

Ville de Paris
Direction des solidarités
Sous-direction de l'autonomie
Affaire suivie par Frédéric MUSSO

Délégation départementale de Paris
Affaire suivie par : Christel Rougy

████████████████████
Directeur Général France
Groupe KORIAN
21-25 rue Balzac
75008 PARIS

Saint-Denis, le 09 AVR. 2024

Monsieur le Directeur Général,

Dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD, un contrôle conjoint a été réalisé au sein de l'EHPAD Korian Brune (FINESS géographique 750041527) situé 117 boulevard Brune 75014 Paris, le 20 juin 2023 par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France 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 6 décembre 2023 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que trois injonctions, douze prescriptions et douze recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 20 janvier 2024 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions.

Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées concernant les mesures suivantes :

- Prescription 4 : Préciser les qualifications du MedCo et le cas échéant, prévoir le suivi d'une formation conforme à la réglementation en vigueur
- Prescription 6 : Organiser des formations afin que le personnel soit formé aux gestes d'urgence
- Prescription 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 Projet Personnalisé (PP), atteindre l'objectif d'actualiser et/ou d'évaluer chaque année les PP.
- Prescription 8 : Préciser les modalités du suivi médical des résidents sans médecin traitant.
- Prescription 10 : Procéder à une évaluation de la douleur par résident et par an.
- Prescription 12 : Transmettre les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des déchets (CERFA 11352*04) correspondants pour le premier semestre 2023.
- Recommandation 3 : Transmettre le plan de continuité de l'activité.
- Recommandation 7 : Prévoir des temps de transmission orales dans les fiches de tâches.
- Recommandation 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.

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

Aussi, vous vous notifiez à titre définitif trois injonctions, six prescriptions et dix recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

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

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

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

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, 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

Le Directeur de la Délégation départementale de Paris



Pour la Maire de Paris et par délégation,

La [redacted] rités

Jeango SEBAN

Copie :

[redacted]
Directrice de l'EHPAD « Korian Brune »
117 boulevard Brune
75014 Paris



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décisions prises dans le cadre du contrôle sur pièces à partir du 20 juin 2023 au sein de l'EHPAD Korian Brune (FINESS géographique 750041527)

Injonctions envisagées	Réf. rapport	Reponse de l'établissement au contradictoire	Decision
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 EI/EIG à l'ARS et à la Ville de Paris - en présentant le bilan des EI/EIG au CVS - en formant régulièrement le personnel à l'identification, la déclaration et l'évaluation des EI et EIG.	1.5.1.3 Gestion des risques des crises et des événements indésirables Ecart 7 : La procédure d'alerte, signalement et suivi des EI/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 EI/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	❖ Ecart 7 : - Dans la procédure KORIAN de déclaration des EI/EIGAS, il est bel et bien fait mention du recours au signalement au procureur de la République en page 5 / Partie 2 / §4 : « En fonction de l'EIG, un signalement à d'autres autorités devra être réalisé également (procureur de la République, conseil de l'ordre des médecins ou infirmiers, etc.). » cf : PJ 1 <u>alerte_signalement_et_suivi_des_e.i.g_et_des_e.i.g.a.s_</u> ❖ Ecart 8 : - Korian a développé, en interne, une Charte d'incitation au signalement des EI. Il est bien indiqué que « le traitement » de tout signalement d'événement indésirable « s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité ». Nous vous transmettons la dite en Charte (PJ 2) au cas où elle ne vous aurait pas été communiqué lors du contrôle.	Ecart 7 : La procédure d'alerte, signalement et suivi des EI/EIG fait effectivement mention du signalement au procureur de la République mais elle ne précise pas dans quel cas y avoir recours, c'est-à-dire les situations de violence, de harcèlement sexuel, d'agression, et de maltraitance. Ecart 8 : La charte d'incitation au signalement des EI mentionne « le traitement » de tout signalement d'événement indésirable « s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité des données médicales », ce qui est différent de la protection du signalant. La procédure d'alerte, signalement et suivi des EI/EIG ne mentionne pas l'article L.313-24 du CASF sur la protection du signalant. Remarque 7 : La mission prend bonne note des sensibilisations régulièrement mises en place cependant une formation est nécessaire au vu des constats issus par le présent contrôle. Ecart 5 : Effectivement le compte-rendu du CVS du 29/12/2023 mentionne bien un bilan des EI et EIG survenus dans l'établissement.

