

Agence Régionale de Santé Île-de-France
Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Coralie Tremblay
Courriel : [redacted]

Téléphone : [redacted]

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

Tel : [redacted]

[redacted]
Président
Groupe DOMUSVI
46-48 rue Carnot
92150 SURESNES

Affaire suivie par : Frédéric MUSSO
Courriel : [redacted]

Paris, le

13 MARS 2024

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Président,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, une inspection conjointe a été réalisée au sein de l'EHPAD « Les Intemporelles Ornano » (n° FINESS 75 005 432 2) le 17 Avril 2023 par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS) et la Ville de Paris.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le 08 décembre 2023 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que les quatre injonctions, dix-sept prescriptions et onze recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 12 janvier 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Nous notons que des corrections ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- La prescription N°7 relative au personnel du PASA
- La prescription N° 17 concernant le circuit du médicament
- La recommandation N°1 sur les violences faites à autrui
- La recommandation N° 11 sur l'identification des résidents par une photographie

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif quatre injonctions, quatorze prescriptions et cinq recommandations maintenues en **annexe** du présent courrier.

Nous attirons votre attention sur le transfert de la prescription N°16 dans l'injection N°4 compte tenu de la nécessité de réaliser des actions rapides afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des résidents.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France et à la Ville de Paris, à ars-dd75-medico-social@ars.sante.fr et dsol-autonomie-inspection@paris.fr, les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions.

Nous vous rappelons que le constat de l'absence de mise en œuvre de chacune des mesures correctives dans les délais fixés et de persistance des risques ou manquements mis en cause, peut donner lieu, en application des dispositions des articles L. 313-14 et 16 ainsi que R313-25-1 à 3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à une astreinte journalière, à l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation prévue par le CASF, à l'application d'une sanction financière, à la mise sous administration provisoire ou à la suspension ou la cessation, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

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

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

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

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris

A large, dark, irregular ink smudge or signature mark covering the name area.

Tanguy BODIN

Copie :

Directeur
EHPAD Les Intemporelles Ornano
10-14 rue Baudelique
75018 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décisions définitives dans le cadre de l'inspection réalisée le 17 avril 2023 au sein de l'EHPAD « Les Intemporelles Omano » (N° FINESS 750054322)

Injonctions envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision	Texte de référence	Délai de mise en œuvre
1 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 - en veillant dans l'organisation du travail et les plannings à cette différenciation. - en déployant un plan de qualification des auxiliaires de vie à l'échelle de l'établissement.	2.1.1.1 Ressources humaines : Ecart 16 : Des auxiliaires de vie assurent des missions de soignants, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF. 2.1.1.3/2.1.16/2.1.4.7 Ressources humaines : Ecart 18 : Trois ASH sont affectées à l'équipe de soin, ce qui constitue un glissement de tâches et contrevient aux articles L.311-3, L.451-1 et D.312-155-0 du CASF, ainsi qu'à l'article L.4391-1 du CSP.	Une partie des ASH a été diplômée, l'établissement poursuit son plan de qualification avec les VAE et les formations soignante diplômante	Les documents transmis (plannings, fiches de poste, fiches de tâches) démontrent que les auxiliaires de vie font toujours fonction d'aides-soignants. Le planning de janvier 2024 montre qu'au 1 ^{er} et 5 ^{ème} étages il n'y a pas d'AS diplômés. Par ailleurs, concernant le plan de qualification, les attestations d'inscription en VAE n'ont pas été transmises. L'injonction est maintenue.	Article D312-155-0 du CASF Articles L311-3, L.451-1 et D.312-155-0 du CASF L4391-1 du CSP	6 mois
2 Prendre les mesures adéquates afin de permettre une meilleure prise en charge des résidents suite au déclenchement des appels malades, particulièrement la nuit.	2.5.4.3 Sécurités : Ecart 21 : Le délai de prise en charge des appels malades la nuit ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.	Amélioration des délais de réponse suites aux mesures ainsi qu'à la mise en place d'un nouveau logiciel de traçabilité	Nous prenons note de l'acquisition d'un nouveau logiciel de traçabilité néanmoins l'injonction est maintenue.	Article L311-3, 1° du CASF	Immédiat

