	33	Une fiche de tâches heurées, jour et nuit, pour les ASH, AS, AVS, AES (ou AMP), ASG, IDE	OUI
Q6	34	Procédure de remplacement en cas d'absence inopinée pour les IDE/AS/AMP/Agents de soins/Auxiliaires de vie	OUI
Q7	35	Procédure d'admission des résidents	OUI
Q7	36	La procédure d'élaboration et de mise à jour du projet d'accompagnement personnalisé (PAI/PP/PVI/PAP)	OUI
Q7	37	Les 2 derniers CR de la commission de coordination gériatrique	OUI
Q7	38	Liste nominative des médecins traitants ainsi que le nombre de résidents suivis par chacun d'eux	OUI
Q7	39	Questionnaire sur l'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie (Excel disponible sur Collecte Pro)	OUI
Q7	40	Les documents décrivant les modalités d'intervention des bénévoles (conventions)	OUI
Q8	41	Livret d'accueil du résident	OUI
Q8	42	Contrat de séjour type et ses annexes	OUI
Q8	43	Procédure relative aux contentions	OUI
Q8	44	RAMA	OUI
Q9	45	Convention pharmacie EHPAD (sauf PUI) et procédure du circuit du médicament	OUI
Q9	46	Protocole de délégation par les IDE de l'administration des médicaments par les AS	OUI
Q9	47	Protocole de dépistage et de lutte contre la douleur	OUI
Q9	48	Protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie	OUI
Q9	49	La liste des intervenants paramédicaux libéraux(orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste...) avec leur identité, leur qualification, leur planning et le nombre de résidents pris en charge	OUI
Q10	50	La fiche récapitulative (FR) du dossier technique amiante (DTA)	OUI
Q10	51	La convention de collecte avec prestataire des DASRI et bordereaux de suivi ou de prise en charge	OUI
Q10	52	Les analyses légionnelles réalisées sur le réseau d'eau chaude sanitaire (années N et N-1 ou années N-1 et N-2 si les prélèvements de l'année N se sont pas encore réalisés)	OUI
Q11	53	Relevé des évaluations dont a bénéficié le résident et le relevé des pesées et des IMC pour chaque résident accueillis dans la structure en année N-1 (Excel disponible sur Collecte Pro)	OUI