

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Firyel Abdeljaouad
Courriel : fiyel.abdeljaouad@paris.fr
Tel : 01 42 76 66 58

Directeur Général France
Groupe KORIAN
21-25 Rue BALZAC
75 008 PARIS

Agence Régionale de Santé
Délégation départementale de Paris

Affaire suivie par : Christel Rougy

Lettre recommandée avec AR
N°

Saint-Denis, le 06 DEC. 2023

Monsieur Le Directeur général,

Comme annoncé dans mon courriel du 13 juin 2023, un contrôle sur pièces de l'EHPAD « KORIAN Brune » a été réalisé au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

La mission de contrôle nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint. Elle a relevé 25 écarts et 20 remarques, en particulier sur les points 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).
- ✓ Des températures pouvant être supérieures à 50° aux points de pulsage dans les pièces destinées à la toilette.
- ✓ Une gestion des risques environnementaux à améliorer.

Aussi, compte-tenu de ces constats, nous envisageons de vous notifier 3 injonctions, 12 prescriptions et 12 recommandations figurant en annexe du présent courrier et portant notamment sur :

- La gestion des ressources humaines, la qualification et la formation des professionnels ;
- La formalisation des procédures et la formation du personnel sur les événements indésirables graves et les situations de violence.
- La formalisation d'une politique de promotion de la bientraitance

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par les articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître vos observations sur les mesures correctives envisagées dans un délai d'un mois à compter de la réception du présent courrier.

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

Nous vous remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à firoyel.abdeljaouad@paris.fr et ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr.

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant à l'annexe précitée.

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

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

Le Directeur de la délégation départementale
de Paris



P/ Pour la Maire de Paris et par délégation,

Voilà

La directrice des Solidarités

Le Directeur des Solidarités



Jacques BERGER

Copie :

Directeur de l'EHPAD « KORIAN Brune »
117 boulevard Brune
75014 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Mesures envisagées dans le cadre du contrôle sur pièces réalisé à partir du 20 juin 2023 au sein de l'EHPAD « KORIAN Brune » (FINESS géographique 750041527), sis 117 Boulevard Brune, 75014 Paris.

Injonctions envisagées	Textes de références	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1 Revoir la prise en charge des EI/EIG et s'assurer de l'appropriation par le personnel des procédures : - en mettant à jour la procédure d'alerte et de signalement des EI/EIG, - en déclarant systématiquement les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris - en présentant le bilan des EIG au CVS - en formant régulièrement le personnel à l'identification, la déclaration et l'évaluation des EI et EIG.	Article L.331-8-1 du CASF Article R.331-10 du CASF Articles R1413-67 à 73 CSP (déclaration et suivi des EIGS) Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS HAS, "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement/ maltraitance", 2008	1.5.1.3 Gestion des risques des crises et des événements indésirables 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. 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. 1.3.3.2 Animation et fonctionnement du CVS 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. 1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables : 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 R331-9 du CASF.	Immédiat

2	Garantir que les auxiliaires de vie ne font pas fonction d'aides-soignants : - en différenciant les métiers dans tous les documents présentant et/ou décrivant les métiers d'AS, d'AES, et d'auxiliaires de vie (projet d'établissement, livret d'accueil, fiches de poste et fiches de tâches notamment), - en veillant dans l'organisation du travail et les plannings à cette différenciation, - en déployant un plan de qualification des auxiliaires de vie, des agents de vie sociale, des ASH faisant fonction à l'échelle de l'établissement.	Article L451-1 du CASF (agrément des formations sociales) Article L4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES) Article R4311-1 CSP (missions IDE) Article D312-155-0, 2° CASF Article L311-3 1° HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »)	2.1.1.1 Gestion des ressources humaines : Ecart 10 : Il manque 1 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. 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. 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. 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.	6 mois
3	Réaliser des analyses légionelles sur le retour de boucle ainsi qu'au niveau de plusieurs points de puisage, à risques et/ou éloignés de la production, équipés de douche et transmettre les résultats à l'ARS.	Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire (Cf Annexe 2).	Légionelles : Ecart 25 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur	Immédiat

	Prescriptions envisagées	Textes de référence	Réf. rapport	Délai de mise en œuvre
1	Présenter le règlement de fonctionnement aux instances représentatives du personnel et au CVS.	Article R.311-33 du CASF	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.	Immédiat
2	Mettre le projet d'établissement en conformité avec la réglementation en vigueur : - en s'appuyant sur le guide de bonnes pratiques de la HAS - en s'assurant de la participation des professionnels, des résidents et des membres du CVS - en veillant à élaborer un projet de soins avec le Medec, l'IDEC et les équipes soignantes	Articles L.311-8 et D.311-38 du CASF.	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. 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 risques, 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.	6 mois
3	Assurer la qualification et l'inscription au fichier RPPS de l'IDEC.	Article L.311-3 du CASF	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'il 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.	Immédiat
4	Préciser les qualifications du MedCo et le cas échéant, prévoir le suivi d'une formation conforme à la réglementation en vigueur.	Article D312-157 CASF	1.2.2.14 Management et stratégie Ecart 4 : Le MEDCO n'est pas titulaire d'une formation en lien avec la gériatologie, ce qui contrevient à l'article D312-157.	Immédiat