	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.	dédiées. Cf PJ 3 émargement année 2022 / 2023., ainsi les analyses RETEX des deux EIG déclarés. ❖ Ecart 5 : - Le CVS est correctement informé des EI et EIG lors de la dernière réunion de l'année. Cf PJ 4 CR-CVS-29-12-2023. ❖ Ecart 9 : - En 2023, il y a eu 2 EIG pour lesquels le formulaire de déclaration a été rédigé mais effectivement non envoyé que nous vous adressons en copie. La Direction s'engage a davantage de ponctualité et de réactivité dans la transmission des EIG à l'ARS et à la DSOL . Cf PJ 5.1&5.2.	Ecart 9 : La mission de contrôle prend acte de la transmission des deux EIG de 2023. Injonction partiellement maintenue en ce qui concerne les écarts 7 et 8 ainsi que le remarque 7. Délai : 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,	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. Ecart 11 : Des auxiliaires de vie et des agents de vie sociale assurent des missions de soins, ce qui contrevient à l'article D.312-155-0 du CASF. 2.1.4.4 Gestion des ressources humaines	Ecart 10 : Au-delà du poste vacant d'IDE, la Mission a constaté un déficit de 0,6 d'ETP d'IDE. Celle-ci constate également un déficit en AS/AES de 1,2 ETP. L'établissement n'apporte pas de réponse. L'établissement doit apporter les preuves qu'il s'est engagé dans une démarche de recrutement. Délai : 1 mois A plus long terme, l'établissement veille à pourvoir de façon pérenne, et si possible en CDI, à hauteur de ses besoins afin d'assurer aux résidents la qualité et la sécurité de leur prise en charge. Délai : 9 mois Ecart 11 et 16, Rq 10 : La mission prend bonne note des parcours VAE actuellement engagés au sein de l'établissement, toutefois, les professionnels ne sont pas encore

des ASH faisant fonction à l'échelle de l'établissement.	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.	❖ Ecart 11 : - Comme l'indique l'organigramme et plannings communiqués, nous avons à date :  ❖ Ecart 16 : - Parmi les conditions de réussite de la VAE, que la personne exerce le soin. Une fiche de tâche sera faite pour les ADV et les FFAS. ❖ Remarque 10 : - Les Cerfa d'inscription aux VAE, avec le plan de suivi vous sera communiqué ultérieurement. ❖ Ecart 18 : - Nous avons omis de joindre l'organisation de travail traduite par la fiche de tâche de l'équipe soignante de nuit. Veuillez la trouver en PJ 7.	diplômés aide-soignant et ne peuvent être regardés comme tels. L'établissement ne répond pas à l'arrêt des glissements de tâches entre professionnels diplômés (AS/AES), d'une part, et ASH et auxiliaires de vie, d'autre part. L'établissement ne transmet pas les documents modifiés (projet d'établissement, livret d'accueil, fiches de poste et fiches de tâches horaires notamment) permettant de différencier les métiers d'AS, d'AES, d'auxiliaires de vie et d'ASH, et d'acter la réorganisation de l'équipe soignante en fonction des diplômés présents. Ecart 18 : L'établissement a transmis la fiche de tâches horaires de l'AS de nuit. Toutefois, d'autres professionnels sont également présents la nuit et leurs fiches de tâches horaires n'ont pas été transmises, ce qui ne peut exclure un glissement de tâches. Injonction maintenue Délai : 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.	Légionelles Ecart 25 : Les analyses de légionelles comprenant l'ensemble des points de surveillance n'ont pas été effectuées selon la réglementation en vigueur	❖ Ecart 25 : - L'auditeur du laboratoire a commis une erreur lors de son prélèvement (pas de point de puisage sur des douches et absence du prélèvement sur le retour de boucle). Nous avons effectué une demande de passage en urgence au laboratoire pour nous conformer à la réglementation. Nous vous transmettrons les résultats des analyses dès réception. Cf PJ8 échange de mail avec le laboratoire.	La mission prend bonne note de l'échange avec le laboratoire Injonction maintenue dans l'attente des résultats d'analyse Délai : à la réception des résultats
---	---	---	---	--