				maintenue au regard du taux de réponse supérieur à 24 mn qui reste élevée. Par ailleurs, il n'est pas observé d'amélioration de délais de prise en charge sur la période étudiée		
3	S'assurer de l'effectivité du dépistage des troubles de la déglutition chez tous les résidents, à l'entrée et en cours de séjour si besoin par - la mise en place d'une procédure dont le MEDEC est le garant - l'élaboration et la mise en place d'un protocole portant sur les troubles de la déglutition	3.4.3.5 Soins Ecart 28 : L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition ne garantit pas la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Remarque 24 : La mission relève l'absence de protocole portant sur les risques de déglutition.	Une orthophoniste intervient sur la résidence Omano, malheureusement elle n'a pas le temps de faire des évaluations des troubles de la déglutition chez les résidents, pour autant le médecin coordonnateur prend le relais sur les troubles de la déglutition. En parallèle, la résidence a pris contact en décembre 2023 avec la CPTS pour trouver un orthophoniste pour faire des bilans déglutition.	Les documents transmis ne correspondent pas à une procédure permettant de décrire les différentes du dépistage et de la prise en charge de la déglutition. L'injonction est maintenue	Article L311-3 1° du CASF	1 mois

4	Garantir la surveillance des repas par : - la présence de tous les soignants au moment des repas du midi - la limitation des repas en chambre - l'évaluation des retours plateaux des résidents prenant leur repas en chambre.	3.4.3.5/3.4.3.10 Soins Ecart 32 : Alors que 62% des résidents ont besoin d'aide aux repas, l'absence de la moitié des aides-soignants aux repas du midi ne répond pas aux exigences d'un accompagnement individualisé de qualité et met en danger la santé des résidents aux termes de l'article L311-3 3° du CASF. Remarque 26 : Les repas en chambre de 40% des résidents ne permettent pas d'assurer la vigilance nécessaire à la prise alimentaire et à la prise de boissons.	Une nouvelle organisation des repas en étage a été mise en place. A ce jour, seulement 4 résidents sur 126 mangent en chambre	Les documents transmis ne permettent pas d'identifier la nouvelle organisation mise en place. Le taux d'encadrement à la lecture des documents reste insuffisant (ex : 1^{er} étage 1 AS pour 16 résidents). Par ailleurs, les temps des pauses des AS n'apparaissent pas dans les plannings et ne permet pas d'identifier de manière exhaustive le taux de d'encadrement effectif. L'évaluation des retours plateaux des résidents n'a pas été transmises. L'injonction est maintenue. De plus, la recommandation 4 : « Optimiser l'organisation des repas afin de	Article L311-3 3° du CASF 1 mois
----------	---	---	--	---	--

				permettre un meilleur accompagnement des résidents durant le repas. » est jointe à l'injonction.	
--	--	--	--	--	--

	Prescriptions envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement	Décision	Textes de référence	Délai de mise en œuvre
1	Elaborer un projet spécifique pour le PASA conforme au cahier des charges dans les meilleurs délais et ouvrir le pôle afin de prendre en charge 14 résidents.	1.1 Conformité aux conditions de l'autorisation : Ecart 1 : Le PASA est fermé depuis deux ans, ce qui contrevient à l'arrêté conjoint n°2013-60 de l'ARS et de la Ville de Paris en date du 2 avril 2013. Ecart 2 : L'établissement n'a pas élaboré de projet spécifique pour le PASA, ce qui contrevient à l'article D312-155-0-1 du CASF. Remarque 1 : Au vu du planning d'activités, la mission d'inspection constate que l'établissement ne garantit pas que les ateliers thérapeutiques sont organisés en présence de l'ergothérapeute ou de la psychomotricienne ou de la	Le PASA est actuellement ouvert avec une file active de 35 résidents.	Nous prenons note de la réouverture du PASA, néanmoins les documents transmis ne permettent pas d'identifier le nombre de résidents présents au PASA par jour et les ateliers auxquels ils participent. Le projet spécifique au PASA n'a pas été transmis. Enfin, le planning remis démontre l'absence d'ASG formé sur la première quinzaine de janvier. La	Arrêté conjoint n°2013-60 de l'ARS et de la Ville de Paris en date du 2 avril 2013 Article D312-155-0-1 du CASF Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009-195 du 6 juillet 2009	Immédiat



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



		psychologue les après-midi au PASA, conformément au cahier des charges (circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009-195 du 6 juillet 2009).		prescription est maintenue.	
--	--	--	--	--------------------------------	--

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94/96 quai de la râpée
75012 Paris

