

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « KORIAN Champ de Mars » (EHPAD)  
64 rue de la Fédération – 75015 PARIS  
N° FINESS 750056335**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2022\_0121  
Déplacement sur site le 17/ 02 /2022**

Mission conduite par

- Monsieur Jean-Marie PELLE, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection / Inspection Régionale Autonomie Santé de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Monsieur Romain BARRES, inspecteur désigné par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Ile de France / Délégation départementale de Paris,
- Madame Christine LAURENT, attachée de la Ville de Paris, responsable de la cellule d'appui et de contrôle, sous-direction de l'autonomie / Ville de Paris

Accompagnée par

- Madame Anne BATTUT, personne qualifiée, chargée d'inspection / Inspection Régionale Autonomie Santé de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Docteur Marie-Christine BAUWENS, médecin, personne qualifiée / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Madame Kelly LAM, personne qualifiée / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France,

Textes de référence

- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles
- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

### 1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés conformément à l'article L. 311-2 du CRPA :

Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;  
Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;  
L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;  
En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

### 2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret des affaires (...) ;
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;
- Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjointer, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions ».

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

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
A) Contexte de la mission d'inspection .....	7
B) Modalités de mise en œuvre .....	7
C) Présentation de l'établissement .....	8
<b>CONSTATS .....</b>	<b>10</b>
<b>I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS .....</b>	<b>11</b>
A) L'encadrement des équipes.....	11
B) La situation des effectifs.....	11
C) L'organisation du travail .....	11
<p>Les personnes présentes dans le tableau ci-dessus n'ont pas reçu de deuxième ou de troisième dose et n'ont pas été identifiées comme ayant été infectées par le covid dans le registre.</p> <p>..... Erreur ! Signet non défini.</p>	
<b>.II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE .....</b>	<b>20</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	20
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	20
C) La communication avec les familles et le CVS .....	20
D) La gestion des réclamations et des événements indésirables .....	20
<b>III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE .....</b>	<b>31</b>
A) Les prestations hôtelières .....	31
B) Les achats de consommables.....	31
C) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	31
<b>IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE.....</b>	<b>39</b>
A) Les locaux et installations dédiés aux soins .....	39
B) Dossiers médicaux/de soins .....	51
C) Le médecin coordonnateur.....	53
D) Les soins individuels.....	64
E) La prise en charge médicamenteuse.....	73
F) Conventions avec les professionnels de ville libéraux et avec les partenaires extérieurs.....	85

CONCLUSION .....	94
GLOSSAIRE .....	97
ANNEXES .....	98
Annexe 1 : Lettre de mission.....	98
.....	10
0	
Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis	
.....	10
1	
Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection	
.....	10
5	
Annexe 5 : Autres documents annexés	
.....	10
6	



## SYNTHESE

### **Éléments déclencheurs de la mission**

La parution du livre « *Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

La présente inspection s'inscrit dans ce programme. Elle est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par la Ville de Paris au vu des risques que cet EHPAD présente, qui ont été appréciés par les services respectifs de ces deux autorités.

Le programme d'inspection, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents. Dans la région Ile-de-France le programme débutera le 17 février 2022 et prendra en compte prioritairement les axes suivants :

- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations ;
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante ;
- La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

- La liste nominative des résidents par chambre présents le jour de la visite ;
- La liste des salariés présents le jour de la visite ;
- Le planning nominatif des salariés du jour de la visite et ceux de la nuit écoulée ;
- L'organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Le plan des locaux.

De plus, il lui a été demandé d'autres documents recueillis ou consultés sur place par la mission.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents ou leurs représentants.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection puis lors des échanges postérieurs.

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Le contrôle a identifié les écarts suivants à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles.

En ce qui concerne les soins :

- Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin

coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue ;

- Les transmissions soignantes sont insuffisamment formalisées ;
- Les locaux de soins sont exigus, encombrés et vétustes.
- Les actes de psychomotricité sont dispensés auprès des résidents mais ne font pas l'objet d'une prescription médicale ; de même, la mission n'a pas été en mesure d'identifier la prescription d'orthophonie dans les dossiers de soins ;
- La mission n'a pas été destinataire de l'information selon laquelle le pharmacien d'officine collabore avec les médecins traitants, à l'élaboration par le MEDEC de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmacothérapeutique ;
- Le circuit du médicament, notamment l'élimination des médicaments et piluliers non utilisés, n'est pas organisé selon la réglementation en vigueur, dans le cadre de la convention entre la pharmacie prestataire et l'EHPAD.

En ce qui concerne les projets de vie des résidents, ces derniers et leurs familles sont associés à leur élaboration uniquement par la voie d'un questionnaire écrit.

Enfin, la politique d'identification, de déclaration des événements indésirables et de leur traçabilité, n'est pas clairement formalisée.

## **INTRODUCTION**

### **A) Contexte de la mission d'inspection**

La Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la ville de Paris ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Korian Champ de Mars » situé à 64 rue de la Fédération, qui appartient au groupe Korian. La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » a conduit la Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Aussi, la DG ARS et la Ville de Paris ont-ils diligenté une inspection conjointe dans cet établissement. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

### **B) Modalités de mise en œuvre**

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée de six membres.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 17 février 2021 de 8 h 30 à 20 h 30 par :

- Monsieur Jean-Marie PELLE, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection / Inspection Régionale Autonomie Santé de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France
- Monsieur Romain BARRES, inspecteur désigné par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Île de France / Délégation départementale de Paris,
- Madame Christine LAURENT, attachée de la Ville de Paris / DASES, Ville de Paris responsable de la cellule d'appui et de contrôle, sous-direction de l'autonomie de la DASES
- Madame Anne BATTUT, personne qualifiée, chargée d'inspection / Inspection Régionale Autonomie Santé de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France
- Docteur Marie-Christine BAUWENS, médecin, personne qualifiée / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France
- Madame Kelly LAM, personne qualifiée / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France,

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place<sup>1</sup>. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 17 février 2022. Au cours de la journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré vingt-deux professionnels, mené des entretiens avec 21 professionnels. A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

<sup>2</sup> Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

## C) Présentation de l'établissement

Rappel de l'autorisation de l'EHPAD de Korian Champs de Mars.

Situé au **64 rue de la Fédération – 75015 PARIS**, l'EHPAD Korian Champ de Mars est géré par le groupe Korian dont le siège est situé au 21-25 rue Balzac, Paris 8ème, CS 40070 75858 PARIS.

Ouvert en 2004, l'EHPAD Korian Champ sur Marne dispose de 108 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour. Cet EHPAD était auparavant une maison de retraite ayant ouvert le 25 juin 1997. Il est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer.

Il dispose d'un PASA (Pôle d'accueil et de soins adaptés) de 14 places situé au sixième et dernier étage.

Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 75 résidents. Soit un taux de présence de 69,44 %. Cependant la fermeture du deuxième étage a entraîné la fermeture temporaire de 21 lits. Il reste donc 87 lits opérationnels qui représentent un taux d'occupation de 86 %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux susmentionnés.

Les 75 résidents accueillis en 2020 (activité réalisée 2020 - source ERRD), et les 93 résidents prévus en 2021 (source annexe activité prévisionnelle 2021) étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Korian Champ de Mars, 2020 <sup>3</sup>	[REDACTED]				
EHPAD Korian Champ de Mars, 2021					
IDF <sup>4</sup>					

Son budget de fonctionnement est de :

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

<sup>3</sup> Source : RAMA 2020

<sup>4</sup> ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD



La dernière convention tripartite pluriannuelle a été signée par l'établissement le 19 septembre 2014 avec le Conseil de Paris et l'ARS Ile de France. Le 1er juin 2019, un CPOM 2019-2023 a été conclu et a remplacé la convention tripartite.

Dans le cadre de la négociation du CPOM, il a été convenu avec le groupe Korian, la mise en place d'un dispositif internalisé de continuité de soins la nuit dans l'ensemble des EHPAD parisiens du groupe.

Pour Korian Champ de Mars, est prévu une IDE en présentiel la nuit avec une astreinte téléphonique. Ce personnel est amené à intervenir le cas échéant sur les sites des EHPAD Jardin d'Alesia et Brune.

## **CONSTATS**

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

### **Consignes de lecture :**

La grille est renseignée de la façon suivante : O / C (Oui / Conforme), N / NC (Non / Non Conforme).

**Ecart** : toute non-conformité constatée par rapport à une référence juridique, identifié **E** dans le rapport ;

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans le rapport.

### **Références réglementaires et autres références**

CASF  
CSP  
RBPP HAS

**I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES : CONFORMITE DES EFFECTIFS PRESENTS PAR RAPPORT AU PROJET D'ETABLISSEMENT ET AU BUDGET ALLOUE, ABSENTEISME ET RECOURS A L'INTERIM, FORMATIONS**

**A) L'encadrement des équipes**

**B) La situation des effectifs**

**C) L'organisation du travail**

Grille de contrôle/Gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<b>1. L'ENCADREMENT DES EQUIPES</b>					
<p>-Le jour J<sup>5</sup>, la direction de l'EHPAD est-elle assurée régulièrement ?</p> <p>-Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ?</p> <p>-Recrutement, diplôme, quotité de travail, délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ?</p> <p>-Subdélégations(documentées) de signature ?</p> <p>-Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction (planning réalisé 2021 et prévisionnel 2022) ?</p> <p>Cf. <i>Entretien avec l'équipe de direction</i></p>			R.	<p>██████ occupe son poste depuis le 20 novembre 2021 à hauteur d'un ETP. Une fiche de fonction a été communiquée à la mission mais pas une fiche de poste. Le diplôme a également été communiqué (██████). Le DUD est daté du 23 novembre 2021.</p> <p>Au jour de l'inspection la direction de l'EHPAD est assurée régulièrement. Les astreintes sont planifiées les WE et jours fériés. Six agents se relaient pour les astreintes du WE (responsable RH, IDEC, directrice adjointe, psychologue, animatrice, responsable hébergement). La directrice ne participe pas directement aux astreintes. Elle peut être amenée à y participer si l'un des six chargés d'astreinte connaît un empêchement. Le planning des astreintes n'est pas affiché. La direction a déclaré à la mission que les informations sur les astreintes sont communiquées verbalement lors des réunions de service.</p> <p>Il n'existe pas d'astreinte de nuit en semaine. En semaine la directrice est directement joignable par le personnel travaillant de nuit.</p> <p>Lors de ses congés ou pour absence la directrice est remplacée par le directeur régional de Korian Ile de France.</p> <p>La direction ne sait pas au jour de l'inspection si les astreintes sont formalisées dans une procédure.</p> <p>La directrice recrute les nouveaux salariés. Ces recrutements sont d'abord validés par le Siège avant d'être effectifs.</p> <p>La mission a constaté des tensions entre direction et salariés, La direction souhaite une remise en question et une actualisation de pratiques professionnelles qui ont cours de longue date du fait de l'ancienneté significative de certains salariés. <b>Le management des équipes apparaît comme l'un des principaux défis à relever pour la direction.</b></p>	<p>D. 312-176-5 CASF L315-17 CASF D315-67 à 71 CASF Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007</p>

<sup>5</sup> Jour « J » : jour de la visite d'inspection sur site



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				Remarque n° 1 : Le planning des astreintes n'est pas affiché et la procédure des astreintes n'est pas formalisée.	
Conformité de l'équipe pluridisciplinaire ?				L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement est conforme à la réglementation.	D. 312-155-0 II11 du CASF
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ? -Permanence/astreinte médicale formalisée ?		NC	E	La MEDEC est Diplômée de médecine d[redacted] [redacted] Elle travaille à temps plein. [redacted] Elle ne dispose pas d'une fiche de poste (fiche de fonction adressée à la mission).  Ecart n° 1 : [redacted]	D. 312-156, D. 312-157 et D. 312-159-1 CASF
-Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ? -Permanence/astreinte paramédicale formalisée ?	C			L'IDEC dispose d'un diplôme d'infirmière référente obtenu à [redacted] [redacted] [redacted]. Elle ne dispose pas d'une fiche de poste (fiche de fonction adressée à la mission). Son contrat date [redacted] La quotité de travail est de 1 ETP.	
-Réunions régulières et documentées (CR) direction/siège de l'OG ? l'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ? -Réunions régulières (fréquence ?) et documentées (CR) de l'équipe de direction ? (Planning des réunions 2021/programmées 2022) ?	C			Tous les lundis la directrice participe à une réunion régionale organisée par l'organisme gestionnaire. Cette réunion dure 1 h 30 et réunit la direction régionale, les membres de la structure régionale venant en appui et l'ensemble des directeurs d'établissements de Paris et des Hauts -de-Seine. Ils évoquent l'actualité du groupe. Tous les deux mois un séminaire est organisé par le groupe Korian (activité au sein du groupe). Divers sujets sont évoqués : situation de Korian, actualités, échanges, enquête qualité client, contraintes covid...)  Le comité de direction élargi se réunit tous les mardis avec 10 salariés : Directrice, MEDEC, IDEC, DA, DRH, chef cuisinier, responsable technique, psychomotricienne, psychologue, responsable hébergement  En janvier trois réunions ont été organisées pour travailler sur le futur projet d'établissement.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
-Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>6</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...		N	R	Au jour de la mission, cette procédure d'accueil est inexistante. La direction indique en avoir le projet.	
-Formations prévues/réalisées dont : - pratiques professionnelles, - bientraitance/prévention de la maltraitance, - bon usage des outils et équipements de travail. <i>Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés</i>		N	R	La formation bientraitance a été suivie en 2021 par 41 salariés. Dans le plan de formation 2022 cette thématique n'est toutefois pas programmée. Le plan de formation 2022 met l'accent sur les formations en management. Il n'est pas prévu d'analyse des pratiques professionnelles. Il est souhaité par la direction : - une généralisation de la formation à l'utilisation du lève personnes - une amélioration de la communication et des gestes professionnels envers les résidents.  Une formation sur l'outil <del>lève personnes</del> a été proposée en 2021 à 30 salariés..	
Mode de traçabilité et de gestion des manquements professionnels ?	C			Les manquements professionnels sont tracés dans le dossier administratif du personnel. La mission d'inspection a constaté cette traçabilité lors de la consultation des dossiers de salariés.	

<sup>6</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

2. LA SITUATION DES EFFECTIFS				
Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings) ?	C		L'application [REDACTED] permet d'élaborer les plannings, depuis un an.	
Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ? Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?	C		La responsable RH vérifie tous les matins si les salariés prévus sur le planning sont présents. Elle effectue également un contrôle l'après-midi lors de leur sortie	
Ratios d'encadrement réels (ERRD 2021) / ratios cibles (EPRD 2021) et ratios le jour J / ratios cibles (EPRD 2022).			Malgré la fermeture du deuxième étage en 2021 les effectifs de l'établissement n'ont pas diminué.	
Absents non prévus (ppx motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) le jour de la visite ? <i>Cf. Recensement des salariés présents le jour J et écart avec le planning</i>		R	La mission a constaté que l'ensemble des agents présents sur le planning avaient signé la feuille d'embarquement.	
Comment la structure fait-elle face aux absences du jour J ? Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?		R	L'EHPAD possède une liste de vacataires qu'elle appelle s'ils sont prévenus suffisamment tôt de l'absence des salariés. En cas de difficulté il est également fait appel aux AS volantes. Il n'existe pas de procédure formalisée.	
Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD : le mois courant ?			Actuellement, [REDACTED] personnes sont en [REDACTED] pour un équivalent de [REDACTED] ETP tout poste confondu. Sur le mois de février, [REDACTED] contrats CDD sont prévus sur la liste portée à la connaissance de la mission par le responsable RH. Les CDD représentent [REDACTED] ETP en février pour [REDACTED] ETP de CDI.	
Y-a-t-il adéquation des qualifications aux fonctions occupées par les personnels en poste le jour J ?		NC	Au jour de la mission, et sur la base des tableaux des effectifs remis, il est constaté que Quatre auxiliaires de vie en CDI font fonction d'Aide-soignants. Par contre il arrive que [REDACTED] demande ponctuellement à une ASH d'effectuer des remplacements en cuisine (plonge) ou à la restauration. Une salariée s'est plainte de cette situation.	L.311-3 et L.312-1, II, 4 <sup>ème</sup> alinéa, CASF et HAS <sup>7</sup>
Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés ? Des fiches de tâches heurées pour les personnels de jour ? de nuit ?		R	Il existe des fiches de poste depuis 2013 mais celles-ci ne sont pas signées par les salariés. Les fiches de poste ne sont pas dans les dossiers administratifs des salariés. Il n'y a pas des fiches de tâches heurées.	L. 311-3, CASF (sécurité des personnes)
Diplômes et contrats de travail dans les dossiers RH ? <i>Entretiens avec le directeur/le DRH</i>	C		Les diplômes et contrats de travail sont présents dans la quasi-totalité des dossiers consultés le jour de la mission. .	
3. L'ORGANISATION DU TRAVAIL				
La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ? Roulement entre les différentes unités de vie ?	C		L'assistante de direction, qui est également référente Ressources Humaines au sein de la structure, construit les plannings via l'application de gestion [REDACTED] ». Les plannings prévisionnels sont « étirables » indéfiniment tant que le contrat est actif (ex : pour les CDI) ce qui permet à la responsable RH d'être en capacité de sortir un planning prévisionnel à 6 mois par exemple si un professionnel en faisait la demande. Les professionnels sont informés tous les 15 du mois, des	