	Prescriptions envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Présenter le règlement de fonctionnement aux instances représentatives du personnel et au CVS.	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.	❖ Ecart 1 : - La mise à jour du règlement de fonctionnement de l'établissement aura lieu en juillet 2022 et en absence de la version auparavant signée. Ce règlement, ainsi la fiche sécurité actualisée, seront de nouveau présentés au CVS et représentants de proximité lors des prochaines réunions prévues, soit en janvier et mars 2024. Cf PJ 9	Prescription maintenue dans l'attente du compte rendu : - du CVS - et -de la réunion avec les instances représentatives du personnel où sera présenté le nouveau règlement de fonctionnement. Délai : dès les prochaines réunions de ces instances.
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	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	❖ Ecart 2 : - Le projet d'établissement est révisé tous les ans à l'occasion de la revue de direction. Ainsi, en février 2024, la révision du PE inclura la mise en place d'une annexe 10 sur la politique de promotion de la bientraitance (PJ 10), la complétude des axes et projets spécifiques. ❖ Ecart 6 : - La politique établissement en matière de la bientraitance, qui s'extrait de la politique du groupe, sera intégré dans la mise à jour annuel du projet d'établissement (février 2024).	Prescription maintenue dans l'attente du nouveau projet d'établissement comprenant notamment : - la formalisation de la politique de bientraitance de l'établissement (dont le plan de formation des personnels et la garantie de protection du signalant)

	adapté et la garantie de la protection du signalant, ce qui contrevient aux articles L.311-8 et 313-24 du CASF.	- Des sensibilisations sont faites auprès du personnel de l'établissement à plusieurs reprises. - En 2022 : nous avons planifié une conférence animée par le professeur Yannis Constantinidis, Professeur de philosophie et d'éthique appliquée sous le thème de la vieillesse. Tout le personnel de l'établissement a été conviés. - Dans le cadre de commission éthique et bientraitance pour l'année 2022, notre psychologue a animé un atelier avec des cas cliniques en parlant de la liberté aller et venir de nos résidents. - La commission éthique et bientraitance pour l'année 2023 a été reportée pour le 09 janvier 2024 où nous avons traité le sujet de la prise en soin dans les espaces de vie protégés ainsi les fondamentaux de la prise en charge dans ces unités spécifiques. Cf CR de la commission ainsi la feuille d'émargement PJ1	- le projet de soins de l'établissement Délai : 6 mois
3	Assurer la qualification et l'inscription au fichier RPPS de l'IDEC.	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.	L'établissement n'a pas transmis le justificatif d'inscription de l'IDEC au RPPS Prescription maintenue Délai : immédiat
4	Préciser les qualifications du MedCo et le cas échéant, prévoir le suivi d'une formation conforme à la réglementation en vigueur.	1.2.2.14 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.	Prescription retirée
5	Stabiliser l'équipe auprès des résidents : - en mettant en place des mesures luttant contre l'absentéisme, - en diminuant le recours aux CDD.	2.1.1.3 Gestion des ressources humaines : Ecart 12 : L'établissement recourt massivement aux CDD de courte durée, ce qui contrevient aux	Ecart 12, 14, 15 & 17 L'établissement ne répond pas à la problématique de la stabilisation de l'équipe et