Paris, le



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

2	Assurer un meilleur pilotage de l'établissement : - en élaborant un projet d'établissement, - en adaptant les procédures et documents fournis par le siège à l'établissement et en assurant l'appropriation par les équipes - en stabilisant la direction de l'établissement - en élaborant un plan d'amélioration de la qualité spécifique à l'établissement et nourri par l'analyse des enquêtes de satisfaction, des EI et EIG, de la gestion des plaintes, de la gestion des crises, etc...	1.2.2.1 Management et stratégie Remarque 2 : L'établissement a connu 4 directeurs en 18 mois, ce qui met à mal le pilotage de l'établissement. 1.2.1.4 Management et stratégie Ecart 3 : L'établissement n'a pas de projet d'établissement depuis son ouverture, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF. Remarque 4 : Le personnel est insuffisamment informé de la démarche engagée sur le projet d'établissement. Ecart 5 : La direction n'a pas adapté les documents du siège à l'établissement, ce qui ne permet pas de garantir que les outils mis à la disposition de l'établissement sont élaborés avec le personnel, les familles et les résidents, et permettent une prise en charge individualisée du résident, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. 1.4.1.7 Gestion de la qualité : Ecart 9 : Aucun plan d'amélioration de la qualité spécifique à l'établissement permettant le suivi de l'évaluation des prestations n'a été mis en place, ce qui contrevient à l'article L.312-8 du CASF.	L'établissement se lance dans l'élaboration du PE avec sa participation au concours DOMUSVI Projet d'établissement	Dans l'attente de la finalisation du projet d'établissement, la prescription est maintenue.	Article L311-8 du CASF Article L311-3 du CASF Article L312-8 du CASF	2 mois
---	--	---	---	---	---	--------

			1.5.5.1 Gestion des risques, des crises et des événements indésirables : Remarque 7 : Les enquêtes de satisfaction ne proposent pas d'analyse des points faibles et des pistes d'amélioration à inclure dans un plan d'amélioration de la qualité. Remarque 8 : Les plaintes ne font l'objet ni d'un suivi ni d'un bilan systématique. Remarque 10 : L'établissement ne met pas en place de mesures préventives suite à des EI récurrents ou des EIG alimentant le plan d'amélioration de la qualité.			
--	--	--	---	--	--	--

3	Mettre le plan bleu en conformité avec l'instruction interministérielle du 28 novembre 2022.	1.2.1.6 Management et stratégie Ecart 4 : Le plan bleu ne porte que sur la canicule et n'est pas spécifique à l'établissement, ce qui contrevient à l'instruction interministérielle N° DGS/SS2/DGCS/SD3A/2022/25 du 28 novembre 2022 relative au cadre de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	Mise en conformité du plan bleu réalisé	Le plan bleu n'est pas finalisé (commentaires toujours apparents et coordonnées des contacts sont erronés). La version transmise n'est toujours pas spécifique à l'établissement. La prescription est maintenue.	Instruction interministérielle N° DGS/SS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).	2 mois
4	Mettre le fonctionnement du CVS en conformité avec la réglementation en vigueur	1.3.3.0 Animation et fonctionnement des instances de participation des familles et des résidents Ecart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF et notamment à sa disposition précisant que le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Ecart 7 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été mis à jour au regard de la nouvelle réglementation entrée en vigueur	L'établissement prévoit des élections partielles en 2024 pour le collège bénévole. Pour les CVS à venir, l'intégration systématique du médecin coordonnateur ainsi que l'invitation des autorités (mairie, CD). Sur le dernier CVS de 2023, l'invitation a été envoyée à toutes les	Dans l'attente de la transmission des nouveaux membres du CVS, la prescription est maintenue.	Article D311-5 du CASF Article D311-15 du CASF	Immédiat

5	Formaliser une procédure de déclaration des EIG incluant la définition du CASF et intégrant l'obligation de déclaration à l'ARS et à la Ville de Paris, déclarer systématiquement les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris, présenter le bilan des EIG au CVS et former le personnel à l'identification, la déclaration et l'évaluation des EI et EIG.	le 1er janvier 2023 et notamment, de l'article D311-15 du CASF.	familles pour participer. 4 familles étaient présentes. Présentation du règlement de fonctionnement au prochain CVS.	Dans l'attente de la mise en place d'actions de sensibilisation auprès des salariés et d'un travail sur les retours d'expérience pour les prochains EIG, la prescription est maintenue.	Article L311-3 du CASF Article L313-24 du CASF Article L331-8-1 du CASF Article R1413-69 du CSP Article R331-10 du CASF Immédiat