<sup>7</sup> HAS, ex-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », 2008



			<p>plannings du mois suivant par affiche simple disposée sur un tableau devant la salle de pause/déjeuner au sous-sol de l'EHPAD.</p> <p>La construction des plannings prend en compte l'épuisement des personnels grâce à la mise en place d'une rotation d'étage tous les 6 mois pour les soignants, et tous les deux mois pour les ASH.</p> <p>Ce système de roulement permet également de systématiquement placer un soignant changeant d'étage avec un binôme présent sur cette étage depuis un certain temps, de façon à ne pas avoir deux soignants tous deux nouveaux sur le même étage.</p> <p>La répartition des toilettes des résidents entre chaque soignant des étages est faite par l'IDE et les cadres de santé en tenant en compte du degré de dépendance du résident (ex : si le résident nécessite 1 ou 2 soignant pour sa toilette) Il est indiqué lors des entretiens une moyenne de 6 à 7 toilettes par jour et par AS/AMP. Cette donnée ne correspond toutefois pas à l'organisation en place de deux AS AMP par plage horaire et par étage. Au regard du nombre d'AS et du nombre de résidents chaque AS AMP à 9,3 toilettes à réaliser, en deçà cela signifie que l'ensemble des résidents ne font pas l'objet d'une toilette quotidiennement.</p>	
Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ? Des équipes hôtelières ?	C		<p>R</p> <p>La gestion des plannings se fait via des cahiers (un cahier de soins destiné aux professionnels, un cahier pour le personnel hors-soin)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipes soignantes :</li> </ul> <p>À date, la référente RH a également constitué les plannings de congés pour anticiper sur les vacances de Pâques, soit une anticipation de 3 mois en moyenne.</p> <p>La gestion des plannings (ainsi que la recherche des remplaçants en cas d'absence) va peu à peu être déléguée à l'IDEC, arrivée il y a peu de temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Équipes hôtelières :</li> </ul> <p>C'est le responsable hébergement qui constitue les plannings de ses équipes.</p> <p>Remarque : À l'étude des plannings adressés par la direction à la demande de la mission, il est constaté des anomalies. Par exemple : dans la partie en administration</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	
Temps de chevauchement des équipes de jour et de nuit ?	C		<p>R</p> <p>Dans le cadre de leur CPOM, il a été convenu avec le groupe Korian, la mise en place d'un dispositif de continuité de soins dans l'ensemble des EHPAD parisiens du groupe.</p> <p>Pour Korian Champ de Mars, était prévu une IDE en présentiel à l'EHPAD Champ-de-Mars avec une astreinte téléphonique et qui pourrait intervenir sur les sites de Jardin d'Alesia et Brune.</p>	



			<p>La direction a informé la mission que l'équipe de nuit est composée de 1 IDE et de 2 AS et fonctionne de 19h45h à 7h45.</p> <p>Les deux équipes de jour et de nuit ont un temps de chevauchement d'environ 30 min le soir (19h30-20h) et le matin (7h-7h30) afin de faire les transmissions.</p> <p>À date, une IDE est présente la nuit tous les jours de la semaine mais n'assure pas d'astreinte téléphonique ou d'interventions sur d'autres sites. Des vacataires sont également embauchés pour pallier aux congés de l'IDE titulaire, en CDI. Dans les faits, il a aussi été constaté une anomalie dans les plannings des équipes de soins fournis le jour de la mission et les plannings de l'ensemble des professionnels transmis ultérieurement : [REDACTED]</p> <p>la version du planning informatisée, sont prévus 5 professionnels.</p> <p>Toutes les transmissions sont tracées dans le logiciel de soins [REDACTED] afin de permettre une continuité de prise en charge entre les équipes de jour et de nuit.</p> <p><b>Remarque n° 2 :</b> Les plannings informatisés ne sont pas suffisamment actualisés.</p>	
<p>Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui en assure le pilotage ?</li> <li>- existe-t-il une procédure ?</li> <li>- mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?</li> </ul>	NC	R	<p>Pour les équipes de jour, la direction a mis en place des briefings quotidiens pilotés par la directrice ou l'adjointe de direction ou par le chef de service d'astreinte durant les weekends. Pendant le briefing, est analysée la fiche listant tous les résidents avec la mention des informations individuelles en code couleur (ex : départs/arrivées, retours d'hospitalisation, rdv médicaux externes, déjeuners avec les proches etc.). Les transmissions de soins les plus importantes sont également abordées lors de ces briefings ainsi que toutes informations ne figurant pas dans les transmissions [REDACTED] tels que la survenue d'un événement indésirable.</p> <p>[REDACTED]</p> <p><b>Pour les équipes de nuit :</b> La directrice ainsi que l'assistante de direction ont eu des difficultés à renseigner la mission sur la présence de réunions de transmissions systématiques entre équipe de jour et de nuit lors des temps de chevauchement.</p> <p><b>Remarque n° 3 :</b> Les transmissions durant les moments de chevauchement des plannings des équipes de jour et de nuit ne sont pas suffisamment formalisées, ni pilotées.</p>	

Obligation de contrôle de l'employeur de l'effectivité de la vaccination du personnel de l'EHPAD :

La directrice de l'établissement a communiqué à la mission d'inspection le registre de suivi du personnel vacciné. La mission a constaté que du personnel présent dans ce registre et travaillant actuellement dans l'EHPAD n'a pas reçu de dose de rappel ou de deuxième dose dans les délais impartis (quatre mois). Lors de la restitution la directrice a déclaré à la mission que les personnes concernées avaient été infectées par le covid récemment.

Ci-après la liste des personnes concernées, dans le registre adressé par la direction, qui n'ont pas reçu de deuxième dose ni de dose de rappel et cela sans justificatif apparent (la liste des noms a été supprimée par confidentialité de même que la fin des prénoms, le numéro de la ligne est présent):



**Ecart n° 2 :**

La mission a constaté que du personnel présent dans le registre de suivi des personnes vaccinées et travaillant actuellement dans l'EHPAD n'a pas reçu de troisième dose (ou de deuxième dose) plus de quatre mois après avoir reçu la deuxième dose. La direction n'a pas procédé à la suspension sans délai du contrat de travail du personnel qui ne peut justifier ni d'un schéma vaccinal complet, ni d'un certificat médical de contre-indication valide, ni d'un certificat de rétablissement. Il contrevient à l'article 14 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et au décret n° 2121-699 modifié et à l'instruction ministérielle n° DGOS/RH3/2021/193<sup>8</sup>.

Contrôle des effectifs présents le jour de l'inspection :

La mission d'inspection a constaté que l'ensemble des agents figurant sur le planning de l'établissement était présent dans l'EHPAD au jour de l'inspection. Tous les agents ont été identifiés par la mission, sauf trois agents, situés au premier étage, mais ceux-ci figurent sur la liste d'émargement de la direction.

---

<sup>8</sup> Instruction N° DGOS/RH3/2021/193 : 6-a « Ce contrôle s'effectue par l'employeur pour les personnes citées ci-dessus placées sous sa responsabilité, y compris pour les agents publics. Ces personnes doivent ainsi présenter le certificat de statut vaccinal, le certificat de rétablissement ou le certificat de contre-indication lorsque leur état de santé s'oppose temporairement ou définitivement à la vaccination » et « En cas de refus de transmettre un des documents mentionnés au premier paragraphe, les personnes concernées par l'obligation vaccinale ne pourront plus exercer leur activité et seront suspendues selon les modalités décrites au f). »

## **II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIEN-TRAITANCE**

**A) Le nombre et le profil des résidents accueillis**

**B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents**

**C) La communication avec les familles et le CVS**

**D) La gestion des réclamations et des événements indésirables**



Grille de contrôle/Communication interne avec les résidents et les familles et modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.																											
1. LE PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS																																
Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?				C'est un registre informatisé qui permet le suivi des usagers.	L 331-2 et R. 331-5, CASF																											
Nb de résidents accueillis le jour J ? Existe-t-il un logiciel métier ou autre document de recensement/suivi des résidents présents ? Taux de présence le jour J (nb PA accueillies/nb places installées) ?				<p>75 résidents sont recensés dans la structure sur une capacité de 108 places au jour de la visite.</p> <p>Le taux d'occupation de l'établissement est de 69 % au regard du capacitaire total, cependant le deuxième étage, précédemment utilisé comme unité COVID, est actuellement fermé pour travaux, ce qui supprime 21 places au capacitaire total.</p> <p>Le dossier de présentation de l'établissement comporte une fiche présentant les modalités de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, présumant l'accueil de ce public. Il n'existe toutefois pas d'unité de vie protégée. Il a été indiqué lors des entretiens que l'établissement accueillait des personnes souffrant d'une forme de démence. Les 1ers et 5<sup>ème</sup> étages accueillent des résidents déambulant (accès sécurisé).</p> <p>Au 17 février 2022, la structure accueille 75 résidents répartis dans l'établissement comme suit :</p> <p>19 au premier étage ; 18 au troisième étage ; 19 au quatrième ; 19 au cinquième ;</p> <p>Profil des résidents par niveau de dépendance (GIR) et répartition :</p> <table><tr><th></th><th>GIR 1</th><th>GIR 2</th><th>GIR 3</th><th>GIR 4</th><th>GIR 5</th><th>GIR 6</th><th>NC</th><th>TOTAL</th></tr><tr><td>1er étage</td><td colspan="8"></td></tr><tr><td>3e étage</td><td colspan="8"></td></tr></table>		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	NC	TOTAL	1er étage									3e étage									
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	NC	TOTAL																								
1er étage																																
3e étage																																

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<div>4e étage</div> <div>5e étage</div> <div>TOTAL :</div> <p>En absence de communication du niveau de GIR pour 6 des résidents, il n'est pas possible de procéder au calcul du GIR moyen pondéré de la structure ni d'évaluer la répartition par étage.</p> <p>L'établissement utilise le logiciel [REDACTED] qui propose des fonctionnalités métiers permettant la gestion de la prise en charge des résidents, notamment le recensement et la répartition dans la structure, l'accès au dossier administratif et médical ainsi que des outils de suivi et de traçabilité.</p> <p>Il est à noter des différences dans le décompte du nombre de résidents par catégorie de GIR transmis par l'établissement dans l'annexe 5 et celui effectué par la mission d'inspection à partir des documents communiqués à l'issue de la visite, ainsi suivant le tableau des résidents et les éléments complémentaires transmis par [REDACTED] l'information concernant le-GIR de 4 des 10 résidents ne figure pas dans les pièces communiquées.</p>	
Une personne identifiée est-elle en charge de ce suivi (absences temporaires et motif, connaissance des arrivées et départs prévisionnels) ?				<p>La transmission de ces informations est assurée lors des réunions d'informations quotidiennes, animés par la directrice de la structure, et durant lesquels l'ensemble du personnel est informé des événements concernant les résidents (absences, visites, départs et arrivées).</p> <p>Les informations sont par ailleurs inscrites et transmises par l'outil [REDACTED]</p>	
<b>2. LES MODALITES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS</b>					
Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ?	C		R	<p>Le processus d'admission est décrit dans le Projet d'Etablissement pages 56 et 57. La décision d'admission est validée par le médecin coordonnateur et la directrice de l'établissement et fait bien l'objet d'un avis pluridisciplinaire, du moins cet avis est requis sur la base d'un document « décision d'admission » qui mentionne l'avis des psychologue, infirmier coordonnateur (poste actuellement vacant), directeur et médecin coordonnateur. Le candidat à l'admission renseigne le document type officiel établi par le ministère des solidarités et de la santé.</p>	Annexe 2-3-112 / D. 312-159-2 CASF et D. 312-158 CASF R. 311-33 à -37 CASF (RF)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Les procédures d'admission et d'accueil sont les procédures établies au niveau du groupe KORIAN.</p> <p>La mission a constaté que la fiche de décision d'admission ne figure pas aux dossiers administratifs consultés des résidents.</p> <p>Le candidat à l'admission, après complétude de son dossier reçoit un devis. Il lui est proposé une visite de préadmission. Pendant la période de pandémie cette visite préalable a parfois été supprimée et remplacée par une visite à domicile.</p> <p>À l'arrivée du nouveau résident est établi un état des lieux de la chambre qu'il va occuper - cet état des lieux figure bien aux dossiers d'usagers consultés.</p> <p>Il est également établi une fiche de coffre et de mouvements de coffre.</p>	
<p>Contrat de séjour : recueil du consentement de la personne ?</p> <p>Lors de l'admission, remise du RF, du LA et annexes (désignation de la PC, rédaction de directives anticipées, Charte des DL, mesures particulières sur la liberté d'aller et venir), de la liste des PQ ?</p> <p><i>Cf. Dossiers des résidents</i></p>	C		R	<p>Le contrat de séjour type est signé par la personne accueillie ou son représentant légal.</p> <p><b>Remarque n° 4 :</b>  <b>Dans les dossiers administratifs consultés, le contrat de séjour est bien présent, mais non co-signé par le représentant de l'établissement.</b></p> <p>Une fiche de renseignement figure effectivement dans chaque dossier, une personne de confiance est identifiée.</p> <p>Le nouveau résident se voit remettre un dossier d'accueil comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les coordonnées mail et téléphonique de la directrice adjointe</li> <li>- une fiche de renseignements que le nouveau résident doit renseigner, destinée à mieux connaître le résident dans ses habitudes quotidiennes, ses préférences en matière de vie sociale et de restauration.</li> <li>- une fiche trousseau « conseillé »</li> <li>- une fiche d'information sur la prévention du risque incendie dans les chambres</li> <li>- une brochure de présentation générale de l'établissement</li> <li>- une feuille de tarifs dépendance et hébergement</li> <li>- livret d'accueil et règlement de fonctionnement</li> <li>- arrêté conjoint fixant la liste des personnes qualifiées</li> <li>- charte des droits et libertés de la personne accueillie</li> <li>- deux feuilles présentant les tarifs des prestations extralégales : coiffeur, pédicure, orthèse et réflexologie plantaire, manucure et soins visages, tarifs des produits « kit essentiel toilette ».</li> </ul> <p>Le projet d'établissement comprend un point d'amélioration quant à la remise de la fiche « mieux vous connaître » au nouveau résident.</p>	<p>L311-4-1 et L. 311-5-1 CASF</p> <p>L. 1111-6 CSP</p> <p>Circulaire DGAS/SD5 n°2004-136 du 24/03/2004 rel au livret d'accueil (LA) et HAS 2009<sup>9</sup></p>

<sup>9</sup> HAS, ex-ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil », 2009



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Projets Personnalisés de vie : procédure d'élaboration (démarche participative) ? calendrier d'actualisation ? sont-ils présentés aux soignants ?</p> <p><i>Examiner 3 dossiers par établissement parmi les personnes alitées de préférence ou déambulantes.</i></p>	C		R	<p>L'élaboration des projets personnalisés est placée sous la responsabilité du psychologue en charge du suivi des résidents (une psychologue est par ailleurs en charge du suivi des salariés). Les projets personnalisés sont saisis dans le logiciel Netsoins et ne figurent pas au dossier administratif « papier » du résident.</p> <p>La procédure d'élaboration des projets personnalisés est décrite comme suit lors des entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un document préalable à renseigner dans le délai d'un mois est adressé à la personne de confiance du résident, par voie postale, il en est de même lors de l'actualisation de ce projet.</li> <li>- un document quasi identique est également adressé au résident pour un renseignement préalable, et dans la mesure où ce dernier est apte à le renseigner.</li> </ul> <p><b>Remarque n° 5 :</b>  <b>Au contraire de ce qui est prévu par le PE (p.31) l'élaboration du projet personnalisé se fait ainsi « sur pièces » (questionnaire complété par la famille et envoyé à l'établissement). Lors de la réunion pluridisciplinaire précédant sa finalisation, le résident et ses proches ne sont pas conviés (le résident rencontre cependant le psychologue). Il s'agit ainsi d'une démarche qu'il est possible de qualifier de « semi participative ».</b></p> <p>Le psychologue (arrivé récemment sur son poste) a déclaré ne pas pouvoir rencontrer actuellement tous les résidents pour l'élaboration de leur projet personnalisé. Mais son objectif est de pouvoir fixer un rendez-vous avec l'ensemble des résidents pour élaborer leur projet personnalisé.</p> <p>Il élabore un planning d'élaboration et d'actualisation des projets personnalisés, à raison d'une réunion par semaine le mercredi pour évaluer la situation de 2 résidents, en équipe pluridisciplinaire. Il est souligné la difficulté à réunir ainsi régulièrement cette pluridisciplinarité. La participation à ces réunions sur les projets personnalisés rassemble le plus souvent une IDE, un aide-soignant et la psychomotricienne, parfois le kinésithérapeute. Il est précisé qu'étant donné le créneau choisi, l'animatrice ne peut pas participer, mais ses notes sont consultables sur le logiciel Netsoins.</p> <p>Les projets personnalisés sont consultables par les soignants sur Netsoins. Il n'est pas prévu d'autre présentation.</p> <p>Il est mis l'accent, selon la politique du groupe KORIAN, sur les thérapies non médicamenteuses, par la stimulation cognitive et motrice, la mise en place d'ateliers mémoire et de discussion. Les tests d'évaluation sur le profil cognitif, mental, et comportemental sont pratiqués par le psychologue.</p>	<p>Article L. 311-3 du CASF  Article D.312-155-031 du CASF  ANESM, Fiche repère « Le projet personnalisé: une dynamique du parcours d'accompagnement » (2018), 2011 et 2008<sup>10</sup></p>

<sup>10</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : de l'accueil de la personne à son accompagnement », 2011 et « Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé », 2008



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E/R	Commentaires	Réf.
				. Le psychologue a déclaré à la mission que les projets personnalisés étaient actualisés une fois par an.	
Comment sont maintenues les relations affectives avec la famille ou les proches ? Par exemple : élément d'accompagnement, encouragé par différentes pratiques (albums de photographies, échanges de courriers... ?		NC	E	Le groupe KORIAN a mis en place une plateforme internet de communication pour les proches, mais cette plateforme n'est pas encore en place à Korian Champs de Mars. Il n'a été décrit aucun autre dispositif permettant de favoriser les relations avec les proches des résidents.	
Analyse des accompagnements et accueil interrompus ? motifs ?				Pas d'information recueillie sur ce point.	

3. LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS					
Des réponses aux familles (écrites ou autres modalités) sont-elles faites lors de sollicitations écrites émises par les familles ? <i>Cf. Cahier de doléance, mail spécifique, formulaire internet, rencontre avec une personne en particulier (« référent »)</i>	C		R	<p>La directrice et son adjointe de direction reçoivent principalement des sollicitations des familles/proches par mail et y répondent « au fil de l'eau » par mail, par téléphone et/ou propose des entretiens si la situation le nécessite ou à la demande de la famille.</p> <p>Il n'y a cependant pas de cahier de doléances ou de registres des réclamations/plaintes présent physiquement au sein de l'EHPAD.</p> <p>La traçabilité des réponses apportées [REDACTED] aux réclamations/demandes des familles n'est pour l'instant pas systématiquement formalisée malgré une procédure existante. Cette procédure a été transmise ultérieurement dans les documents demandés par la mission (procédure de gestion et de traitement et des réclamations clients BPM / QGR / PR / 03 - Date d'application : 23/12/2021) et indique une traçabilité sur le lo [REDACTED]</p> <p>Il est indiqué lors des entretiens que le traitement des réclamations et les réponses [REDACTED] étaient plus réactifs et mieux adaptés depuis le changement de direction de l'EHPAD opéré en milieu d'année 2021.</p> <p>Il est toutefois exprimé un sentiment d'infantilisation de la part du [REDACTED] lorsque les familles sollicitent cette dernière pour obtenir des précisions sur l'état de santé des résidents.</p>	L. 1110-4, CSP
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? <i>Entretien avec le Pdt CVS et/ou un membre représentant les résidents ou les familles (à p. coordonnées de ses membres et des représentants des familles).</i>	C		E	<p>Le CVS est actuellement opérationnel et conformément à Article D311-5, il est composé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 représentants collège Familles</li> <li>• 4 représentants collège Résidents</li> </ul>	D. 311-4 à 20

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 représentants collège Salariés</li> <li>• 2 représentants Direction de l'EHPAD</li> </ul> <p>La majorité de ces représentants ont été élus à l'issu des élections du 23/10/2020.</p> <p>La mission a rencontré 3 représentants du CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La présidente du CVS, résidente au sein de l'EHPAD</li> <li>• Une représentante des familles suppléante au CVS, fille de résidente</li> <li>• Une représentante des familles au CVS, fille de résident</li> </ul> <p>La directrice ainsi que les familles rencontrées, représentantes du CVS s'accordent sur le fait que les familles sont impliquées dans l'animation du CVS et l'étude des thématiques abordées. Les représentants de famille ont informé la mission que tous les membres du CVS ne se connaissent pas forcément mais qu'ils communiquent de manière régulière ensemble.</p> <p>Il n'a cependant pas été porté à la connaissance du CVS le bilan des événements indésirables ayant eu lieu dans l'EHPAD, ni dans les comptes rendus, ni par transmissions orales.</p> <p>Le dernier CVS datant du 6 décembre 2021 a réuni :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 représentants familles sur 8</li> <li>• 1 représentant résidents sur 4</li> <li>• 2 représentants salariés sur 4</li> <li>• 2 représentants direction sur 2</li> </ul> <p>Le CVS se réunit 3 fois par an. Depuis le début de l'épidémie de COVID 19, des réunions exceptionnelles sont organisées fréquemment pour transmettre les informations relatives à l'évolution de la situation, les nouvelles doctrines et modification de fonctionnement de l'établissement qui en découle.</p> <p>Pour 2021, seulement 2 comptes rendus de CVS sur 3 ont été portés à la connaissance de la mission. Ces CVS ont eu lieu le 12/10/2021 et le 6/12/2021. La mission n'a pas d'éléments certifiant la mise en place du 3<sup>e</sup> CVS annuel réglementaire.</p> <p>Les comptes rendus de CVS sont affichés sur le panneau d'informations réglementaires près de l'accueil de l'établissement. Il a été décidé suite au dernier CVS que les comptes rendus seraient également envoyés par mail à tous les membres.</p> <p>La date du prochain CVS est précisée en fin de chaque compte-rendu.</p> <p>Les deux dernières réunions du CVS portaient sur les thématiques suivantes :</p>	
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestion de crise Covid 19</b> : respect au sein de l'EHPAD des recommandations données par les autorités de tutelles, obligation vaccinale des professionnels, séances de dépistages</li> <li>• <b>Prise en charge des résidents</b> : nécessité de surveillance sur les équipements des personnes non-autonomes en raison du risque plus important de perte. (Ce point a également été abordé par la représentante famille du CVS, suite à la perte successive des appareils auditif et dentaire de sa mère) ; réouverture du PASA progressivement lorsque la situation pandémique le permet</li> <li>• <b>Ressources humaines</b> : mise à disposition du personnel pour l'aide au repas des résidents non autonomes ; ratio de personnel soignant pour la prise en charge des résidents en l'absence de sectorisation de la dépendance sur les étages ; recrutement en cours : accueil des stagiaires</li> <li>• <b>Restauration et repas</b> : la commission de restauration se réunit tous les 2 à 3 mois et l'ensemble des résidents ainsi que leurs familles est convié afin d'étudier les menus proposés avec le chef cuisinier.</li> <li>• <b>Aménagement des locaux</b> : réfection du jardin (aménagements, sols, végétations) ; des plans de travaux au sein de l'EHPAD sont en cours d'études pour un début des travaux en 2022 ; des plans d'investissements sont en cours d'études afin d'apporter une réponse à la problématique des pannes récurrentes des ascenseurs rapportés sur les deux CVS successifs.</li> <li>• <b>Animations</b> : organisation d'activités extérieures à l'EHPAD, possibilité pour les proches de se joindre à ses animations (ex : visites au Petit Palais organisée dernièrement)</li> </ul> <p>En fin de chaque compte rendu, un tableau de suivi d'action permet de récapituler les actions faites et fixer les échéances des actions restantes.</p> <p><u>Les problématiques récurrentes relatives par les divers membres du CVS lors des entretiens sont les suivants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le manque de personnel induisant un rythme de change problématique chez les résidents et parfois un manque de vigilance dans la prise en charge de résidents. Ce point est également appuyé par les témoignages de plusieurs AS et ASH auditionnés le jour de la mission.</li> <li>○ Un nombre élevé de vacataires</li> </ul> </li> <li>• Restauration : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des menus ne comportant pas assez de fruits frais et le manque de variété des collations</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>o Le dîner servi trop tôt avec en conséquence des soirées post-repas longues et sans activité pour le moment.</li> </ul> <p>Des points positifs ont cependant été portés à l'attention de la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'arrivée d'une nouvelle animatrice organisant des activités et animations plus adaptées et suscitant plus l'intérêt et le potentiel des résidents. Il a également été prévu de mettre en place des activités de soirées prochainement.</li> <li>• La tenue régulière des CVS depuis la prise de poste [REDACTED] ad [REDACTED] qui elle aussi maintient cette dynamique</li> <li>• Une meilleure communication entre familles et la direction</li> </ul> <p>Ecart n° 3 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF<sup>11</sup>.</p>	
--	--	--	--	--

4. LA GESTION DES RECLAMATIONS ET DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE				
L'établissement a-t-il réalisé une auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits ? En dehors des formations, existence d'un plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance (à lier avec l'axe qualité), quid du partage de ces actions avec les équipes ? sont-elles réévaluées ?		R	Il n'y a pas d'auto-évaluation au regard du bien-être des résidents et du respect de leurs droits (l'animatrice cependant sécurise le droit de vote des résidents pour les futures élections). Il n'existe pas de plan d'action portant sur la prévention de la maltraitance. Mais des affichettes sont présentes dans le vestiaire du personnel et dans d'autres locaux pour rappeler les notions de bientraitance. De même en réunion de service les responsables rappellent les principes de bientraitance.	Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS <sup>12</sup>
Affichage liste des PQ, n°tél 3977/ALMA ? Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?	N C		Affichage de la liste des personnes qualifiées dans l'établissement [REDACTED] n'en avait pas connaissance au jour de l'inspection. [REDACTED] dans le cadre de la protection des biens et des ressources des personnes gère deux coffres-forts et sollicite le procureur pour les mises sous tutelle des usagers.	Cf. obligations de sécurité de l'article L311-3 CASF & recommandations de bonne pratique HAS
Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?		R	Il existe une procédure de recueil et de traitement des réclamations qui a été adressée à la mission d'inspection. [REDACTED] gère les réclamations au fil de l'eau.	

<sup>11</sup> Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression prévus au 1° de l'article [D. 311-21](#) sont avisés des dysfonctionnements et des événements mentionnés à l'article [L. 331-8-1](#) qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction.

<sup>12</sup> HAS, ex-ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008



			<p>Le registre des réclamations n'est pas actuellement alimenté par la [REDACTED] (application [REDACTED]) mais [REDACTED] a déclaré à la mission que c'était un objectif à mettre en œuvre pour l'année 2022.</p> <p>Remarque n° 6 : La direction n'utilise pas l'application [REDACTED] qui permet de gérer l'ensemble des signalements et réclamations provenant des familles et des résidents.</p>	
Les réclamations font-elles l'objet d'une réponse écrite ? Quid des signalements ? (documenter)			<p>La [REDACTED] déclare répondre rapidement aux mails qui lui sont adressés mais [REDACTED] ne recueille pas dans un document unique l'ensemble des signalements adressés.</p>	
Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ? Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?	NC	R	<p>Il existe une procédure pour la déclaration des EIG. Celle-ci a été transmise à la mission d'inspection. L'application [REDACTED] permet de déclarer les événements indésirables. Beaucoup de professionnels dans l'établissement ne savent pas l'utiliser. Le personnel doit être prochainement formé sur cette application. De plus le personnel lorsqu'il est amené à effectuer une déclaration d'EI ou d'EIG passe fréquemment par un intermédiaire (cadre du service) dans sa démarche.</p> <p>Les EI-EIG lorsqu'ils sont déclarés ne font actuellement pas l'objet d'une analyse en comité de direction ni d'un retour vers le personnel.</p> <p>Il n'existe pas de procédure pour la déclaration des EI simples.</p> <p>7 EIG ont été déclarés en 2021, et 2 en 2020. 14 EI ont été déclarés en 2021 et 8 en 2022.</p> <p>La mission constate une discordance importante entre les EIG remontées par l'établissement à l'ARS (2 EIG pour 2021) et le recueil d'EIG fourni par l'établissement à la mission (7 EIG dans le recueil de l'EHPAD pour 2021). Cette discordance entre le nombre d'EIG remis à la mission et le nombre d'EIG remontés à l'ARS et à la DASES pour 2021 et 2020 pourrait laisser supposer que l'établissement ne déclare pas l'ensemble des EIG constatés dans ses locaux.</p> <p>Remarque n° 7 : La gestion des EI (déclaration, signalement et analyse) n'est pas suffisamment structurée. De nombreux salariés ne savent pas utiliser l'application [REDACTED] pour effectuer une déclaration. Les déclarations d'EI-EIG se font rarement sans l'intermédiaire d'un personnel encadrant. La procédure de déclaration des EI est uniquement centrée sur les EIG. Il n'existe pas de pratique d'analyse des EI lorsque celles-ci sont déclarées. Il existe une discordance manifeste entre les EIG remontés par l'établissement à l'ARS et la DASES et le recueil d'EIG fourni par l'établissement à la mission.</p>	L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016
Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?			<p>La [REDACTED] a déclaré à la mission qu'aucun cas de maltraitance n'a été identifié au sein de l'EHPAD depuis son arrivée (novembre 2021).</p>	Article 434-3 du Code Pénal

Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ?				Il n'existe pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans l'établissement.	
---	--	--	--	---	--

### **III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE**

**A) Les prestations hôtelières**

**B) Les achats de consommables**

**C) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique**

Grille de contrôle/Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance :

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
<b>1. LES PRESTATIONS HOTELIERES</b>					
Visite des locaux : circulation PMR (horizontale et entre niveaux) avec systèmes d'aide à la prévention des chutes (barres d'appui, sièges fixes ergonomiques) ? accessibilité des ouvertures adaptée à la population accueillie (portes et fenêtres) et système anti-fugues ? sécurisation de l'UP, des locaux techniques ? sécurité incendie (affichage)? <i>Cf. Registre de sécurité</i>	C		R	<p>La visite des locaux effectuée par la mission permet d'établir les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un respect des normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, dans les parties communes et circulations, ainsi que dans les chambres qui disposent de barres d'appui. Les salles de bain sont équipées d'une douche avec siège permettant d'éviter aux résidents la position debout.</li> <li>- sécurisation des ouvertures des fenêtres (ouverture partielle par le haut),</li> <li>- sécurisation des ascenseurs avec accès aux étages par code,</li> <li>- sécurisation des étages 1 et 5 par codes, ces étages accueillant des personnes déambulant. (Il n'existe pas d'UVP).</li> <li>- affichage incendie avec plans d'évacuation conformes.</li> </ul> <p>Le registre de sécurité n'a pas été consulté par la mission.</p> <p><b>Remarque n° 8 :</b> <b>Les locaux de stockage (dont les produits de nettoyage à risque) ne sont pas sécurisés (non fermés à clé) : constats effectués aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> étages.</b></p> <p>La mission constate la présence d'objets divers et de denrées alimentaires (non périssables toutefois) dans les locaux de stockage des étages, destinés au stockage des consommables et matériels de nursing quotidien.</p>	L 311-3, CASF HAS 2011 <sup>13</sup>
Entretien général des locaux ? Existe-t-il une organisation fonctionnelle permettant d'assurer le suivi des réparations et des petits travaux quotidiens ? <i>Cf. Protocoles d'hygiène et collecte/stockage/élimination des déchets ménagers/DASRI ?</i>	C		R	<p>L'entretien des locaux est placé sous la responsabilité d'un « responsable hébergement » à temps plein. Il est assuré par une équipe de 11,8 ETP d'ASH de jour et un ETP ASH nuit. Il est indiqué lors des entretiens que le ménage des chambres et parties communes est assuré quotidiennement.</p> <p><b>Remarque n° 9 :</b> <b>La mission constate un écart entre le tableau des effectifs (qualification personnel Korian) qui présente 11,13 ETP pour cette catégorie de personnels, y compris le personnel de nuit et l'organigramme qui présente 15,8 ETP (11,8 ETP ASH service de chambres + 4 ETP ASH service de table). L'écart est donc au total de 15,8-11,13 = 4,67 ETP.</b></p> <p>Il est constaté lors de la visite un bon état général des locaux et des chambres ainsi qu'une hygiène satisfaisante. Le nettoyage est effectué en partenariat avec la société [REDACTED] qui fournit matériel et produits de nettoyage, le personnel étant le personnel salarié de KORIAN.</p>	

<sup>13</sup> HAS, ex-ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 2), organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » et « Qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD », 2011 32/107