- 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	dispositions de l'article L.311-3^{3°} du CASF. Ecart 14 : Au regard du nombre de personnel en CDD et du turnover 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.	- De plus, nous avons un pool de soignants remplaçants stable ce qui nous permet d'assurer la meilleure qualité de prise en charge possible. Je vous joins la courbe du Turn Over salarié sur l'année 2023, montrant une diminution progressive de cet indicateur (Remarque 9). Cf PJ13 ❖ Ecart 14 : - L'affectation du personnel en CDD est toujours basée sur le principe de parainage. Le soignant vacataire est accompagné par un titulaire. Une fiche de répartition journalière avec une fiche interservices sont données quotidiennement à tout le personnel afin de garantir la fluidité d'information. Tout personnel soignant a accès au logiciel [REDACTED] pour avoir plus d'information médicale et soin en lien avec les résidents qui lui sont confiés. ❖ Ecart 15 : - Le travail de coordination fait entre l'IDEC, récemment recruté et l'assistante de direction en matière d'anticipation de planning va nous permettre de garantir un effectif complet en IDE ❖ Ecart 17 : - L'écart 12 et le recours au CDD de courte durée démontre bien que l'établissement pourvoit au mieux et très majoritairement chaque absence. Pour chaque absence, une mission équivalente est publiée sur le site [REDACTED] pour nous permettre de remplacer le personnel absent. En cas de difficulté voire d'impossibilité de remplacement, ce qui reste ponctuel, une réorganisation des tâches à accomplir est pilotée par la cadre de santé, cela pour éviter une surcharge de travail voire un épuisement professionnel.	n'apporte pas la preuve qu'une procédure d'accompagnement à la prise de poste a été rédigée et étayée, ni que la gestion des plannings permet à la fois d'anticiper les difficultés et de fluidifier l'organisation de l'équipe dans le but de garantir la sécurité des résidents. Prescription maintenue Délai : 6 mois
--	--	--	---

6	Organiser des formations afin que le personnel soit formé aux gestes d'urgence	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.	❖ Ecart 13 : - Je vous joins l'attestation de formation AFGSU pour l'année 2023 ainsi le plan de formation 2024 en termes de secourisme et AFGSU. Cf PJ14	Prescription retirée
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.	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.	❖ Ecart 19 : - Le délai de révision des PP est pourtant correctement indiqué dans la procédure relative aux projets personnalisés. PJ 15 À la suite du départ de l'ancienne psychologue en février 2023 et depuis l'arrivée de la nouvelle psychologue en [REDACTED] nous avons repris la dynamique de suivi des PP. Nous sommes, en janvier 2024, à un taux de révision de 68,9%. PJ 16. ❖ Ecart 20 : - La procédure rappelle la présence du 1er outil utilisé au sein de notre établissement "Mieux vous connaître", le RDV avec le résident lors du 1er mois après son entrée, son invitation au PP et la recherche d'accord avec l'avenant	La mission prend bonne note des réponses pour les écarts 19 et 20 Prescription retirée En revanche, il n'a pas été répondu à la remarque 14. Nouvelle recommandation : « Mettre à jour la procédure "projet personnalisé" afin de définir le mode de désignation des référents et leurs rôles respectifs »
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.	❖ Remarque 15 : - Un nouveau médecin, gériatre de formation, a intégré en [REDACTED] l'équipe des médecins traitants et pourra aller jusqu'à la prise en charge de 20 résidents. Actuellement elle prend en charge 13 résidents. A date, tous les résidents en séjours permanent bénéficient d'un médecin traitant.	Prescription retirée