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



		l'ARS et la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF. Ecart 15 : L'établissement ne possède pas de procédure de retour d'expérience, ce qui contrevient à l'article R1413-69 du CSP. 1.3.3.0 Animation et fonctionnement du CVS Ecart 8 : Le CVS n'est pas informé des EI et des EIG et des actions correctrices mises en œuvre, ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.			
--	--	--	--	--	--



6	Consolider la promotion de la bientraitance : - en formalisant dans le projet d'établissement la politique de promotion de la bientraitance - en révisant la procédure de signalement en cas de suspicion de maltraitance - en mettant en place l'analyse des pratiques professionnelles, notamment pour les aides-soignants, les AES, auxiliaires de vie, les infirmières, les ASH - en déclarant de façon systématique les EIG à l'ARS et à la Ville de Paris et en présentant un bilan annuel des EI et EIG au CVS - en élaborant une procédure de traitement des situations de violence et de harcèlement sexuel et en formant le personnel sur ces thématiques - en formant plus de personnel chaque année aux thématiques autour de la bientraitance - en formalisant des retours d'expériences pour les EIG mais aussi pour les EI les plus importants et les plus récurrents.	1.4.3.1 Gestion de la qualité Remarque 5 : La politique de promotion de la bientraitance n'est pas formalisée au niveau de l'établissement. La procédure de signalement de suspicion de maltraitance n'a pas fait l'objet d'une nouvelle réflexion sur ce thème au regard de l'article L.119-1 du CASF. Remarque 6 : Aucune analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est mise en place. Ecart 10 : Aucune procédure n'a été définie sur le traitement des situations de violence sur autrui, y compris sexuelles, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF. 2.1.2.1 : Ressources humaines Remarque 13 : Peu de personnel est formé à la bientraitance, aux relations affectives et à la sexualité, aux troubles sensoriels et aux troubles du comportement.	L'établissement a continué la formation du personnel en interne et en externe. La mise en place des procédures qui ont été mises à jour et des rappels réguliers lors des réunions. La référente bientraitance a planifié des sensibilisations à raison d'une fois par semaine (créneaux le jeudi après-midi) de façon à ce que l'ensemble des salariés soient formés sur le sujet de la bientraitance.	Nous prenons note de la mise en place de formation néanmoins au vu des éléments envoyés, le nombre de personnels formés reste insuffisant (une seule session avec 11 participants) ; Le contenu de la formation n'a pas été précisé. En l'absence de projet d'établissement finalisé, d'actualisation de la procédure de signalement et d'augmentation du nombre de personnes formées, la prescription est maintenue.	Article L119-1 du CASF Article L311-3 du CASF Articles D312-155-0, II et L311-3 3° du CASF	3 mois
7	Dans la perspective du recrutement de l'ASG et des IDE nécessaires au maintien de la qualité des soins, transmettre les preuves de publication d'annonce de recrutement (journaux, pôle emploi, internet...).	2.1.1.1 Ressources humaines : Ecart 17 : Il manque 6 ETP d'IDE et 1 poste d'ASG dans l'effectif, ce qui ne permet pas d'assurer une qualité de prise en charge aux résidents, ce qui contrevient	L'ASG du PASA a été embauchée. Pour les IDE, l'établissement peine à recruter	La prescription est levée néanmoins les efforts de recherche d'IDE doivent être poursuivis.	Articles D312-155-0, II et L311-3 3° du CASF	

8	Organiser le travail afin de stabiliser l'équipe auprès des résidents, mettre en place des mesures luttant contre l'absentéisme, et diminuer le recours aux CDD.	aux dispositions des articles D312-155-0, II et L311-3 3° du CASF.	des IDE. En attendant le recrutement, les soins sont assurés par des vacataires stables.	La totalité des IDE notifiés sur le planning est vacataire (soit 13 au total). Pour les AS et AVS, la majorité est en CDI néanmoins le taux d'absentéisme et les mesures mises en place pour y remédier ne sont pas explicités. La prescription est maintenue.	Article L311-3, 3° du CASF	3 mois
---	--	--	--	---	----------------------------	--------