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				<p>Il est constaté dans les toilettes du rez-de-chaussée que le sol est collant (excès de produit de nettoyage). Société mentionnée dans le projet d'établissement : [REDACTED] et non [REDACTED].</p> <p>Le protocole de nettoyage des locaux communs a été remis à la mission.</p> <p>Le mobilier des chambres présente toutefois une certaine vétusté, mais reste correct. Une rénovation est prévue dans les années à venir. Il est indiqué lors des entretiens une volonté de la part du groupe Korian de « monter en gamme » au niveau de la qualité de l'hôtellerie pour satisfaire des usagers qui ont pour la plupart vécu dans des cadres de haut standing.</p> <p>La maintenance générale, les petits travaux de réparation sont placés sous la responsabilité du responsable technique. Le responsable hébergement, sollicité par les résidents, assure la coordination avec le responsable technique.</p> <p><b>Remarque n° 10 :</b> <b>Il n'existe pas de protocole de traitement des demandes de réparations.</b></p> <p>Collecte/stockage/élimination des déchets : il est constaté la présence dans les étages de bacs de couleurs DASRI. Le processus d'élimination apparaît sur les bacs. La société [REDACTED] assure ce protocole.</p>	
<p>Gestion du linge à plat et du linge personnel des résidents : l'organisation mise en place donne-t-elle lieu à un recueil de l'attendu et de la satisfaction des résidents et de leur famille (ramassage, délai du rendu) ?</p> <p><i>Cf. Procédures des circuits, du stockage propre/sale et linge souillé/contaminé ?</i></p>	C			<p>L'effectif du personnel ne comprend pas de salarié dédié à la gestion du linge professionnel, l'effectif des ASH, en deçà de l'effectif théorique, comprend donc ce poste. La gestion du nettoyage et du circuit du linge plat, linge professionnel et linge personnel des résidents est assurée par les sociétés [REDACTED] et [REDACTED], à raison d'une à deux collectes de linge sale par semaine (information différente entre PE et entretiens). La prise en charge du linge personnel coûte au résident demandeur un forfait de 135€/mois.</p> <p>Le protocole de gestion et de circuit du linge plat est affiché dans le local de lingerie situé au sous-sol.</p> <p>Les tenues des professionnels sont collectées dans un bac situé dans les vestiaires du personnel.</p> <p>Chaque salle de bain de résident comporte 2 bacs, un pour la collecte du linge sale, un pour la récupération du linge lavé et repassé, cette organisation a été constatée sur site.</p> <p>Les résultats du dernier questionnaire de satisfaction ne sont pas connus, il n'est donc pas attesté que ce sujet y ait été abordé, et dans l'affirmative, quel est le niveau de satisfaction des résidents sur ce point.</p>	
<p>Quelle est la fréquence des toilettes eu égard aux ressources humaines disponibles ainsi qu'aux habitudes de vie des personnes accueillies ? Existe-t-il un planning prévisionnel et une traçabilité ?</p>		NC	R	<p>Les toilettes des résidents sont assurées par les salariés AS/AMP. L'effectif inscrit dans l'organigramme de l'établissement est de [REDACTED] ETP de jour, l'effectif théorique inscrit dans le tableau des effectifs s'élève à [REDACTED] ETP. Ces effectifs comprennent les ASG, l'effectif au chevet des résidents est donc inférieur.</p> <p>Sur la plage horaire du matin, sont présents 2 AS/AMP par étage, la moyenne étant d'une vingtaine de chambres par étage, sur un créneau de 3h, de 8h30 à 11h30, chaque salarié dispose d'environ 20 minutes pour effectuer une toilette quotidienne.</p> <p><b>Remarque n° 11 :</b> <b>Si ce temps moyen de 20 minutes pour une toilette quotidienne par salarié est confirmé il est estimé insuffisant pour assurer le bien-être et la bientraitance des résidents.</b></p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				<p>Protections incontinence :</p> <p>Il est prévu en principe 2 changes par jour et un change de nuit, un change supplémentaire étant toujours possible si nécessaire. Il résulte des entretiens que les stocks disponibles de protection sont suffisants.</p> <p>Il a été constaté lors de la visite des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> étages une différence de stocks importante. Toutefois ce constat ne permet pas d'acter une mauvaise gestion ou une insuffisance de stock.</p> <p>Compte tenu de la disponibilité requise par change et des effectifs présents, il apparaît difficile notamment au cours de la matinée et en fin de matinée de dégager le temps nécessaire. Ainsi, les résidents dont les toilettes n'interviennent que tard dans la matinée, peuvent se trouver dans l'inconfort d'un change non effectué. Les témoignages de résident tendent à attester de la réalité de cette hypothèse.</p>	
Aide au repas : organisation ? horaires dîner et petit-déjeuner (durée du jeûne)? Collation disponible ?	C			<p>Horaires des repas (tels qu'inscrits dans le PE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- petit déjeuner à partir de 8h : (description sur place : selon les désirs de chacun, pain, confiture, compote, yaourt, blédine pour les régimes mixés).</li> <li>- déjeuner 12h15</li> <li>- hydratation 14h (dans le cadre du plan canicule)</li> <li>- collation à 16h (description précisée sur place : gâteaux coupés en carrés - boissons chaudes ou froides - crêpes ou gaufres le -compotes).</li> <li>- dîner 18h15 (18h00 dans la réalité)</li> <li>- collation à 22h</li> </ul> <p>Le déjeuner et le dîner peuvent avoir lieu en chambre ou au restaurant situé au rez-de-chaussée. Il n'existe en effet pas de salles à manger d'étages. Le service des déjeuner et dîner est assuré par 4 salariés ASH. Il a été constaté une aide à la personne pour plusieurs convives lors du déjeuner, le jour de la mission. Il a également été constaté qu'une résidente souhaitant autre chose que ce qui lui était servi, obtenait gain de cause sans difficulté. Le thème gastronomique du jour était « l'Italie ».</p> <p>Le restaurant comporte une annexe pouvant accueillir 3 à 4 tables de 2 personnes. Cette annexe est dédiée principalement à l'accueil de proches de résidents souhaitant déjeuner sur place.</p> <p>Les collations peuvent être servies en chambres ou dans les salons du rez-de-chaussée qui accueillent les activités d'animation.</p> <p>Le grand salon est équipé d'un espace bar, il n'est pas en fonction le jour de la mission.</p> <p>Les menus sont proposés à une commission des menus à laquelle participent des résidents. Les résidents peuvent par ailleurs demander un autre menu que celui programmé pour la semaine, sur la base d'une carte des menus de remplacement.</p> <p>Le fournisseur de denrées est la société [REDACTED]. La qualité est estimée satisfaisante.</p>	Décret n° 2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnel le des repas servis dans le cadre des services de restauration des ESMS Annexe 2-3-115 / D. 312-159-2 CASF et RBP HAS <sup>14</sup>

<sup>14</sup> HAS, ex-ANESM, Fiche repère « Sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP » (mars 2018)

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.												
				Il est indiqué lors des entretiens, qu'à la fin du premier confinement, lors duquel les résidents n'avaient pas pu avoir de contact avec leurs proches, il avait été constaté une situation de dénutrition. Il existe une volonté avérée d'individualiser les repas, en quantité comme en qualité, indépendamment des régimes spécifiques.													
Fonctionnement des appels malades, suivi du temps de décroché ? comment le personnel peut-il alerter en cas d'urgence ? quels sont les personnels équipés d'un bip, d'un tel portable ?		NC	E	Observations sur 3 chambres : - Chambre 1 : télécommande de l'appel malade tombé au sol derrière le lit - Chambre 2 : télécommande tombée derrière le lit + système a été légèrement débranché de sa prise. Il a été expliqué que dans ce cas lorsque l'appareil est rebranché à la prise de terre, le voyant rouge s'allume, l'appel malade n'est plus fonctionnel. Il nécessite un redémarrage, qui ne peut être fait que sur l'appareil central depuis le RDC. - Chambre 3 (non habitée), essai d'un appel malade, fonctionnel, un personnel est arrivé dans les 5 min.													
2. LES ACHATS DE CONSOMMABLES																	
Achats de protections contre l'incontinence , nb d'unités achetées en 2019 et en 2021 (factures) ?	C			<p>L'analyse des factures produites par la structure à la demande de la mission d'inspection permet d'évaluer le niveau d'achat de protections contre l'incontinence à :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Facturé en 2019 : 87 544 unités</li><li>Facturé en 2021 : 68 758 unités</li></ul> <p>Les éléments déclaratifs indiqués par la direction de l'établissement dans l'annexe 5 correspondent à :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>88068 protections achetées en 2019</li><li>66974 protections achetées en 2021</li></ul> <p><b>Achats des protections contre l'incontinence :</b></p> <table><tr><th></th><th>2019</th><th>2021</th></tr><tr><td>Nombre de protections achetées</td><td>87544</td><td>68758</td></tr><tr><td>Nombre de résidents en GIR 1, 2 ou 3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Nombre de protections/jour/résident</td><td>3,5</td><td>3,8</td></tr></table> <p>Le nombre de protections disponible par jour et par résident en GIR 1, 2 ou 3 est supérieur à 3, ce qui permet de procéder à minima à 2 changes par jour et un la nuit, sous réserve de la disponibilité du personnel pour les effectuer</p> <p>Ces ratios ont été calculés sur la base des documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Les factures d'achats de consommables pour les périodes 2019 et 2021, transmis à la mission d'inspection par l'établissement ;</li><li>La liste des résidents incluant leur GIR ;</li><li>Un complément d'information de la directrice concernant les GIR de 4 des 10 résidents pour lesquels l'information était manquante ;</li><li>L'ERRD 2020 transmis par l'établissement (nombre de résidents / GIR).</li></ul>		2019	2021	Nombre de protections achetées	87544	68758	Nombre de résidents en GIR 1, 2 ou 3			Nombre de protections/jour/résident	3,5	3,8	
	2019	2021															
Nombre de protections achetées	87544	68758															
Nombre de résidents en GIR 1, 2 ou 3																	
Nombre de protections/jour/résident	3,5	3,8															



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.															
Quelles sont les modalités de gestion des changes (fréquence, planning, protocole) ? Est-ce que l'accompagnement aux sanitaires est réalisé à la demande ?	O			<p>D'après les informations recueillies lors des entretiens avec les AS rencontrées dans les étages de l'établissement (témoignages) :</p> <p>La gestion des changes est basée sur une moyenne de deux changes par jour et d'un la nuit. Le rythme est ensuite adapté à la condition des patients et à ses besoins. Les équipes interrogées confirment ne rencontrer aucune difficulté relative au stock de matériel ni la gestion de la répartition.</p> <p>Les changes sont réalisés par les AS au regard de leur étage d'attribution (plannings) et de la répartition des chambres. Aucun protocole formalisé sur la gestion des changes n'a été évoqué lors des entretiens.</p> <p>Concernant les stocks de protections, ils sont directement gérés par les AS et distribués par étage au regard des besoins. Lors de la visite des locaux, des disparités ont été constatées sur les stocks disponibles en fonction des étages mais nous ne pouvons en conclure une mauvaise gestion des stocks.</p> <p>L'accompagnement des résidents aux sanitaires est réalisé à la demande.</p>																
Achats de produits de diététique enrichis pour lutter contre la dénutrition et d'eaux gélifiées pour les résidents ayant des troubles de la déglutition en 2019 et en 2021 (factures) ?	O			<p>L'analyse des factures produites par l'établissement à la demande de la mission d'inspection permet d'évaluer les montants d'achats de produits diététiques et d'eaux gélifiées à :</p> <table><tr><th></th><th>2019</th><th>2021</th></tr><tr><td>Montant des achats HP/HC<sup>15</sup></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Montant des achats d'eaux gélifiées</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Montant des HP/HC/jour/résident dénutri</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Montant de l'eau gélifiée/jour/résident Alzheimer</td><td>Informations insuffisantes</td><td>Informations insuffisantes</td></tr></table> <p>On constate une importante différence de volume entre 2019 et 2021. Il est à noter que l'eau gélifiée est mise à disposition pour l'ensemble des résidents, pas seulement pour les résidents Alzheimer.</p>		2019	2021	Montant des achats HP/HC <sup>15</sup>			Montant des achats d'eaux gélifiées			Montant des HP/HC/jour/résident dénutri			Montant de l'eau gélifiée/jour/résident Alzheimer	Informations insuffisantes	Informations insuffisantes	
	2019	2021																		
Montant des achats HP/HC <sup>15</sup>																				
Montant des achats d'eaux gélifiées																				
Montant des HP/HC/jour/résident dénutri																				
Montant de l'eau gélifiée/jour/résident Alzheimer	Informations insuffisantes	Informations insuffisantes																		
Achats de crèmes pour la prévention des escarres (effleurage) en 2019 et en 2021 ?	O			<p>Les documents de facturation transmis par la structure n'ont pas permis d'estimer le volume d'achats de crème pour la prévention des escarres durant les périodes concernées.</p> <p>Les éléments déclaratifs transmis par l'établissement mentionnent l'achat de 156 tubes de crème pour la prévention des escarres, correspondant à 1300 changes possibles:</p>																

<sup>15</sup> HP/HC : Hyperprotidique / Hypercalorique



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				Le nombre connu de résidents en GIR 1 ou 2 présents dans l'établissement s'élève à 37 selon les documents produits par l'établissement.	
<b>3. L'EQUIPEMENT MEDICALISE ET LES INSTALLATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE</b>					
Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (mémoire de forme ou à air) en 2019 et en 2021 ?	O			<p>Selon les informations recueillies lors de l'entretien [REDACTED] de l'établissement, chaque chambre est équipée d'un lit médicalisé à hauteur variable dont l'établissement a fait acquisition.</p> <p>Informations déclaratives transmises dans l'annexe 5 :  Nombre de matelas anti-escarres loués / mois en 2019 : 15 / mois  Nombre de matelas anti-escarres loués / mois en 2019 : 21 / mois</p> <p>La visite confirme la présence du matériel dans les chambres qui ont été visitées.</p> <p>En raison du format, l'analyse des factures transmises par l'établissement ne permet pas de vérifier avec exactitude le dimensionnement du matériel effectivement disponible dans la structure au jour de la visite.</p>	
Lève-personnes et chariots douches disponibles ? Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?	O			<p>Lors de l'entretien avec la [REDACTED], il a été mentionné la présence d'un lève-malade au 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> étages ainsi que de 3 verticalisateurs présents au 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> étage. La présence de ce matériel a pu être en partie visuellement confirmée par l'équipe d'inspection mais pas dans l'ensemble des étages.</p> <p>L'analyse des factures transmises par la structure confirme la location en 2019 et 2021 des matériels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potences sur lit ;</li> <li>• Soutève-malade électrique ;</li> <li>• Soutève malade de transfert (verticalisateur) ;</li> </ul> <p>Le format de transmission des factures ne permet en revanche pas de d'estimer avec exactitude le matériel effectivement présent dans la structure au jour de l'inspection.</p> <p>L'intégralité du personnel interrogé dans les étages confirme qu'il a été formé à l'utilisation de ces appareils.</p> <p>La documentation transmise par l'établissement et concernant les formations ne mentionne pas de formation technique au matériel médicalisé. Le personnel a indiqué que ces formations sont effectuées en continue.</p>	
Chambres équipées de rails ? Nb de personnels formés à leur utilisation et date de formation ?	O			La mission d'inspection a sollicité la visite de plusieurs chambres équipées de rails de transferts et confirmé la présence de ce dispositif dans plusieurs chambres.	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O / C	N / NC	E / R	Commentaires	Réf.
				Aucune information n'a été recueillie sur le niveau de formation du personnel à leur utilisation ni sur le nombre total de chambres équipées avec ce dispositif.	
Espace Snoezelen, salle de rééducation, balnéothérapie : état des lieux et fréquentation prévisionnelle/réalisée en 2021 et 2022 Nb de personnes formées à l'activité Snoezelen et date de formation		N		<p>L'établissement ne dispose pas d'un espace Snoezelen. Lors de l'entretien de [REDACTED] de l'établissement en charge du suivi des résidents, il a été fait mention d'un espace sensoriel aménagée dans une chambre du deuxième étage (étage actuellement fermé) mais qui ne répondait pas au cahier des charges d'une salle Snoezelen. Cette espace n'a pas été visité par la mission d'inspection.</p> <p>Le programme de formation ne fait pas mention d'une formation spécifique à la méthodologie Snoezelen.</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'une balnéothérapie. L'établissement ne dispose pas d'une salle de rééducation.</p>	

#### **IV – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT EN VUE DE LA DISPENSATION DES SOINS, ET LA PRISE EN CHARGE MEDICALE ET SOIGNANTE**

##### **A) Les locaux et installations dédiés aux soins**

La mission a constaté que la description des locaux de soins décrits dans le document RAMA 2020<sup>16</sup> transmis à la mission, est conforme aux locaux observés. Il n'a pas été transmis à la mission le RAMA 2021.