9	Transmettre la liste des personnes habilitées à administrer des médicaments avec leur qualification et l'attestation de formation suivie.	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.	❖ Ecart 21 : - La liste des personnes habilitées à administrer les médicaments. PJ 17	La liste transmise mentionne que les personnes sont habilitées à délivrer des « stupéfiants » ce qui n'est pas conforme à la réglementation Prescription maintenue et transformée en « Modifier la liste des personnes habilitées à administrer des médicaments en retirant la mention de stupéfiants » Délai : 1 semaine
10	Procéder à une évaluation de la douleur par résident et par an.	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.	❖ Ecart 22 : - L'absence de cadre de santé depuis la mi-avril 2023 a eu des répercussions sur cet indicateur. Nous avons travaillé sur cet indicateur pour améliorer notre prise en charge de la douleur. Je vous communique la courbe (PJ18) qui montre l'évolution positive de cet indicateur. Vous pouvez constater que 90,4% des résidents ont eu cette évaluation au cours des 90 derniers jours. Ce travail sera poursuivi avec l'arrivée de notre cadre de santé.	Prescription retirée
11	Etablir un protocole relatif aux soins palliatifs et transmettre la convention signée avec le réseau de soins palliatifs.	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 CASP.	❖ Ecart 23 : - Vous trouverez en PJ : • Notre guide pratique de bonnes recommandations. Soins palliatifs et fin de vie. PJ19 • La procédure sur les soins palliatifs et la fin de vie. PJ20 - Une longue collaboration avec le réseau [REDACTED] Cf PJ 21. - Une collaboration avec [REDACTED] : L'association accompagne à domicile les personnes malades et leur entourage, à travers un réseau de bénévoles et de soignants spécialisés en soins palliatifs. Cf PJ22. - Une nouvelle convention a été sollicitée auprès de l'association [REDACTED], avec qui notre MEDEC est en parfaite collaboration (solicitation téléphonique ou email). Nous vous communiquerons la nouvelle convention dès réception.	La mission prend bonne note de la transmission du guide pratique de bonnes recommandations Soins palliatifs et fin de vie et de la procédure sur les soins palliatifs et la fin de vie ainsi que des collaborations avec le réseau Ensemble et l'association VISITATIO. Prescription maintenue dans l'attente de la transmission de la nouvelle convention.
12	Transmettre les bons de prise en charge accompagnés des bordereaux de suivi des déchets (CERFA 11352*04) correspondants pour le premier semestre 2023.	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	❖ Ecart 24 : - Une demande a été effectuée auprès de notre prestataire [REDACTED] Veuillez trouver les bordereaux de suivi en PJ 23	Prescription retirée

		mois, ce qui contrevient à l'article L.1335-4 du CSP	
--	--	--	--

	Recommandations envisagées	Réf. rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
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%	❖ Remarque 1 : - Le recrutement des nouveaux membres du comité de direction de l'établissement ainsi l'accompagnement de plus près des fonctions supports permettrait forcément d'améliorer le résultat de notre taux d'occupation.	Recommandation maintenue jusqu'à la transmission des mesures prises pour augmenter le taux d'occupation.
2	Préciser les mesures à prendre en cas de violence sur autrui dans le règlement de fonctionnement.	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	❖ Remarque 2 : - Le règlement de fonctionnement précise pourtant que : " Les faits de violence physique ou morale sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires, conformément aux dispositions du contrat de séjour. La décision de l'établissement de résilier le contrat de séjour pour non-respect des règles de la vie en collectivité devra faire l'objet d'une information préalable au Conseil de la Vie Sociale." Le règlement est également complété par les différentes procédures interne relative à la promotion de la bientraitance et de la conduite à tenir en cas de violence sur autrui. P J 9.	La formulation du règlement de fonctionnement ne prend pas en compte les violences d'un salarié envers un autre salarié ou d'un salarié envers un résident. Recommandation maintenue