9	Garantir la bonne prise en charge des situations d'urgence : - en organisant des formations pour que l'ensemble du personnel soit formé aux gestes d'urgence - en veillant à ce que tous les professionnels soignants soient à jour de leur AFGSU niveau 2 - en revoyant les conduites à tenir en cas d'urgence médicale ou chirurgicale. Le document « IDE et aide-soignante en EHPAD Conduite à tenir en situation d'urgence, 20 symptômes, 20 fiches », élaboré par l'ARS Ile de France en collaboration avec le SGGIF peut utilement être utilisé et expliqué aux équipes, en complément de la mise à jour de l'AFGSU niveau 2.	2.1.2.1 Ressources humaines : Ecart 20 : Le nombre 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. 3.6 Soins : Ecart 33 : Dans la procédure « Identification urgence médicale ou chirurgicale », en ne mentionnant pas d'appeler l'IDE ou le MedCo s'il est présent, plutôt que le médecin traitant, la direction médicale du groupe met en danger la vie des résidents. De même les conduites à tenir en cas de fausse route avec obstruction des voies respiratoires et d'arrêt respiratoire n'évoquent ni la manœuvre d'Heimlich ni la possibilité de débiter un massage cardiaque, ce qui met en danger la vie des résidents et contrevient aux dispositions des articles L110-5 du CSP et de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.	Sessions de formation AFGSU 1 et 2 prévues en 2024. En parallèle, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice ont prévu des sensibilisations aux urgences sur l'année 2024 en utilisant le support IDE et aides-soignantes en HPAD « Conduite à tenir en situation d'urgence, 20 symptômes, 20 fiches »	Le document intitulé « preuve plan de formation » n'est pas un plan de formation dans la mesure où il ne présente pas de dates de formations pour l'ensemble du personnel. La réponse apportée ne permet pas de s'assurer de la bonne appropriation de la procédure par les équipes. La prescription est maintenue.	Articles L110-5 du CSP Article L311-3 1° et 3° du CASF	3 mois
---	--	--	---	---	--	--------



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE

PARIS

10	Faire du projet personnalisé un outil de participation du résident et de sa famille à sa prise en charge, et garantir par une procédure la participation d'une équipe pluri-professionnelle et la mise à jour annuelle de ce projet de vie.	3.1.3.3 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Ecart 22 : Les projets personnalisés ne sont pas signés, ce qui contrevient aux articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF. Ecart 23 : L'absence de de référent chargé de l'élaboration et du suivi du projet personnalisé avec le résident ne garantit pas la participation active du résident à l'élaboration du projet et une réelle participation de l'équipe soignante, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF.	Certains PVI ont été présentés aux familles, d'autres ont été envoyés par courriel mais sans retour du représentant de la famille, les PVI seront réévalués en 2024.	Le tableau présenté fait état d'une remise et signature des PVI en 2025 alors qu'il est demandé qu'ils soient actualisés en 2024. Les documents attestant la participation de l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle sont attendus. La procédure PVI transmise est identique à celle reçue en phase initiale et n'apporte pas d'éléments complémentaires. La prescription est maintenue.	Articles L.311-3 et D.312-155-0 du CASF	Immédiat
11	Organiser une commission de coordination gériatrique avec la participation des autres professionnels de santé intervenant au sein de l'EHPAD et présenter notamment la mise en œuvre du projet de soins et le rapport annuel d'activité médicale de l'EHPAD.	3.1.4.4 : Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : Ecart 24 : Il n'est pas établi que la commission gériatrique se réunisse une fois par an, ce qui contrevient à l'article D.312-158 3° du CASF.	Il n'y a pas eu de commission gériatrique en 2023. Une commission est prévue le 15 février 2024, les invitations vont être envoyées sous 10 jours.	Dans l'attente de la transmission du compte rendu de la commission gériatrique, la prescription est maintenue.	Articles D.312-158 3° du CASF	Immédiat