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Locaux de soins	Nombre de postes de soins dans l'établissement	X		R	<p>Le local de soins est identifiable avec la notification sur la porte « Infirmerie ». Il est localisé au premier étage de l'établissement.</p> <p>Il existe un seul local de soins pour toute la structure et pour l'ensemble des résidents dont les chambres se situent au 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> étages.</p> <p>Il est à noter que le 2<sup>e</sup> étage est actuellement fermé et qu'il a servi jusqu'à présent pour les replis COVID.</p> <p>L'accès au local de soins est soumis à une code d'accès pour sécuriser ce dernier. La porte du local de soins n'est pas systématiquement fermée, les allées et venues étant fréquents (photo).</p> <p><b>Remarque n° 12 :</b> L'accès au local de soins est soumis à une code d'accès, qui n'est pas systématiquement fermé.</p> <p>Le local de soins, la lingerie, et les lieux de stockage (PASA au 6<sup>ème</sup> étage) apparaissent exigus et encombrés, ne permettant pas un bionettoyage efficace. Les installations sont vétustes et le rangement dans les placards est désordonné. Dans le RAMA 202, il est noté la programmation de travaux dans la salle de soins et la réserve.</p> <p><b>Remarque n° 13 :</b> Les locaux de soins, la lingerie, et les lieux de stockage sont exigus et</p>	
Locaux exigus						

<sup>16</sup> Rapport d'Activité Médicales Annuel RAMA KORIAN Champs de Mars 2020, 17 p.

Robinetterie du local de soins				<p>encombrés, ne permettant pas un bionettoyage efficace. Les installations sont vétustes et le rangement dans les placards est désordonné.</p> <p>L'évier en poste de soins est en inox et avec un robinet d'eau à commande manuelle<sup>17</sup></p> <p><b>Remarque n° 14 :</b> Le robinet d'eau en poste de soins est à commande manuelle</p>	CCLIN Sud-Ouest. CCLIN Sud-Ouest (2011) - Fiche n° IV.1. Maîtrise du risque infectieux en EHPAD
Locaux de soins      Poste de soins autonome si UVP				Non adapté	
Locaux de soins      Paillasse pour la préparation des soins		X	R	La mission n'a pas constaté la présence effective d'une paillasse dans le local de soins.	
Hygiène et entretien Locaux de soins et autres locaux		X	R	<p>La mission a constaté dans les lieux de stockage (étage du PASA, local à pharmacie) la présence de denrées alimentaires.</p> <p>La mission a été destinataire d'une procédure générique éditée par Korian pour l'entretien des locaux communs, datée de septembre 2015. Cette procédure décrit la fréquence de l'entretien des locaux communs, du bureau du MEDEC (1/Semaine), du local de soins (1/jour) et des salles d'activités (après chaque utilisation (kinésithérapie, coiffure, etc) par l'ASH. Elle mentionne des éléments obsolètes (ancien logiciel informatique Easy) et n'a pas fait l'objet d'une réactualisation. Dans la fiche de fonction de l'ASH-Agent de service hôtelier en date du 29/3/2019, est noté l'entretien des chambres, plateaux techniques et parties communes ainsi que le nettoyage quotidien des outils de travail (charriot, matériel de nettoyage) et les éléments de renseignement des feuilles de traçabilité de bionettoyage,</p> <p>La mission n'a pas été en mesure de constater la traçabilité du bionettoyage dans le local de soins ni dans le local à pharmacie. Les entretiens des professionnels ont indiqué un bionettoyage des sols régulier, sans précision.</p> <p><b>Remarque n° 15:</b> La procédure d'entretien des locaux de soins en date de septembre 2015, n'a</p>	Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale Société, Française de Gériatrie et Gériologie. Les bonnes pratiques de soins en EPHAD, octobre 2007.

<sup>17</sup> CCLIN Sud-Ouest. CCLIN Sud-Ouest (2011) - Fiche n° IV.1. Maîtrise du risque infectieux en EHPAD. « Le ou les robinets les plus utilisés devraient être équipés d'une commande d'ouverture non manuelle ».



				<b>pas fait l'objet d'une réévaluation. La mission n'a pas été en mesure d'évaluer sa mise en place opérationnelle (traçabilité du bionettoyage).</b>	
Hygiène et entretien    Hygiène des mains				La mission a constaté la présence de protocoles relatifs à l'hygiène des mains affichés à chaque étage, sur les ascenseurs, dans les sanitaires.	Recommandations de bonne pratique : Société française d'hygiène hospitalière 2006, - Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale Société, Française de Gériatrie et Gériatologie. Les bonnes pratiques de soins en EPHAD, octobre 2007
Locaux de soins Réfrigérateur et conservation des produits de santé thermosensibles	X	X	R	La mission a constaté un entretien du réfrigérateur conforme : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réfrigérateur réservé à la conservation des produits de santé ; absence de denrées alimentaires</li> <li>• Entretien : dégivrage et entretien effectifs ; en revanche, la fiche de traçabilité est non actualisée au-delà du 4/12/2021 et la signature du professionnel en charge de cette vérification ne permet pas d'identifier précisément son identité ni sa fonction (initiales du nom du professionnel uniquement notées)</li> <li>• Température du réfrigérateur : sonde température placée à l'intérieur du réfrigérateur avec fiche de traçabilité de relevé destempératures quotidien actualisée et à jour au 16/2/2022, veille de la mission</li> <li>• Péréptions des produits de santé : fiche de traçabilité des péréptions non actualisée au-delà du 4/12/2021 ; absence de produits de santé non périmés dans le réfrigérateur constatée par la mission<sup>18</sup></li> <li>• Péréptions des produits de santé : dépassement de péréption notifié sur la fiche de traçabilité pour le glucagon (« Glucagon périmé au 07/2021 ») alors que la mission a constaté la présence d'une dose de Glucagen ® non périmée (date de péréption Mars 2023). La non actualisation de la fiche de traçabilité génère une source de confusion et d'erreur pour les équipes.</li> </ul>	Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Le circuit du médicament en EHPAD. Guide régional Autonomie, mars 2021 mis à jour en septembre 2017, 43 p,

<sup>18</sup> Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Le circuit du médicament en EHPAD. Guide régional Autonomie, mars 2021 mis à jour en septembre 2017, p 15 : « Un contrôle périodique des conditions de détention des médicaments et notamment des dates de péréption est effectué. Il est souhaitable que ce contrôle périodique soit enregistré. »

			<p><b>Remarque n° 16:</b> Le réfrigérateur conservant les produits thermosensibles est dégivré et entretenu. En revanche, la fiche de traçabilité mensuelle relative au dégivrage, à l'entretien et à la vérification des dates de péremption des produits de santé est actualisée à la date du 4/12/2021. Il n'y a pas de date plus récente de la vérification du contenu du réfrigérateur. D'autre part la traçabilité ne permet pas d'identifier précisément l'identité ni la fonction du professionnel ayant effectué cette vérification.</p> <p><b>Remarque n° 17 :</b> Les informations indiquant sur la fiche de traçabilité le dépassement des dates de péremption des produits de santé thermosensibles, et notamment des médicaments d'urgence tel le glucagon, est incorrecte, générant une source de confusion et d'erreur pour les équipes.</p>	
<p>Local à pharmacie</p> <p>Limitation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés</p>	X	R	<p>L'accès au local à la pharmacie contenant le stock de médicaments en sus et les stupéfiants est sécurisé par une porte avec verrou avec un code numérique pour l'ouvrir, conformément à l'article R.5126-109 du CSP<sup>19</sup>.</p> <p>Le local à pharmacie est exigu, vétuste (infiltrations d'eau au plafond). Il est encombré, ne permettant pas un bionettoyage effectif. Les professionnels ont indiqué à la mission qu'un projet de rénovation/modification du local à pharmacie a été évoqué avec la direction de l'établissement, point évoqué dans le RAMA 2020.</p> <p><b>Remarque n° 18 :</b> <b>Le local à pharmacie est exigu, non ordonné et encombré.</b></p> <p>Le local à pharmacie de l'EHPAD ne respecte pas les Recommandations pour l'aménagement des locaux ARS Pays de Loire-Omedit Pays de Loire 2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une zone (ou un local) de nettoyage du matériel</li> <li>• une zone de préparation des doses à administrer ;</li> <li>• une zone de rangement des produits, matériels et consommables</li> <li>• une zone de stockage de taille suffisante pour permettre un stockage ordonné des différentes catégories de médicaments ainsi que des piluliers ;</li> <li>• une zone distincte doit être réservée au stockage des médicaments destinés à la PDA (préparation dispensation administration)</li> </ul> <p><b>Remarque n° 19 :</b> <b>Les locaux de soins et de pharmacie mis à disposition des professionnels ne sont pas conformes aux bonnes pratiques.</b></p>	<p>Article R.5126-109 du CSP</p> <p>ARS Pays de Loire-OMEDIT Pays de Loire Guide de mise en place du partenariat EHPAD – pharmacien(s) d'officine, 2016</p>

<sup>19</sup> Article R.5126-109 du CSP, version en vigueur depuis le 24 mai 2019, Modifié par Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 - art. 1 : « Les médicaments et produits visés à l'article R. 5126-108, sont détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dédiés à leur stockage ».

Locaux dédiés aux soins (psychomotricienne, kinésithérapeute)		X	R	<p>Le local situé au sous-sol est vétuste (infiltrations du plafond). Il est encombré de nombreux matériels de rééducation. Les bureaux des professionnels sont encombrés, ne permettant pas un bionettoyage effectif.</p> <p><b>Remarque n° 20 :</b>  <b>Le local de soins (kinésithérapeute, psychomotricienne) situé au sous-sol est vétuste, et encombré, sans fenêtre d'ouverture extérieur. Les bureaux des professionnels sont encombrés, ne permettant pas un bionettoyage effectif.</b></p>	
Bureau du médecin coordonnateur (MEDEC)		X	R	<p>Le bureau du MEDEC est exigu et encombré, avec une accumulation de documents papier non classés contenant des données médicales, ne permettant pas d'assurer une hygiène et un bionettoyage effectifs. Les conditions de travail du MEDEC ne sont pas optimisées et ces conditions dégradées peuvent favoriser une perte d'informations voir de traçabilité dans les documents papiers.</p> <p><b>Remarque n° 21 :</b>  <b>Le bureau du MEDEC est non ordonné et encombré, avec risque de pertes d'informations et de traçabilité des documents relatifs à la prise en charge des résidents. Les sols sont encombrés.</b></p>	



*Porte d'entrée avec verrou non fermée  
systématiquement*

*Poste de soins pour l'ensemble des  
résidents de l'EHPAD, situé au 1<sup>er</sup> étage*



*Poste de soins exigu – situé au 1<sup>er</sup> étage ;  
absence de paillasse pour la préparation des  
soins ;*



*Poste de soins avec stockage des boîtes DASRI  
pour les objets PCT ; non ordonné, ne facilitant  
pas le bionettoyage*

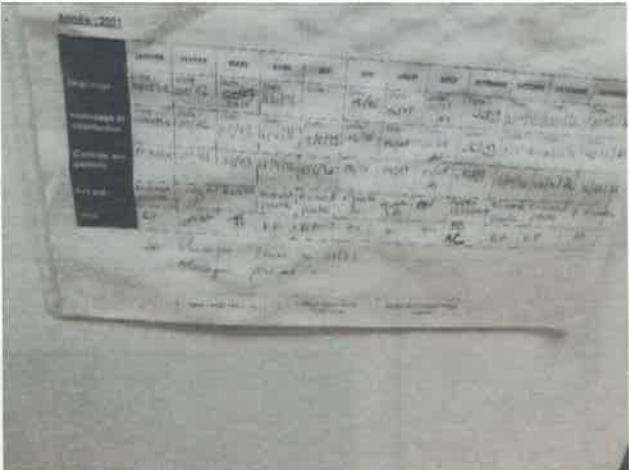
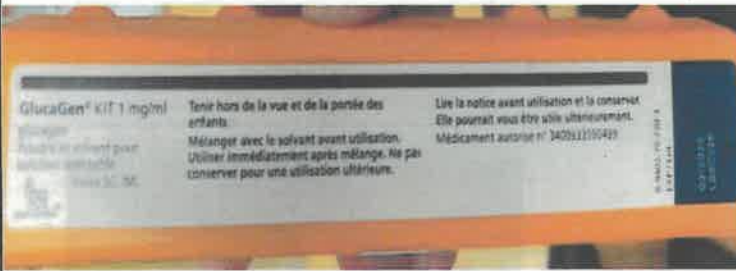




6<sup>ème</sup> étage- PASA : hygiène : stockage de denrées alimentaires dans le local de stockage



Local à pharmacie : hygiène : stockage de denrées alimentaires inapproprié (collations nocturnes)

	
<p><i>Péréptions des produits de santé : dépassement de péréption notifié sur la fiche de traçabilité pour le glucagon (« Glucagon périmé au 07/2021 »)</i></p>	<p><i>Alors que la mission a constaté la présence d'une dose de Glucagen ® non périmée (date de péréption Mars 2023).</i></p>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Collecteurs DASRI OPCT et carton rigide dans le local de soins	X		R	<p>L'établissement dispose de différents types de collecteurs destinés aux DASRI en fonction de leur nature physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Boîte jaune rigide pour les déchets de différentes capacités piquants/coupants/tranchants (PCT), de différentes capacités</li> </ul>	Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Caisse carton avec sac en plastique (emballage combiné) pour les déchets mous ; volume : 50 L.</li> </ul> <p>La mission a constaté la présence d'un protocole « Modalités de collecte des DASRI » édité par le groupe KORIAN et affiché en salle de soins.</p> <p>L'identification de l'établissement sur les emballages de DASRI est conforme (identification du producteur et date)<sup>20</sup>.</p>	et des pièces anatomiques d'origine humaine
Entreposage et collecte des DASRI	X	X	R/E	<p>La mission n'a pas été en mesure d'évaluer la production moyenne mensuelle de DASRI au regard du temps imparti. La mission a pris connaissance de la convention avec le prestataire ELIS en date du 15/4/21 pour une durée de 1 an, indiquant un passage de collecte hebdomadaire.</p> <p>Il existe un local d'entreposage des DASRI au sous-sol. La mission n'a pas été en mesure de l'évaluer au regard du temps imparti.</p> <p><b>Remarque n° 22 :</b>  <b>Il n'existe pas de local dédié à l'entreposage des nouveaux contenants DASRI (carton, boîtes PCT). Des boîtes PCT ont été identifiées dans un placard sous l'évier du poste de soins.</b></p> <p>La mission a été destinataire d'un bon de prise en charge des DASRI émis par le prestataire ELIS en date du 15/2/2022 ; elle n'a pas eu connaissance des bordereaux de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux (CERFA n° 11352*04) des 3 dernières années, assurant la traçabilité de l'élimination des déchets DASRI par le prestataire<sup>21</sup>.</p>	<p>Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.</p> <p>Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</p>

<sup>20</sup> Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine. Article 11 modifié par arrêté du 27 juin 2016, article 6 : « Sans préjudice des mentions prévues par les normes citées dans le présent arrêté, les emballages utilisés pour le conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés portent, sauf indication contraire :

-l'identification du producteur de déchets, sur chaque emballage, grand emballage ou grand récipient pour vrac ;

-la mention " déchets d'activités de soins à risques infectieux " en toutes lettres. Pour les grands emballages et les grands récipients pour vrac, cette mention est apposée sur deux cotés opposés et en caractères distinctement lisibles à au moins deux mètres. »

<sup>21</sup> Article 11, Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, Modifié par arrêté du 20 mai 2014 - art. 1 : « Les bordereaux, les bons de prise en charge et les états récapitulatifs prévus aux articles 3, 5 à 7 et 1 sont conservés pendant trois ans et tenus à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé et des services de l'Etat compétents territorialement. Les conventions visées aux articles 2 et 9 du présent arrêté sont tenues à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé et des services de l'Etat compétents territorialement ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<b>Ecart n° 4 :</b> La mission n'a pas été en mesure de constater la conservation des bons de prise en charge ni des bordereaux de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux (CERFA n° 11352*04) des 3 dernières années, assurant la traçabilité de l'élimination des déchets DASRI par le prestataire.	
Procédure d'accident d'exposition au sang (AES)	X			La mission a constaté la présence de la procédure AES dans le local à pharmacie et dans le local de soins au 1 <sup>er</sup> étage, précisant les coordonnées de l'astreinte administrative et des urgences, conformément à l'arrêté du 10 juillet 2013. En revanche, la mission n'a pas été en mesure de s'assurer que cette procédure est disponible à chaque étage de la structure.	Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants <sup>22</sup>

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Appels malades Réponse au test et délai	X			La mission a pu constater que les appels des résidents sont centralisés directement sur les téléphones portables professionnels des IDE, facilitant la réactivité de ces derniers.	
Appels malades Port par le personnel du dispositif de signalement des appels				La mission n'a pas été en mesure de procéder à l'enregistrement, la traçabilité et la vérification des appels malades.	
Appels malades Enregistrement, traçabilité et vérification des appels				La mission a constaté la présence d'une procédure KORIAN disponible dans le classeur papier /local de soins : » <i>Fiche réflexe – Panne Appel malade</i> »	
Appels malades Actions suite à écart par rapport aux réponses à apporter (délai, non réponse)					
Appels malades Au moins une FEI concernant les appels					

<sup>22</sup> Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

« Dans les établissements ne disposant pas des ressources nécessaires en interne (médecin référent présent sur place, service d'urgences fonctionnant 24 h/24...), des dispositions doivent être prises pour que le personnel puisse bénéficier de cette évaluation du risque et si besoin d'un traitement prophylactique, au mieux dans les quatre heures : les consignes doivent **comporter les coordonnées du service d'urgence le plus proche**, la conduite à tenir, y compris la procédure permettant de quitter l'établissement au cours du poste (autorisation administrative, relais par un autre soignant afin que la continuité des soins soit assurée...).