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. 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.	❖ Remarque 3 : - Veuillez trouver le plan de continuité de l'activité en PJ 24. ❖ Remarque 4 : - La culture qualité en termes d'enregistrement et de traçabilité auprès de tous les salariés de l'établissement et l'une des priorités de l'année 2024. ❖ Remarque 6 : - Le taux d'enregistrement des réclamations est assez faible, mais il n'y a pas de récurrence constatée nécessitant un PAC. Avec l'arrivée d'une nouvelle responsable des relations famille, l'ensemble des réclamations feront l'objet d'un enregistrement sur notre plateforme en interne, cela nous permettra de mieux suivre et analyser les réclamations. Un cahier d'observation a été mis en place au sein de l'établissement, à la suite d'une demande des membres du CVS.	Recommandation retirée La mission prend bonne note du projet de suivi des réclamations confié à la nouvelle responsable des relations famille. Recommandation maintenue dans l'attente d'un PACQ mis à jour
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...	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	❖ Remarque 5 : - Deux procédures Korian traitent de la question des actes de violence. En effet, cette question est traitée sous l'angle de la promotion de la bientraitance d'une part et de la prévention de la maltraitance d'autre part. Il existe également une procédure sur le signalement et la conduite à tenir en cas de maltraitance. PJ 25 et 26 ❖ Remarque 8 : - Nous nous engageons à programmer davantage de sensibilisation et réunions sur le thème des EI/EIG au sein de l'établissement, mais aussi de systématiser les RETEX et ce, afin d'améliorer la culture de l'EI. Une formation dédiée aux EI/EIG sera programmée sur l'année 2024. Nous vous transmettons en pièce jointe l'état du nombre de signalement d'EI sur l'année 2023. (PJ27) ❖ Remarque 12 :	Remarque 5 : La mission prend bonne note de l'existence d'une procédure sur le signalement et la conduite à tenir en cas de maltraitance Remarque 8 : La mission prend en compte la volonté d'améliorer la culture des EI au sein de l'établissement Recommandation maintenue dans l'attente de la mise en place de sessions d'analyse des pratique professionnelles.
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.	analyse des pratiques professionnelles animée par un intervenant extérieur n'est inscrite au plan de développement des compétences.	- Une réflexion commune au sein du bassin parisien est en cours pour mener des sessions d'analyse des pratiques professionnelles.	
6	Assurer des formations sur des thèmes gérontologiques ou sur la relation aux familles, le droit des résidents etc, pour l'ensemble du personnel	2.1.2.1 Gestion des ressources humaines Remarque 11 : Peu de professionnels participent à une formation.	❖ Remarque 11 : - Le groupe Korian permet à tous les salariés d'accéder à la plateforme de formation en e-learning.	Recommandation maintenue dans l'attente du plan de développement des compétences 2024.
7	Prévoir des temps de transmission orales dans les fiches de tâches	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.	❖ Remarque 13 : - Les différentes fiches de tâche sont revues et plus détaillées pour faire apparaître le temps dédié pour les transmissions Jour/Nuit et Nuit/Jour. P.J7.	Recommandation retirée.
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.	❖ Remarque 16 : - Un avenant à la convention comportant le nom de la nouvelle cadre de santé a été demandé à l'officine.	Recommandation maintenue dans l'attente de l'avenant
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.	❖ Remarque 17 : - Une correction des deux procédures sera faite par la nouvelle cadre de santé et le MEDEC, afin de les mettre en adéquation.	Recommandation maintenue dans l'attente des deux nouvelles procédures.
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.	❖ Remarque 18 : - Nous avons pris contact avec notre prestataire afin qu'il veille au bon respect de la réglementation en terme de signature et d'adresse indiquée.	Recommandation maintenue dans l'attente de bons 2024 de prise en charge correctement renseignés et 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.	❖ Remarque 19 : - La convention va être corrigée pour un passage moins fréquent.	Recommandation maintenue dans l'attente des bons de janvier 2024 de prise en charge

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.	❖ Remarque 20 : - Les mitigeurs sont équipés des cartouches anti-brûlures dont vous trouverez la fiche technique en PJ 28, qui garantit que la température d'eau chaude sanitaire ne dépassera pas 50°. - A la suite du passage de l'auditeur de notre laboratoire [REDACTED] une action corrective a été apportée par notre responsable technique afin de modifier le réglage de la butée de température afin de garantir une température maximale d'eau chaude à 50]. Cf feuille d'émargement PJ 29.	Recommandation retirée
13	Mettre à jour la procédure "projet personnalisé" afin de définir le mode de désignation des référents et leurs rôles respectifs			Nouvelle recommandation