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



12	Compléter le livret d'accueil afin qu'il introduise plus explicitement les droits de la personne accueillie et présente le rôle de chacun au sein de la résidence.	3.2.2.1 : Respect des droits des personnes accompagnées : Ecart 25 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas portée en annexe du livret d'accueil, ce qui contrevient à l'article L.311-4 du CASF. Remarque 18 : Le livret d'accueil ne contient aucune information ni sur la personne de confiance ni sur les personnes qualifiées et leurs modalités de saisine, ni sur la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ni sur l'existence d'un règlement de fonctionnement, ni sur le rôle de chacun au sein de la résidence.	Le livret d'accueil est mis à jour avec une description des encadrants et leurs coordonnées ainsi qu'une description du rôle de chaque intervenant.	Excepté l'actualisation de l'identité du directeur et l'ajout de la charte des droits et libertés de la personne accueillie les modifications attendues n'ont pas été effectuées. La prescription est maintenue.	Article L.311-4 du CASF	1 mois
13	Cesser la pratique de faire signer un pouvoir général aux proches des résidents en renonçant à cette annexe du contrat de séjour et saisir le juge des tutelles pour mettre en place des habilitations familiales en cas de nécessité.	3.2.2.1 : Respect des droits des personnes accompagnées : Ecart 26 : La pratique du pouvoir général n'est pas encadrée juridiquement, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	Le contrat de séjour avec la signature du pouvoir général aux proches fait partie des procédures groupe, un avis a été demandé au cabinet de conseil. Pour autant, ce pouvoir général est mis dans le but de faciliter l'admission	La prescription est maintenue.	Article L.311-3 du CASF	Immédiat

14	Réaliser systématiquement une évaluation gériatrique multidimensionnelle à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives, de l'état buccodentaire et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur.	3.1.1.2/3.4.3.5/3.4.3.9 Soins : Ecart 27 : L'absence d'évaluation multidimensionnelle systématique à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et le dépistage des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur et du comportement, contrevient aux articles D312-158-3 2° du et L311-3 3° du CASF.	administrative, l'établissement se propose d'accompagner les proches sur les différentes mesures de protection juridiques Les évaluations de la douleur, du risque d'escarre, du risque de chute, des fonctions cognitives sont réalisées. Des sensibilisations vont être réalisées en 2024 pour les évaluations des risques suicidaires de la sarcopénie et des troubles de l'humeur	L'analyse de l'extraction fiches statistiques net soins montre une évaluation gériatrique partielle dans la mesure où le risque de dépistage « risque d'escarres », dénutrition, « risques suicidaires, état buccodentaire et sarcopénie ne sont pas recherchés. La prescription est maintenue.	Articles D.312-158-3 2° du et L.311-3 3° du CASF	3 mois

15	Réaliser et tracer systématiquement une évaluation et un suivi de la douleur, à l'aide d'outils validés, au moins une fois par an pour tous les résidents.	3.8.2.24 Soins : Ecart 29 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L.1110-5, L.1112-4 et R.4311-2 5° du CSP, ainsi qu'à la circulaire DGS/DH/DAS N° 1999-84 du 11 février 1999.	Les évaluations de la douleur sont bien réalisées dans la résidence	Nous prenons note que l'évaluation de la douleur est réalisée à l'admission et en retour d'hospitalisation. EN revanche les documents transmis ne permet pas d'identifier le suivi annuel. La prescription est maintenue.	Articles L.1110-5, L.1112-4 et R.4311-2 5° du CSP Circulaire DGS/DH/DAS N° 1999-84 du 11 février 1999.	3 mois
16	Repérer et prendre en charge plus efficacement la dénutrition ou le risque de dénutrition des résidents : - en évaluant une fois par an la sarcopénie de tous les résidents - en mettant en place tableau récapitulant les pourcentages d'évolution des poids ainsi que la sarcopénie et les différents critères de diagnostic de dénutrition. - en revoyant le mode opératoire "dénutrition : stratégie nutritionnelle".	3.4.3.5 Soins : Ecart 30 : La sarcopénie des résidents n'est pas évaluée, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF et à l'article R4311-5 2° du CSP. Ecart 31 : La synthèse nutritionnelle des résidents éditée par le logiciel de soins ne permet pas de repérer tous les résidents dénutris, en particulier la sarcopénie, ni le pourcentage d'évolution du poids, critères majeurs de diagnostic de dénutrition. Il n'existe pas de tableau unique récapitulant les différents critères de diagnostic de dénutrition (poids, pourcentages d'évolution du poids, IMC, sarcopénie, albumine,	Il existe un tableau dans netsoin permettant le suivi nutritionnel des résidents avec le poids, et l'évolution des poids, la sarcopénie, et les alertes en cas de dénutrition	Les documents font état d'un suivi régulier des variations des poids, de l'IMC, de l'albuminémie qui permet d'identifier les résidents avec un risque de dénutrition. Au total 56/ 125 résidents présentent un risque de dénutrition représentant 44.8 % des personnes accueillies. Ce taux est très élevé et en augmentation par rapport aux informations transmises en avril	Article L311-3 3° du CASF Article R4311-5 2° du CSP	Immédiat