Un dispositif de prise en charge des personnels victimes d'AES, permettant un éventuel traitement prophylactique dans les meilleurs délais, et un suivi médical adapté, doit être organisé dans tous les établissements, 24 heures sur 24.

L'information des personnels de santé est essentielle : la conduite à tenir pratique doit être affichée ou mise à disposition dans tous les services. Un avis médical est indispensable le plus précocement possible, au mieux dans les quatre heures, pour évaluer l'importance du risque infectieux notamment VIH, VHB et VHC et, si besoin, initier rapidement un traitement prophylactique»



## B) Dossiers médicaux/de soins

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Dossiers médicaux/de soins des résidents Support		X	R	<p>La mission a constaté la présence d'une double saisie pour le dossier médical des résidents : un support papier<sup>23</sup> et un support informatique [REDACTED], ne favorisant pas la cohérence ni la mise à jour des données médicales collectées et pouvant être la source à terme d'une confusion entre les données actualisées et non actualisées.</p> <p>Il a été rapporté aux membres de la mission que des codes d'accès sur [REDACTED] sont transmis à chaque professionnel de l'équipe de soins de l'EHPAD y compris les médecins traitants des résidents. Ces codes d'accès ont une validité estimée entre 3 et 6 mois. Les médecins traitants, bien qu'ayant ces codes d'accès au dossier [REDACTED] ne renseignent pas le dossier médical informatique des résidents participant ainsi à maintenir une situation dégradée qui ne favorise pas la mise en place d'un dossier patient unique.).</p> <p><b>Remarque n° 23 :</b> Le dossier médical du résident comporte deux sources d'information- à partir de deux supports distincts, l'un papier et l'autre informatique ne favorisant pas une information centralisée des données médicales et pouvant être la source d'une confusion entre les données actualisées et non actualisées et être à l'origine d'un risque d'erreur.</p> <p>C'est le médecin coordonnateur qui assure toute la saisie des événements et informations médicales de tous les dossiers des résidents. Cette organisation demande à être améliorée pour assurer une meilleure transmission entre les intervenants et assurer une sécurité de la notification des informations médicales. Cela ne peut rester à la charge du seul médecin coordonnateur.</p> <p><b>Remarque n° 24 :</b> Concernant les transmissions d'informations médicales notifiées dans le</p>	

<sup>23</sup> La mission a consulté deux dossiers papiers sur site, classé de façon nominative dans un classeur avec intercalaires. Il comprend notamment

- Le suivi effectif ou non par un médecin traitant
- l'évaluation du GIR du résident.e,
- le type de prise en charge
- les compte-rendu médicaux en cas d'hospitalisation dans un autre établissement (établissement de santé notamment)
- les courrier de liaison entre établissements
- les prescriptions assurées par le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD (médicament, kinésithérapie)
- les résultats de biologie
- la présence de chutes, de troubles cognitifs

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>dossier de soins [REDACTED]®, la mission a constaté un défaut de traçabilité des suivis et bilans assurés par les médecins traitants dans les dossiers des résidents consultés sur site.</p> <p>Il a été indiqué à la mission par les professionnels de soins IDE que des tablettes numériques avaient été mises à la disposition des équipes soignantes IDE et AS, il y a 3 mois et qu'elles demeuraient peu utilisées pour des raisons informatiques non résolues à ce jour. Ces tablettes doivent permettre la transmission d'informations entre tous les soignants.</p>	
<p>Dossiers de soins</p> <p>Confidentialité des dossiers médicaux des résidents</p>		X	E	<p><u>Dossier sur support papier</u></p> <p>La mission a constaté que les dossiers médicaux des résidents dans le local de soins, étaient entreposés dans une armoire non fermée à clef et accessible par l'ensemble des professionnels.</p> <p>Bien que l'accès au local de soins soit accessible via un verrou nécessitant un code, et que ce dernier reste régulièrement non enclenché laissant la possibilité d'aller et venir des personnels, le rangement des dossiers contrevient à l'article L.311-3 du CASF et L.1110-4 du CSP.</p> <p><u>Dossier support informatique Netsoins®</u></p> <p>L'accès au dossier des résidents est soumis à la possession de codes d'accès transmis aux professionnels de l'EHPAD. Il a été rapporté par les professionnels que ces codes sont transmis à tout professionnel quel que soit son statut (CDI, vacataire par exemple) ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux (kinésithérapeute, médecin traitant libéral). En ce sens, la confidentialité des dossiers médicaux des résidents est conforme à l'article L.311-3 du CASF et L.1110-4 du CSP.</p> <p><u>Ecart n° 5 :</u></p> <p>La confidentialité des dossiers médicaux des résidents est assurée pour le dossier Informatique [REDACTED]®, conformément aux articles L.311-3 du CASF<sup>24</sup></p>	Articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.

<sup>24</sup> Article L311-3 du CASF, version en vigueur depuis le 01 octobre 2020, Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 37  
« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 4° La confidentialité des informations la concernant »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				et L.1110-4 du CSP <sup>25</sup> . En revanche, la confidentialité des dossiers médicaux des résidents sur support papier n'est pas sécurisée, ce qui contrevient aux articles L.311-3 du CASF et L.1110-4 du CSP.	

### C) Le médecin coordonnateur

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
ETP Médecin coordonnateur (MEDEC) figurant sur le contrat de travail en rapport avec la capacité	X			<p>L'ETP est non précisé explicitement sur le contrat de travail mais la durée de travail y est précisée, s'élevant à 151.67 heures par mois / 35 heures par semaine</p> <p>Le médecin coordonnateur est présent tous les jours de la semaine du lundi au vendredi. En son absence, il n'y a pas de remplacement prévu ni organisé au sein du groupe Korian.</p> <p>Le temps de présence du médecin Coordonnateur est Conforme au regard de la capacité de 108 places de l'établissement (0/60 ETP attendu pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places</p>	D312-156 <sup>27</sup> , et 312-159-1 CASF

<sup>25</sup> Article L1110-4 du CSP, version en vigueur depuis le 04 août 2021, Modifié par la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 141.- « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

<sup>27</sup> Article D312-156-CASF, Version en vigueur depuis le 01 juillet 2016, Modifié par Décret n°2016-696 du 27 mai 2016 - art. 4, Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin coordonnateur. « Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : -un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ; -un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
MEDEC avec diplôme en gériatrie/ ou DU de MEDEC ou formation continue MEDEC		X	E	La mission a récupéré le contrat de travail du Médecin coordinateur, établi le [REDACTED]	D312-157 CASF <sup>28</sup>
MEDEC prescripteur				Selon la direction de l'EHPAD, en 2022, le nombre actuel de résidents est de 75 suite à la fermeture des 2 <sup>ème</sup> étage. Le médecin coordonnateur assure les prescriptions des résidents en cas d'absence du médecin traitant des résidents ou s'il reste non joignable, et en cas de non déclaration de MT par le résident)	D312-159-1
Date dernier RAMA établi	X		R	Le document transmis à la mission relève de l'activité 2020. Celui relatif à l'activité 2021 n'a pas été transmis à la mission. Le RAMA relatif à l'activité médicale 2021 n'a pas été transmis à la mission	D312-155-3 al 9
Axe d'amélioration mentionné dans RAMA ?	X			Les éléments figurant dans le RAMA 2020 sont : « 1 /Commission de coordination gériatrique à réunir 2021 /Projet d'établissement 2/Proposition de signature de la convention avec les médecins traitant 3/Réunion pour analyser les EI 4/ Proposition aux médecins traitants de prescrire dans [REDACTED] accompagnement 5/ Travaux salle de soins et réserve prévue »	
Date dernière et prochaine évaluation PATHOS				Sur le projet d'établissement 2019-2023, p 25, est noté : -en 2019 [REDACTED] -2019 [REDACTED] Sur le RAMA 2020, est noté p 6 : -2020 : P [REDACTED]	
Dernière présence sur site du niveau régional santé				Non précisé	
Les médecins traitants suffisent à assurer les prescriptions ?		X	R	18 médecins traitants dont 3 médecins gériatres et un médecin néphrologue suivent l'ensemble des résidents de l'EHPA d'après la liste remise à la mission le 17 février 2022 par la direction : Toutefois <u>5 résidents n'ont pas de médecins traitants et 3 résidents pour lesquels cela n'est pas précisé</u>	

<sup>28</sup> Article D312-157-CASF, Version en vigueur depuis le 07 juillet 2019, Modifié par Décret n°2019-714 du 5 juillet 2019 - art. 1, « Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. L'attestation mentionnée à l'alinéa précédent est délivrée, après une formation conforme à un programme pédagogique fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes âgées ».



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Aucun médecin traitant n'utilise le logiciel [REDACTED] ® pour établir ses prescriptions ni pour transmettre des informations à l'équipe de soins. Les médecins traitants rédigent leur prescription sur une ordonnance papier, ce qui n'est pas conforme au protocole de la structure<sup>28</sup>.</p> <p>Les IDE ont indiqué que le MEDEC assure une retranscription de la prescription des médicaments dans Netsoins ® (point confirmé par le médecin coordonnateur)</p> <p>De ce fait la mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-une double saisie des prescriptions médicamenteuses et des informations médicales à la fois dans le dossier patient papier et dans le dossier patient informatique sur Net soins</li> </ul> <p>Cette double saisie peut être à l'origine de la non mise à jour exhaustive des prescriptions des médecins traitants lorsque celles-ci sont modifiées,</p> <p><b>Remarque n° 25 :</b>  <b>La mission a constaté une double saisie des prescriptions sur [REDACTED] et sur support papier, or cette pratique peut favoriser un risque de confusion dans les informations médicales et un risque d'erreur médicamenteuse</b></p> <p><b>Remarque n° 26 :</b>  <b>La mission a constaté que les médecins traitants ne saisissent pas les prescriptions dans le logiciel [REDACTED] ®. Et ne se sont pas appropriés l'usage de cet outil.</b></p>	
Il existe un poste de médecin prescripteur différent de celui de médecin coordonnateur ?				<p>Absence de poste de médecin prescripteur en dehors du MEDEC</p> <p>Le MEDEC assure les prescriptions conformément à l'article D312-158 CASF</p>	
1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;	X			<p>Selon le RAMA 2020,</p> <p>[REDACTED] 101 résidents ; 5 résidents relevaient d'un GIR 5 ou 6 (N=101).</p> <p>-le nombre de résidents ayant au moins un projet rapporté au nombre de résidents présents au 31/12/2020 s'élevait à 80,88% (55/68).</p>	D312-158 CASF

<sup>28</sup> KORIAN. Administration des médicaments en EHPAD KORIAN CHAMP DE MARS, 13/1/2020 :

« Bonne pratique. Le médecin prescripteur saisit sa prescription dans le Dossier Résident Informatisé (D.R.I.) ; Saisie de la prescription dans le module prescription médicaments (Médical/Prescriptions/Nouveau/Médicaments) ; Édition de l'ordonnance en deux exemplaires (1 original + 1 duplicata)

En mode dégradé. Le médecin prescripteur rédige son ordonnance manuscrite en double exemplaire (1 original + 1 duplicata) de manière lisible, notamment la posologie détaillée »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				A titre d'illustration, la mission a constaté dans un dossier résident la présence d'un projet personnalisé initial établi du 26/05/ 2021 au 26 /05/ 2022 en concertation avec toute l'équipe soignante et le MEDEC. La mission n'a été en mesure de consulter que 3 dossiers résidents.	
2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;	X			<p>Le projet d'établissement 2019-2023 indique que la visite de préadmission est systématiquement effectuée par le médecin coordonnateur et que la validation de l'admission des résidents est assurée par le MEDEC et le directeur d'établissement.</p> <p><u>Visite de préadmission</u> : les professionnels indiquent à la mission qu'une évaluation médicale est effectuée par le MEDEC au domicile des résidents ou dans les différents établissements de santé de Paris où ils sont hospitalisés ; un travail en réseau avec l'HEGP et mais aussi sur le secteur Nord parisien avec la Fondation Rothschild, et aussi avec les établissements du 92 Corentin Celton et du 94 Charles Foix également indiqués. Ces visites en établissements ont été toutefois suspendues depuis la crise sanitaire du COVID.</p> <p><u>Visite d'admission</u> : les professionnels indiquent à la mission que chaque résident est vu à leur admission par le MEDEC pour établir en conséquence les prescriptions et évaluations nécessaires et le niveau du GIR</p> <p>Il est indiqué par les professionnels de soins que la traçabilité de ces évaluations est renseignée dans le dossier de chaque résident.</p> <p>Dans 3 dossiers informatiques de liaison d'urgence transmis à la mission sont retrouvées les informations sur la date d'entrée, l'état de dépendance et les facteurs de risque, les pathologies actuelles et les antécédents du résident portant notamment sur les hospitalisations et les événements médicaux, les éléments d'information nécessaires pour les vaccins, l'évaluation de l'état nutritionnel.</p>	D312-158 CASF
3° Préside la commission de coordination gériatrique CCG chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.		N	E	<p>La mission a été destinataire d'un PV relative à CCG en date du 19/12/21 signé du MEDEC</p> <p>A noter que ce point était précisé comme point d'amélioration dans le RAMA 2020 : « Commission de coordination gériatrique à réunir 2021 /Projet d'établissement »</p> <p>A noter que la mission n'a été destinataire que d'un seul PV de CCG et n'est pas en mesure d'attester de la fréquence minimale de 2 fois par de cette commission</p> <p><b>Ecart n° 6 :</b> La mission n'est pas en mesure d'attester de la fréquence minimale de 2 fois par an de la commission de coordination gériatrique.</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 <sup>30</sup> ;				<p>Le projet d'établissement 2019-2023 indique une évaluation du GIR par le MEDEC dans les 15 jours suivant son admission. Il a été indiqué par les professionnels que l'évaluation du GIR des résidents par le MEDEC est réalisée en concertation avec toute l'équipe soignante. Cette évaluation est effectuée 2 fois par an, voire autant que de besoin si l'état de santé des résidents le nécessite (dégradation de l'état clinique des résidents).</p> <p>La direction a remis à la mission le 17/2/21, la liste des résidents avec leur GIR. La date d'entrée en EHAPD était indiquée pour chaque résident ; en revanche, celle de la date de l'évaluation du GIR ne l'était pas.</p> <p>Parmi les 75 résidents, 10 n'étaient pas évalués et avaient été admis pour 8 d'entre eux en 2022, les autres fin 2021.</p> <p>GIR 1 : [REDACTED] GIR 5 : [REDACTED]</p> <p>Parmi les résidents évalués GIR 2 à 6, la réévaluation de leur GIR n'était pas effective et la date non précisée.</p> <p>Remarque n° 27 : La plupart des patients GIR 1 sont situés dans les étages à distance du poste de soins, ce qui peut poser des problèmes pour les soignants devant assurer une régularité de prise en charge dans leur plan de soins.</p>	D312-158 CASF
5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;	X		R	Il est constaté par la mission que les équipes de soins appliquent les bonnes pratiques d'évaluation et de prévention pour les résidents.	D312-158 CASF

<sup>30</sup> Article 46, Modifié par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 84 () JORF 22 décembre 2006, I., II. - Paragraphes modificateurs. III. - Par exception aux dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent avant le 30 juin 2009, par arrêté conjoint, la répartition des capacités d'accueil et des ressources de l'assurance maladie relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale des établissements, pour chaque établissement mentionné au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique après avis de son organe délibérant. Pour chaque établissement, l'arrêté conjoint est pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet, au vu du résultat des analyses transversales réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives du secteur sanitaire et médico-social, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Cet arrêté prend effet le 1er janvier de l'année suivant sa publication. Afin d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en adéquation du budget de la section des unités de soins de longue durée avec le résultat de l'analyse transversale, chaque établissement fait connaître au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet, par décision de son organe délibérant, l'exercice annuel au cours duquel cette répartition est arrêtée. Cette délibération doit parvenir au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet avant le 31 mars de l'exercice annuel au cours duquel la répartition est arrêtée.