5	Stabiliser l'équipe auprès des résidents : - en mettant en place des mesures luttant contre l'absentéisme, - en diminuant le recours aux CDD, - en mettant en place une procédure d'accompagnement des nouveaux professionnels et des vacataires - en établissant les plannings du mois considéré au moins 15 jours avant le début du mois	Article L. D312-155-0 du CASF Article L.311-3 du CASF	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. 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. 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. Remarque 9 : L'établissement connaît un turn-over et un taux d'absentéisme supérieurs aux moyennes régionales et parisiennes. 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.	6 mois
6	Organiser des formations afin que le personnel soit formé aux gestes d'urgence	Article L.311-3 du CASF Article L313-12-3 CASF	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.	6 mois
7	Mettre à jour la procédure "projet personnalisé" afin de : - définir le mode de désignation des référents et leurs rôles respectifs, - garantir la participation active des résidents et/ou leurs proches et/ou représentant légal à l'élaboration du PP, - atteindre l'objectif d'actualiser et/ou d'évaluer chaque année les PP.	Article L.311-3 Article D312.155.0 3° HAS « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008 HAS, "Le projet personnalisé, une dynamique du parcours d'accompagnement", 2018 et "Qualité de vie en EHPAD, volets 1 et 2", 2011 et 2012	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. 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.	3 mois

8	Préciser les modalités du suivi médical des résidents sans médecin traitant.		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. 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.	Immédiat
9	Transmettre la liste des personnes habilitées à administrer des médicaments avec leur qualification et l'attestation de formation suivie.	Article R.4311-3 du CSP		Immédiat
10	Procéder à une évaluation de la douleur par résident et par an.	Article L1110-5 du CSP Article L1112-4 du CSP Article R4311-2 CSP L311-3 1° CASF	3.8.2.22 Soins 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.	Immédiat
11	Etablir un protocole relatif aux soins palliatifs et transmettre la convention signée avec le réseau de soins palliatifs.	Article L.311-8 du CASF Article D.312-155-0 du CASF Article D.312-158 du CASF	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.	3 mois
12	Transmettre les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des déchets (cerfa 11352*04) correspondants pour le premier semestre 2023.	Article L.1335-4 du CSP	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	Immédiat

	Recommandations envisagées	Textes de référence	Réf. rapport
1	Analyser les raisons de la faiblesse du taux d'occupation et préciser les mesures prises afin de l'augmenter.		1.1.1.2 Conformité aux conditions de l'autorisation Remarque 1 : Le taux d'occupation est inférieur à 95%
2	Préciser les mesures à prendre en cas de violence sur autrui dans le règlement de fonctionnement.	R.311-35 et R.311-37 du CASF	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
3	Transmettre le plan de continuité de l'activité.		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.

4	Actualiser et suivre le PACQ au niveau de l'EH PAD, en incorporant au PACQ des actions d'amélioration qui ressortent des audits récents, du projet d'établissement, des enquêtes de satisfaction, de l'analyse des EI, des remontées du CVS...	Article L312-8 CASF	1.4.1.7 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. 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.
5	Consolider la promotion de la bientraitance : - en formalisant cette politique dans le projet d'établissement et en définissant le rôle du référent Bientraitance au sein de l'établissement, - en garantissant la protection des personnes qui déclarent un EI ou un EIG, - en mettant en place l'analyse des pratiques professionnelles, notamment pour les aides-soignants, les auxiliaires de vie, et les infirmières, les ASH, - en précisant les sanctions prises en cas de violence sur autrui dans le règlement de fonctionnement, - en élaborant une procédure de traitement des situations de violence et de harcèlement sexuel - en formant le personnel à l'élaboration des retex.	Article L119-1 CASF Article L. 311-3 CASF Circulaire relative à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance du 20 février 2014 Instruction DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 HAS, « La bientraitance : définition et repères ... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ... », 2008	1.4.3.2 : Gestion de la qualité : Remarque 5 : Il n'existe pas de procédure spécifique concernant les actes de violence commis au sein de l'établissement. 1.5.1.5 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables : Remarque 8 : Au vu du nombre d'EI déclarés 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. 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.
6	Assurer des formations sur des thèmes gériatologiques ou sur la relation aux familles, le droit des résidents etc, pour l'ensemble du personnel	Article D.312-158 8° du CASF	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines Remarque 11 : Peu de professionnels participent à une formation.
7	Prévoir des temps de transmission orales dans les fiches de tâches	Article L.311-3 du CASF	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.
8	Mettre à jour la convention passée avec l'officine afin que les référents soient bien identifiés.		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.
9	Mettre en cohérence les deux procédures du médicament afin de dispenser une information cohérente au personnel soignant		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.

10	Signer systématiquement les bons de prise en charge et conserver chaque bon de prise en charge émis avec le bordereau de suivi de déchet correspondant (cerfa 11352*04) remis par le collecteur après traitement pendant une durée de 3 ans.		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.
11	Vérifier que la production de l'établissement est en adéquation avec la fréquence de passage du collecteur et se rapprocher de lui en cas de passages injustifiés.		Les DASRI Remarque 19 : Le nombre de passages du collecteur ne correspond pas à la fréquence indiquée dans la convention de collecte.
12	Vérifier que la température de l'eau, délivrée aux points de puisage des pièces destinées à la toilette, est inférieure à 50°C et s'assurer que des systèmes de protection contre le risque de brûlure sont mis en place (bague de blocage sur mitigeur ou robinet thermostatique) au niveau de chaque point d'usage ; le cas échéant, mettre en place ces systèmes sans délai. Transmettre un document synthétique listant les écarts et les mesures correctives mises en place.		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.