		régimes, textures) ce qui ne permet pas de repérer facilement les résidents dénutris et met en danger leur santé aux termes de l'article L311-3 3° du CASF. Remarque 25 : Le mode opératoire « Dénutrition : stratégie nutritionnelle » ne fait pas référence aux recommandations de la HAS de novembre 2021. Il ne précise ni la conduite à tenir pour les résidents en surpoids ni le rythme des réévaluations. La partie sur les textures alimentaires permettant de donner des biscottes aux résidents ayant des troubles de la déglutition met en danger les résidents.		dernier. Les documents ne font pas état de la stratégie nutritionnelle à mettre en place pour les résidents concernés. La prescription est maintenue.	
17	Elaborer une procédure reprenant l'ensemble des étapes du circuit du médicament ».	3.8.2 Soins : Ecart 34 : La mission d'inspection relève l'absence de procédure reprenant l'ensemble des étapes du circuit du médicament, ce qui contrevient aux articles R4311-7 et R4312-43 du CSP et à l'article L.311-3 du CASF. Ecart 35 : Les procédures faisant état de la distribution des médicaments, y compris morphiniques, ne différencient pas les aides-soignants des AES (ou AMP), selon les médicaments	Une procédure sur le circuit du médicament a été mise en place avec une présentation aux équipes.	La prescription est levée en revanche la sensibilisation de l'ensemble de l'équipe à cette procédure doit être poursuivie.	Article R4311-7 du CSP Article R4312-43 du CSP Article L.311-3 du CASF Article L313-26 du CASF Article R4311-4 du CSP



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



VILLE DE
PARIS

		considérés, ce qui contrevient aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.		

	Recommandations envisagées			
1	Préciser les mesures à prendre en cas de violence sur autrui dans le règlement de fonctionnement	1.2.1.2 Management et stratégie Remarque 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas assez précis sur les mesures à prendre en cas de violence sur autrui.	Une modification a été apportée au règlement de fonctionnement afin de préciser les mesures à prendre en cas de violence sur autrui. La modification de la trame du règlement de fonctionnement sera faite dans le courant du mois de janvier, ce nouveau règlement de fonctionnement sera abordé au CVS	La recommandation est levée.
2	Elaborer des documents à destination des nouveaux salariés et des vacataires qui présentent les règles de fonctionnement de l'établissement et les protocoles les plus importants.	2.1.1.3./2.1.16/2.1.4.7 Ressources humaines : Remarque 12 : La procédure « accueillir un salarié vacataire/remplaçant » n'a pas été adaptée à l'établissement depuis son ouverture et ne concerne que la prise de poste au niveau des ressources humaines. Elle ne présente pas aux vacataires les différentes tâches à accomplir. 2.1.2.5 Ressources humaines :	Il existe une documentation accueil du nouveau salarié et des documents qui sont remis aux nouveaux salariés comme le pocket salarié qui reprend de façon synthétique les principaux points (sécurité, contacts)	La recommandation est levée.

			Remarque 14 : L'établissement ne s'est pas doté d'une procédure d'accueil des nouveaux salariés et des vacataires.		
3	Prendre les mesures adéquates afin de sécuriser les portes d'entrée de la résidence		2.5.2 Sécurités : Remarque 15 : La question de la sécurisation de la résidence n'a pas fait l'objet d'une réflexion assez approfondie au regard des intrusions dont l'EH PAD a été la cible.	La porte qui a permis l'effraction en 2022 était bien verrouillée en 2023. En juillet 2023, l'effraction a eu lieu au niveau du SAS d'entrée, les personnes ont cassé la porte du SAS sécurisé	Nous prenons note de la sécurisation des portes d'entrée. La recommandation est levée.
4	Adapter la procédure à l'établissement afin de garantir que l'ensemble des actions requises sont accomplies pour chaque admission.		3.1.1.1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Remarque 16 : La procédure d'admission ne précise pas quels sont les acteurs pour chaque étape de la procédure, elle ne mentionne ni le recueil des directives anticipées, ni la possibilité de nommer une personne de confiance. Elle n'est pas spécifique à l'établissement.	Il existe une procédure d'admission et les directives anticipées ainsi que la personne de confiance sont abordées à l'entretien d'entrée et lors de la signature du contrat.	Nous prenons note de l'élaboration de la check liste au moment de l'admission du résident. La recommandation est levée.
5	Garantir dans l'organisation du travail un temps de transmission orale entre équipe de jour et équipe de nuit		3.1.4.4 /3.1.4.7 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie Remarque 17 : La mission relève l'absence de temps de transmission	Il existe un temps de transmission entre les équipes de jour et les équipes de nuit entre 19h45 et 20h.	L'absence de transmission de plannings de nuit ne permet pas d'identifier l'instauration de ce temps de transmission. La recommandation est maintenue.