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Remarque n° 28 : Les évaluations sont réalisées pour l'ensemble des résidents. En revanche, la mission a constaté que les bilans prescrits ne respectent pas une régularité qui s'impose dans certaines situations cliniques au regard notamment des résultats biologiques anormaux.</p> <p>Remarque n° 29 : Concernant l'évaluation de la nutrition, la mission a constaté que les évaluations ne sont pas régulièrement effectuées et / ou tracées. Il a été détecté pour plusieurs résidents les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- régime hyper protéiné depuis 2018 sans réévaluation</li> <li>- perte de poids depuis octobre 2021 et la persistance d'une valeur anormale de l'albuminémie malgré un régime riche en protéines</li> <li>- régime enrichi en protéines et poursuivi depuis 2019 sans réelle réévaluation de l'albuminémie depuis novembre 2021 malgré une perte de poids importante</li> </ul> <p>L'évaluation des résidents analysée par la mission, à partir d'une extraction dans [REDACTED] sur une période de 6 mois relève :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation du MMSE auprès de 24 des 75 résidents avec un score &gt; à 10 pour 6 résidents, Un score &gt; ou = à 20 pour 7 résidents, Un score &lt; ou = à 10 pour 7 résidents ; le MMSE est non évaluable pour 4 résidents</li> <li>- Evaluation de la douleur suivant plusieurs échelles EVS, EN, EVA, Algoplus, auprès de 20 résidents sur 75 avec EVS pour 4 résidents, avec EVA pour 5 résidents, avec Algoplus pour 7 résidents et avec EN pour 4 résidents.</li> <li>- Evaluation du poids pour 72 des 75 résidents, parmi lesquels 47 étaient concernés par une perte de poids, et estimée entre 1 et 5 kilos pour 42 résidents ; seuls 5 ont été concernés par une perte de plus de 5 kilos , dont 1 avec une perte de plus de 20 kilos, 1 avec une perte de plus de 15 kilos, 1 avec une perte de plus de 10 kilos et 1 avec une perte située entre 5 et 10 kilos.</li> <li>- Prévention des escarres réalisée auprès de 12 des 75 résidents avec l'évaluation de Norton, dont 9 avaient un score &lt; ou = à 14</li> <li>- Suivi du recueil alimentaire <ul style="list-style-type: none"> <li>o avec un régime enrichi en calories pour 23 résidents dont 4 prescrits en 2022, 17 en 2021, 1 en 2020, et 1 en 2019 ;</li> </ul> </li> </ul>	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>régime riche en protéines pour 46 résidents, régime riche en protéines et calories pour 24 résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ avec une texture mixée pour 15 résidents mais une évaluation qui date de 2019 pour 3 résidents, de 2020 pour 4 résidents, de 2021 pour 6 résidents, de 2022 pour 2 résidents ;</li> <li>○ avec une texture entière pour 19 patients évaluée en 2019 pour 1 résident en 2020, pour 4 résidents en 2021, pour 8 résidents et pour 6 résidents en 2022.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de l'albuminémie : 53 résidents ont été investigués dont 36 ont été concernés par une valeur &lt; à 34 g/l dont 13 résidents avaient une valeur comprise entre 30 g/l et 25g/l ; <b>seuls 9 résidents avaient bénéficié d'un bilan récent datant de 2022.</b></li> <li>- Evaluation de la préalbuminémie : 37 résidents avec un dosage dont 5 avec une valeur inférieure à 0, 16 g/l, et parmi ces 5 résidents, un bénéficiait de soins complexes</li> <li>- Evaluation de la créatinémie : 23 résidents (sur les 55 résidents listés) avaient une évaluation de la créatininémie, <b>1 résident avait une valeur très élevée qui n'a pas été réévaluée par la suite</b></li> <li>- Evaluation du risque de chute avec le Get up and go, réalisé pour 41 des 75 résidents avec un score &lt; ou = à 20 pour 13 résidents, score &gt; à 20 pour 4 résidents, et par contre il est non évaluable pour 24 résidents.</li> <li>- Suivi du risque de chute : durant l'année 2021, 55 résidents ont été concernés par des chutes dont un avec fracture et 8 ont eu une hospitalisation d'urgence</li> </ul>	
6° Coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et, dans ce cadre, peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin	X		R	<p>L'examen médical complet de chaque résident est réalisé à leur admission, avec réévaluation des résidents en cas de besoin ou d'aggravation de leur état. Une orientation vers le médecin traitant peut être effectuée par le MEDEC en cas de nécessité.</p> <p>Le suivi régulier est assuré comme en attestent le bilan des surveillances particulières extraites du logiciel [REDACTED] sur 6 mois @- voir infra.</p> <p>Une synthèse médicale est réalisée sur [REDACTED]. La mission a constaté que cette synthèse informatique ne permet pas une synthèse médicale pertinente, pour prioriser les éléments d'information nécessaires en cas de transfert d'un résident en urgences ; de même en ce qui concerne le dossier de liaison d'urgence (DLU). La mission a consulté 3 DLU, dont le volume peut atteindre 20 pages, voire 44 pages pour les situations les plus complexes.</p>	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
<p>7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;</p>		X	E	<p>La mission a constaté la présence d'une procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD » en date du 13/1/2020<sup>31</sup>. Mais également « un guide de recommandations de bonnes pratiques, processus de prise médicamenteuse » de Korian.</p> <p><u>Prescriptions médicamenteuses et produits de santé</u></p> <p>Le renouvellement des ordonnances est réalisé soit par le MEDEC, soit par les médecins traitants. Il est indiqué par les professionnels qu'il n'y a pas d'alerte dans [REDACTED] ou de planification de consultation/visite du médecin pour assurer les renouvellements d'ordonnances par ces derniers. En pratique, il est indiqué que l'alerte est souvent donnée par le MEDEC auprès des médecins traitants.</p> <p><u>Listes des morphiniques</u> : la mission n'a pas identifié de liste, point confirmé par les professionnels rencontrés</p> <p><u>Liste des médicaments à utiliser préférentiellement</u> : la mission n'a pu identifier de liste sur site, point confirmé par les professionnels. Il a été indiqué par les professionnels que les liens avec les médecins traitants sont variables et non formalisés, survenant le plus souvent lors du passage à l'EHPAD. Les professionnels n'ont pas évoqué non plus de liste de médicaments élaborée en collaboration avec les médecins traitants.</p> <p>La direction a toutefois transmis un Guide Pratique Korian « livret thérapeutique 6è édition de 2021</p> <p><u>Liste des médicaments écrasables</u> : dans la procédure « bonnes pratiques d'écrasement et d'ouverture des médicaments forme orale sèche » datant du 19 août 2021 est noté :</p> <p>Les professionnels ont indiqué que cette forme d'administration porte sur les médicaments de forme orale sèche en EHPAD, pour les patients présentant des troubles de déglutition ou présentant une dysphagie. Cette procédure précise bien les médicaments à ne pas écraser mais ne précise pas les médicaments par DCI concernés.</p> <p>La mission n'a pas été en mesure de vérifier si tous les personnels de soins se sont appropriés cette procédure.</p> <p>Il a été rapporté par les professionnels que cette liste des médicaments non écrasables existe, mais sans pouvoir nous la communiquer. Par la suite ce document nous a été remis par la direction de l'établissement.</p>	D312-158 CASF

<sup>31</sup> KORIAN, Procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD », 13/1/2020, 10 p.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<b>Ecart n° 7 :</b> <b>Absence de livret thérapeutique utilisé pour la prescription des médicaments, de liste de morphiniques, à utiliser préférentiellement ; absence de liste de médicaments écrasables.</b>	
8° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;	R		R	Le calendrier des formations pour 2021 a été transmis par la direction sans toutefois préciser les agents et professionnels de soins qui ont bénéficié réellement des formations sur cette période (AFGSU 2 prévue le 2, 3 et 4 juin 2021, HACCP, Plan de Maîtrise sanitaire (PMS les 18, 22 juin 2021).  <b>Remarque n° 30 :</b> <b>Le plan de formation des personnels n'est pas actualisé.</b>	D312-158 CASF
9° Elabore un dossier type de soins ;	X			Le dossier de soins est accessible par les IDE, aides-soignantes, MEDEC ; accessible 24H/24 et 7J/7 ; il est accessible par les professionnels salariés et libéraux – voir infra « Dossiers médicaux de soins »	D312-158 CASF
10° Coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;	X	X	E	Le RAMA relatif à l'activité 2020 a été communiqué à la mission ; le RAMA relatif à l'activité 2021 n'a pas été transmis à la mission.  <b>Ecart n° 8 :</b> <b>Le RAMA n'est pas signé.</b>	D312-158 CASF
10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;	X			La mission a été destinataire des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins, dont l'une avec l'HEGP.	D312-158 CASF
11° Identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents	X		R	Dans le projet d'établissement de 2019 – 2024 il est mentionné que l'EHPAD a conventionné avec différents établissements de PARIS parmi lesquels figurent l'HEGP, Vaugirard, Sainte Péline, l'hôpital Cochin mais il n'apparaît pas la date exacte à laquelle ces conventions ont été établies.  <b>HAD :</b> la direction nous a remis la convention établie entre l'EHPAD et l'HAD Korian Yvelines SUD 3 rue Aimé Césaire 78200 GUYANCOURT. Cette convention a été	D312-158 CASF

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>établie le 3 juin 2020. Cette HAD n'est pas située sur le territoire de l'EHPAD ce qui complique les interventions et les réponses aux différentes sollicitations de l'EHPAD. Dans le projet d'établissement, il est mentionné l'HAD de la Croix Saint SIMON et Santé Service HAD mais pas de date de convention.</p> <p>Les professionnels ont indiqué à la mission que la sollicitation de l'HAD se faisait en cas de pansements complexes, comme pour les soins d'escarres avancés (stade 4). Selon le médecin coordonnateur, la mise en place de l'HAD demande généralement un délai de 15 jours-3 semaines avant le début des soins, ce qui rend peu effectif l'intervention de la prise en charge en HAD en pratique.</p> <p><b>Remarque n° 31 :</b>  <b>L'EHPAD a passé convention avec les HAD du territoire. Mais la mise en place de l'HAD demande généralement un délai de 15 jours-3 semaines avant le début des soins, ce qui rend peu effectif l'intervention de la prise en charge en HAD en pratique.</b></p>	
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;	X			<p>Le RAMA 2020 indique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la survenue, pendant la crise sanitaire COVID 19, de 2 vagues en 2020 ayant touché résidents et salariés ainsi qu'une surmortalité.</li> <li>- La formation de l'infirmière référente 1 semaine en octobre 2020 dispensée par Korian et faite par une infirmière hygiéniste sur le rôle du référent hygiène au sein de l'établissement.</li> <li>- La formations hygiène en interne spécifique à Korian : rappel des bases sur le lavage des mains/hygiène des mains, le port du masque chirurgicale/FFP2. La gestion des EPI en cas de covid présent dans le service et en secteur covid dédié, à l'attention de tous les salariés et stagiaires de Korian</li> </ul> <p>Est noté dans le RAMA 2020 la réalisation, sans précision, d'un audit sur l'hygiène et le risque infectieux par le bureau Véritas ainsi qu'une auto-évaluation KORIAN.</p> <p>Les professionnels ont informé la mission qu'il n'y a pas d'infirmière médicale d'hygiène intervenant dans l'EHPAD, le référent étant l'IDEC arrivée récemment. Le médecin coordonnateur dit faire référence à l'infirmière hygiéniste de l'HEGP en cas de besoins.</p> <p><u>Risques en termes de santé publique</u></p>	D312-158 CASF



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>1/Concernant la gestion de la crise sanitaire COVID-19, la mission a eu connaissance de façon non exhaustive de 4 épisodes épidémiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Episode 04/11/2020 au 08/01/2020 : 14 cas résidents dont 1 décédé et 8 professionnels</li> <li>- Episode 04/02/2021 au 19/02/2021 : 1 cas résident</li> <li>- Episode 16/08/2021 au 01/10/2021 : 35 cas résidents dont 2 hospitalisés et 5 décédés, 7 professionnels</li> <li>- Episode 28/11/2021 : 11 cas résidents et 11 cas professionnels</li> </ul> <p>Un document Retour d'expérience indique les mesures de gestion, avec notamment l'appui d'une visite organisée par le CPIas et l'infirmière hygiéniste et l'appui de la cellule contact Tracing</p> <p>2/ L'ARS IDF a enregistré 4 déclarations d'EI par la direction de l'EHPAD via le Système d'information Veille et Sécurité Sanitaire entre 2018 et 2021, relatifs à</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- - insuffisance respiratoire aigüe, relatif à 9 résidents</li> <li>- - une gastro-entérite aigue concernant 14 résidents</li> <li>- - un épisode de gale suspectée chez 13 résidents, 6 professionnels</li> <li>- - un épisode de gale confirmé chez 2 résidents</li> </ul> <p>La procédure et la culture de déclarations est connue et utilisée par les professionnels.</p>	
13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.	X			Les professionnels ont indiqué à la mission la réalisation de prescriptions médicales par le médecin coordonnateur auprès des résidents ainsi que l'administration de vaccin (grippe, covid 19).	D312-158 CASF
14° Elabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour mentionnée au I de l'article L. 311-4-1 <sup>32</sup> .	X			<p>Dans un dossier médical complexe consulté par la mission, il a été constaté la traçabilité des réunions interdisciplinaires concernant un résident ainsi que son PVI et les mesures particulières (volet soin)</p> <p>La mission n'a pas pu consulter pour ce résident l'annexe au contrat de séjour.</p>	D312-158 CASF

<sup>32</sup> Art L311-4-1 CASF : « I.-Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 ».

## D) Les soins individuels

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?	X		R	<p>Les soins sont prescrits par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. D'après le planning de soins des aides-soignantes transmis sur la journée du 17/2/22, la mission a constaté que les plans de soins sont établis sur 24 heures (jour et nuit). Les professionnels indiquent l'organisation suivante :</p> <p>-le jour : deux infirmiers diplômés d'état (IDE) assurent chacun les soins des résidents de 2 étages, soit entre 7H30 et 19H30 pour le 1<sup>er</sup> IDE, soit entre 8H et 20H pour le 2<sup>ème</sup> IDE ; 2 aides-soignants assurent les soins des résidents sur chaque étage entre 8H et 20H, organisation renforcée par une aide-soignante dite « volante » intervenant en soutien des équipes sur les 4 étages, entre 9H et 21H.</p> <p>-la nuit : un IDE assure les soins des résidents pour les 4 étages entre 19H45 et 7H45, accompagné de deux aides-soignantes présentes entre 20H et 7H30 pour l'une, et entre 20H30 et 8H pour l'autre, afin d'assurer les transmissions avec les équipes de jour<sup>33</sup>.</p> <p>La mission n'a pas été en mesure d'identifier la rythmicité des consultations/visites des médecins traitants auprès des résidents. Du reste il a été confirmé par le médecin coordonnateur qu'il n'y avait pas de régularité de ces visites.</p> <p>Le plan de soins est disponible et accessible pour les IDE et les AS dans le dossier informatique, chaque professionnel disposant de codes d'accès. Dans sa manipulation, au regard du nombre important d'onglets disponibles, l'outil nécessite une certaine appropriation pour extraire les informations cibles du plan de soins, et requiert une connaissance du logiciel par l'ensemble des professionnels. La mission s'interroge du reste sur le niveau d'appropriation de l'outil par l'ensemble des professionnels de soins y compris du médecin coordonnateur au vu des difficultés rencontrées lors de la visite pour obtenir des informations ciblées sur le plan de soins des résidents.</p> <p>Cela interroge la mission lorsque les soins sont assurés par un professionnel vacataire ou intérimaire.</p>	Article D. 312-155-0 2ème alinéa 20 du CASF

<sup>33</sup> Article D312-155-0 du CSP, Version en vigueur depuis le 27 décembre 2021, [Modifié par Décret n°2021-1797 du 23 décembre 2021 - art. 2](#).