		orale entre équipe de jour et équipe de nuit.		
6	Elaborer un projet d'animation et préciser le rôle de chacun (bénévoles, animateur, psychologue, APA, aides-soignantes et AES).	3. 1 Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie : Remarque 19 : Le rôle des bénévoles n'est ni défini ni encadré. Remarque 20 : Aucun projet d'animation n'a été élaboré, permettant de mettre en lien les souhaits des résidents et le programme d'animation et de définir le rôle de chacun dans l'animation (l'animatrice, la psychologue, le professeur APA, les aides-soignantes, les AES).	Lors de l'élaboration du projet d'établissement, nous intégrerons le rôle de chacun dans le projet d'animation.	Dans l'attente de la finalisation du projet d'établissement, la recommandation est maintenue.
7	Optimiser l'organisation des repas afin de permettre un meilleur accompagnement des résidents durant le repas.	3.4.3.0 Vie quotidienne. Hébergement : Remarque 21 : Les tableaux de suivi transmis à la mission d'inspection ne sont pas cohérents entre eux. Ces tableaux complexes interrogent sur la manière dont la cuisine peut comprendre les différents régimes et textures prescrits par l'équipe de soin. Remarque 22 : La mission d'inspection relève un défaut d'organisation dans le service, qui a conduit les résidents à attendre jusqu'à plus de 13h avant de déjeuner. Remarque 23 : Le personnel	Une organisation a été mise en place avec une réduction importante des résidents qui mangent en chambre, un regroupement des résidents dans les différents espaces de repas	A regrouper avec injonction n° 4



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



		assurant l'accompagnement et l'aide aux repas apparait en nombre insuffisant.			
8	Mettre en place : - une commission de suivi de l'état nutritionnel des résidents - des commissions chutes, contention, un CLAN...	3.6/3.4.3.9 Soins Remarque 27 : La mission d'inspection relève l'absence de commission régulière de suivi de l'état nutritionnel des résidents Remarque 29 : La politique de prévention menée par l'établissement n'est pas formalisée par la tenue de commissions (chutes, escarres contention, CLAN...) ce qui ne permet pas d'optimiser la réflexion collective sur les actions préventives à mener.	La mise en place des différentes commissions est programmée pour l'année 2024 a raison de une fois par mois.	La recommandation est maintenue	
9	Garantir que les familles sont informées des chutes des résidents.	2.5.3.3 Soins : Remarque 28 : Alors que 34% des chutes ont une conséquence immédiate visible (hématomes, plaie simple ou complexe), seules 8% des familles ont été prévenues de la chute de leur proche.	Les fiches de chute sont bien réalisées mais la traçabilité des appels aux familles n'est pas réalisée. Une action de sensibilisation sera programmée sur 2024.	La recommandation est maintenue	
10	Elaborer un protocole relatifs aux soins palliatifs et recourir à la convention passée avec le réseau Quiétude.	3.8.2.25 Soins : Remarque 30 : L'accompagnement à la fin de vie n'est pas assez encadré par des pratiques professionnelles assurées.	Le projet relatif aux soins palliatifs sera intégré dans le projet d'établissement sur l'année 2024.	La recommandation est maintenue	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



11	Porter la photographie de chaque résident dans les documents mentionnant les soins prodigués	3.6 Soins Remarque 31: Le personnel ne dispose pas de la photographie de tous les résidents ce qui nuit à l'identito-vigilance prévue par l'article R. 4311-5 5° du CSP.	Les photos des résidents sont bien prises à l'entrée une fois le recueil du consentement fait. Une fois intégrées à netsoins , elles apparaissent systématiquement à l'impression des documents du résident. Le trombinoscope du résident est à jour.	La recommandation est levée
----	--	---	---	-----------------------------

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis

94/96 quai de la rapée
75012 Paris