« 1.-Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12 :

2° Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ;

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>La mission a constaté que l'édition sous format papier d'un plan de soins pour chaque résident pris en charge quotidiennement peut s'élever à une vingtaine de pages, rendant peu propice une édition papier pour une transmission écrite entre équipe de soins.</p> <p><b>Remarque n° 32 :</b> La mission a constaté le manque de visibilité pour un professionnel extérieur concernant le plan de soins de chaque résident</p> <p><b>Remarque n° 33 :</b> La mission n'a pas eu connaissance d'une procédure d'accès au plan de soins pour les professionnels vacataires ou intérimaires.</p>	
Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre les professionnels de la structure organisées et formalisées	X			<p>Une Infirmière coordinatrice IDEC exerce à temps plein au sein de l'EHPAD, en poste depuis décembre 2021, conformément à l'article R.4312-36 du CSP<sup>34</sup></p> <p>Les professionnels ont indiqué à la mission que les transmissions sont assurées entre les équipes de jour et de nuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-le matin : de 7H30 à 8H, entre l'aide-soignante de nuit et l'IDE de jour ;</li> <li>-le soir : de 19H45 à 20H entre l'IDE de jour et l'IDE de nuit</li> </ul> <p>Conformément au projet d'établissement 2019-2023, une réunion de transmission est assurée au quotidien à 15h30 pendant 15 à 30 min, réunissant IDE, aides-soignantes, aide-soignante gériatrie, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice IDEC, psychomotricienne. Les professionnels ont indiqué que n'y participent pas les professionnels libéraux intervenant au sein de l'EHPAD : médecins traitants, kinésithérapeute, orthophoniste.</p>	D312-158 CASF

<sup>34</sup> Article R4312-36 du CSP, version en vigueur depuis le 28 novembre 2016. Modifié par Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1 : « l'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Soins en psychomotricité		N	E	<p>La mission a noté la présence d'une psychomotricienne salariée de l'EHPAD qui exerce auprès des résidents.</p> <p>Les professionnels ont indiqué que ses interventions auprès des résidents et des professionnels étaient centrées sur les troubles de la marche, les risques de chutes, les troubles cognitifs, l'approche sensorielle (relaxation), au travers d'ateliers ou de séances individuelles.</p> <p>Les professionnels ont indiqué à la mission que les actes de la psychomotricienne sont décidés lors de réunions pluri professionnelles avec l'équipe de soins et font l'objet d'un consentement des résidents. En revanche, les interventions de la psychomotricienne ne sont pas prescrits par les médecins traitant, ce qui contrevient à l'article L4332-1 CSP <sup>35</sup></p> <p><b>Ecart n° 9 :</b>  <b>Les actes de psychomotricité sont dispensés auprès des résidents mais ne font pas l'objet d'une prescription médicale, ce qui contrevient à l'article L.4332-1 CSP.</b></p>	Article L4332-1 CSP
Coordination avec les professionnels de santé de ville		X	E/R	<p><u>Suivi par le médecin traitant</u> : les professionnels de l'EHPAD ont indiqué la présence d'échanges ponctuels avec quelques médecins traitants et le MEDEC, lors de leur venue pour certains dans l'EHPAD. Il a été indiqué qu'il n'y avait pas de</p>	

<sup>35</sup> Article L4332-1- CSP. Est considérée comme exerçant la profession de psychomotricien toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale.



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>véritables réunions de coordinations régulières entre le MEDEC et les médecins traitants.</p> <p><b>Suivi en kinésithérapie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans 3 dossiers médicaux/de soins informatisés de résidents, la mission a noté la présence de l'intervention d'un kinésithérapeute sans identification exacte de la personne sur [REDACTED]. Dans un autre dossier consulté la mission, sont notés des comptes-rendus en kinésithérapie au 5 mai 2021, 19 Août 2021, et le 15 février 2022. Il n'a pas été possible d'échanger avec l'un des kinésithérapeutes, ni d'échanger sur leurs pratiques au regard du temps imparti de la mission.</li> <li>- La mission a constaté la présence de prescription de séances de kinésithérapie dans un des deux dossiers de soins – résidents consultés, mais n'est pas en mesure de confirmer que les prescriptions sont systématiquement assurées pour chaque soin.</li> </ul> <p><b>Ecart n° 10 :</b>  <b>Concernant les transmissions notifiées dans le dossier de soins [REDACTED], la mission a constaté un défaut de traçabilité des suivis et bilans assurés par les kinésithérapeutes dans les dossiers des résidents consultés sur site, ce qui contrevient à l'article R.4321-91 CSP<sup>36</sup></b></p> <p><b>Suivi en orthophonie :</b> dans 2 dossiers médicaux/de soins informatisés de résidents, la mission a noté la présence de l'intervention d'une orthophoniste mais a constaté l'absence de traçabilité relative aux évaluations, bilans et suivis de l'orthophoniste. Or ces informations sont particulièrement importantes pour le suivi alimentaire des résidents.</p> <p><b>Remarque n° 34 :</b>  <b>Concernant les transmissions notifiées dans le dossier de soins [REDACTED], la mission a constaté un défaut de traçabilité des suivis et bilans assurés par l'orthophoniste dans les dossiers des résidents consultés sur site.</b></p>	

<sup>36</sup> Article R4321-91, Version en vigueur depuis le 06 novembre 2008, Création Décret n°2008-1135 du 3 novembre 2008 - art. 1, Indépendamment du dossier médical personnel prévu par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, le masseur-kinésithérapeute tient pour chaque patient un dossier qui lui est personnel ; il est confidentiel et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute. Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers de masso-kinésithérapie sont conservés sous la responsabilité du masseur-kinésithérapeute qui les a établis ou qui en a la charge. En cas de non-reprise d'un cabinet, les documents médicaux sont adressés au conseil départemental de l'ordre qui en devient le garant. Le masseur-kinésithérapeute transmet, avec le consentement du patient, aux autres masseurs-kinésithérapeutes et aux médecins qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
					<b>Ecart n° 11 :</b> La mission n'a pas été en mesure d'identifier la prescription d'orthophonie dans les dossiers de soins, ce qui contrevient à l'article L4341-1 <sup>37</sup> .	
Evaluation à l'admission	MMSE				Une évaluation médicale est assurée à l'admission par le médecin coordonnateur (MEDEC), tracée dans le dossier [REDACTED] avec les évaluations suivantes (voir infra) -évaluation des troubles cognitifs à partir de l'échelle MMSE -évaluation du risque d'escarres -évaluation de la douleur (4 échelles) -évaluation du risque de chute (échelle Get up and go) à l'admission par la psychomotricienne, puis par le kinésithérapeute à la demande de la psychomotricienne avec l'échelle Tinetti pendant le séjour -évaluation du risque de dénutrition (échelle et biologie – voir supra)	
Evaluation à l'admission	NPI-ES					
Evaluation à l'admission	Norton ou Braden (escarre)					
Evaluation à l'admission	OAG (état buccal)					
Evaluation à l'admission	GDS (dépression)					
Evaluation à l'admission	Comell (risque suicidaire)					
Evaluation à l'admission	Tinetti (risque de chute)					
PPS	Projet individuel/personnalisé de soins  Réévaluation pluridisciplinaires régulières pour chaque résident	X		R	Le RAMA 2020 indique un taux de projets de soins personnalisés de 80.88%, soit 55 projets versus 68 résidents présents sur cette période,  <b>Remarque n° 35 :</b> Il n'existe pas un projet de soins individualisé pour chaque résident.	
Les soins sont encadrés par des protocoles adaptés, diffusés aux équipes et appropriés par elles : notamment chute, conduite à tenir en cas d'urgence, soins palliatifs, fin de vie, dénutrition et douleur, escarres, dénutrition ?		X		R	La mission a constaté la présence de protocoles infirmiers édités par KORIAN, colligées dans un classeur, conformément à l'article R.4311-3 CSP <sup>38</sup> .  <b>Remarque n° 36 :</b> Le classeur des protocoles n'est pas localisé à une place précise du local de soins et par conséquent n'est pas identifié par tous les professionnels.	R4311-3 CSP  DGS/DGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007
Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci Les soins du résident peuvent être adaptés à ses besoins individuels :		X			La mission a pu consulter un dossier de résident dans le cadre d'une prise en charge en soins palliatifs dans un contexte de cancer : -une évaluation du GIR est tracée dans le dossier du résident : GIR 4 -la mission a constaté la prise en charge en lien avec un réseau de soins palliatif [REDACTED] et la prescription de morphiniques	L311-8 et 38 du CASF (palliatif), RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017.
Analyse des données issues du système de suivi informatisé des plans de soins			X		La mission a été destinataire d'un seul PV pour la commission de coordination gériatrique en date du 9/12/2021. Cet item n'y était pas abordé.	Commission de gériatrie arrêté 5 sept 2011

<sup>37</sup> Article L4341-1 CSP, Version en vigueur depuis le 28 avril 2021, Modifié par LOI n°2021-502 du 26 avril 2021 - art. 14. L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale. Il peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an

<sup>38</sup> R4311-3 CSP : « Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière ... peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Dossiers de soins	Protocole de soins individuels si indiqué en fonction pathologie	X			<p>Une extraction des suivis sur les 6 derniers mois a été demandée par la mission, sur le logiciel [REDACTED], transmise par le médecin coordonnateur.</p> <p>Apparaissent les éléments suivants :</p> <p><u>Suivi des contentions</u> : toutes ont fait l'objet d'une prescription par le MEDEC : 12 résidents bénéficient de barrières au niveau du lit ayant fait l'objet d'une prescription médicale, avec une surveillance établie toutes les 2 heures ; 3 résidents bénéficient d'une ceinture antichute</p> <p><u>Suivi des plaies et pansements</u> : sur une journée, 9 résidents étaient concernés par des pansements dont 3 avec des pansements complexes (artériel, cancer du sein et amputation)</p> <p><u>Continence</u> : les professionnels ont indiqué à la mission que les changes étaient assurés selon les troubles identifiés des résidents. Selon les résidents, un change est effectué par l'aide-soignante ; 3 à 5 protections sont disponibles quotidiennement par résident avec accès à un surplus si besoin auprès de l'IDEC</p> <p><u>Constipation</u> : les professionnels ont indiqué à la mission qu'une alerte est activée dans [REDACTED] en cas d'absence de transit pendant 2 jours</p>	Article D312-158- CASF DGS/DGAS/SFGG « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD », 2007
Dossiers de soins	Suivi de l'état cutané,					
Dossiers de soins	Suivi des plaies,					
Dossiers de soins	Suivi de la prise effective des repas,					
Dossiers de soins	Suivi de la continence					
Dossiers de soins	Suivi du transit (constipation)					
Dossiers de soins	Tracabilité de l'ensemble des soins d'hygiène sur l'ensemble de l'établissement sur une journée	X			<p>La mission a constaté dans le logiciel [REDACTED] la tracabilité effective et régulière des actes et soins effectués par l'équipe soignante AS et IDE suivant l'état de dépendance des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heure de distribution de médicaments</li> <li>- Surveillance en chambre toutes les 2 heures pour risque de chute (passages 20h, 22h, 0h, 2h, 4h, 6h et 8h) ; Mettre le lit le plus bas et tapis au sol</li> <li>- Change complet avec l'horaire précisé ( de 3 à 5 changes par jour )</li> <li>- Bas de contention</li> <li>- Contention (barrière de lit)</li> <li>- Toilette aide partielle ou aide complète, douche aide partielle ou aide complète</li> <li>- Habillage aide complète ou aide partielle / Déshabillage aide complète ou aide partielle</li> <li>- Echelle ALGOPLUS</li> <li>- Déambulateur,</li> <li>- Installation dans le fauteuil roulant,</li> <li>- installation petit déjeuner (8h) en chambre</li> </ul>	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repas : Précision type de repas (enrichi protéines, régime haché, eau plate), repas surveillance ( 12h et 18h), aide à aux repas, aide boire ou surveillance hydratation</li> <li>- Hygiène : réfection du lit, nettoyage du fauteuil roulant</li> <li>- Appareil bucco-dentaire (8H mettre colle, 19 h ôter appareil pour la nuit)</li> <li>- Troubles de la déglutition : il a été repéré en salle à manger le positionnement de tabourets permettant aux différents personnels soignants de surveiller les repas et les résidents avec des problèmes de déglutition.</li> </ul>	
PEC Urgences	X		X	<p>3 dossiers DLU ont été transmis à la mission d'après [REDACTED], leur contenu est issu d'une extraction dans le logiciel. Il est constaté que le contenu des DLU n'est pas établi selon une priorisation des événements : il n'y a pas à l'évidence de véritable synthèse médicale qui reste très détaillée sur 20 à 40 pages.</p> <p>Les professionnels de soins rencontrés par la mission indiquent que l'outil [REDACTED] présente un problème d'ergonomie, qu'il n'est pas adapté à une saisie rapide des faits et événements, que son usage reste complexe rendant son appropriation inégale par l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Le DLU demeure accessible par l'IDE et PAS, 24H/24 ; 7J/7.</p> <p>En cas d'hospitalisation, les professionnels de soins ont indiqué à la mission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-qu'un courrier et un document de synthèse sont rédigés par le médecin coordonnateur, au regard de la complétude du DLU,</li> <li>-qu'un dossier cartonné comportant systématiquement tous les éléments d'information nécessaires à savoir les différents comptes-rendus et examens nécessaires accompagne tout résident dans ses transferts ou consultations externes.</li> </ul> <p>La mission a constaté que la transmission informatique des données et informations médicales entre professionnels de santé n'est pas mise en œuvre ni privilégiée.</p> <p>La mission a constaté qu'il n'y a pas d'astreinte médicale la nuit et le week-end. Ce dernier reste toutefois joignable par téléphone en dehors de ses heures de présence. En cas d'urgences, les professionnels de soins ont indiqué que l'IDE de nuit contacte les Urgences Médicales de Paris ou le 15. La procédure n'a pas été communiquée à la mission.</p> <p><b>Remarque n° 37 :</b> La mission constate qu'il n'y a pas de procédure d'appel formalisée en cas d'urgence survenant la nuit.</p>	



Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
PEC urgences	Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés	X			<p>La valise d'urgence, qui se présente sous la forme d'un sac à dos d'urgence, est présente dans le local à pharmacie ; son contenu était scellé le jour de la visite de la mission.</p> <p>La mission a constaté la présence de 2 dispositifs à O2 dans le local à pharmacie.</p> <p>Il a été indiqué à la mission qu'un défibrillateur cardiaque est présent au rez-de-chaussée ; la mission n'a pas été en mesure de s'assurer du bon fonctionnement du défibrillateur au regard du temps imparti pour la mission.</p> <p>La mission a constaté dans le local à pharmacie, la présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-une liste intitulée « liste Dotation Urgence vitale charriot-sac d'urgence EHPAD » notifiant notamment des thérapeutiques, un appareil et des sondes d'aspiration.</li> <li>-la vérification de la dotation contenue dans le sac d'urgence, assurée une fois par mois et tracée sur un support papier.</li> <li>-une fiche de traçabilité de l'ouverture du sac d'urgence, traçant les dates d'ouverture <sup>39</sup>. Les dernières dates d'ouverture constatées ont été le 1/12/2021 et le 1/02/2022 pour des audits qualifiés ou une vérification du contenu du sac assuré par l'IDE.</li> <li>-la liste des personnes habilitées à l'usage du sac d'urgence</li> <li>-une procédure relative à la gestion du sac d'urgence en date du 13/1/2021, indique la vérification trimestrielle des péremptions et du contenu du sac d'urgence</li> </ul>	Article D312-158 13°) CASF
Etat cutané, pansements					<p>La mission a constaté la mise à disposition d'un protocole infirmier (« N°17, plaie cutanée »)</p> <p>Les professionnels ont indiqué la mise à disposition de matelas préventif anti-escarre à air.</p> <p>Les professionnels ont indiqué l'intervention de l'HAD lorsque la durée du pansement est estimée à plus de 30 min.</p> <p>Une évaluation tracée de la mise à disposition révélait sur [REDACTED] que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-13 résidents sur les 75 présents bénéficiaient d'un matelas anti escarres à air.</li> <li>-2 pansements anti escarres réalisés le jour de la mission</li> </ul>	
% résidents avec matelas anti-escarre						
Evaluation psychologique et psychiatrique ressources et partenaires identifiés en gérontopsychiatrie					<p>Une psychologue salariée à hauteur de 80% ETP est présente sur site pour la prise en charge des résidents.</p>	RBPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, 2014.

Points abordés et constatés lors de l'inspection		O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Contentions	Nombre de contentions prescrites	X			Une extraction des suivis sur les 6 derniers mois a été demandée par la mission, sur le logiciel [REDACTED] transmise par le médecin coordonnateur.	Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé
Contentions et tracée	Prescription médicale des contentions vérifiable et tracée				Apparaissent les éléments suivants :	Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ANAES octobre 2000
Contentions	Existence de contentions effectuées au delà de la limite de prescription				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les contentions proposées au sein de l'EHPAD sont la mise en place de barrières, de grenouillères avec une surveillance toutes les 2 heures y compris la nuit de l'équipe de soins</li> <li>- Les entretiens menés auprès des professionnels indiquent que les contentions sont réévaluées par le médecin coordonnateur en lien avec le consentement des familles et les résidents</li> <li>- Les professionnels ont indiqué à la mission que cette contention fait l'objet d'une prescription médicale du médecin coordonnateur, revue périodiquement tous les 2-3 jours</li> <li>- Présence d'une contention type grenouillère prescrite pour 3 résidents présentant un risque de chute et d'une contention avec barrière de lit pour 12 résidents.</li> </ul>	
Contentions	% de résidents sous contention (=nb contentions/nb présents)				La mission n'a pas été en mesure d'identifier si cette contention fait l'objet d'une annexe au contrat de séjour conformément au décret N°2016-1743 du 15 décembre 2016 <sup>40</sup>	Décret N°2016-1743 du 15 décembre 2016
Contentions	% d'accord recherché pour les contentions (= hors "urgence")					
Douleur	% de résidents qui ont eu au moins une évaluation de la douleur depuis 6 mois	X		R	Une extraction des suivis sur les 6 derniers mois a été demandée par la mission, sur le logiciel [REDACTED] transmise par le médecin coordonnateur.	Article L1110-5 CSP, article L1112-4 CSP, Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999, Guide méthodologique Le déploiement de la bientraitance Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte, 2012.
Douleur					Apparaissent les éléments suivants : -20 résidents sur les 75 admis ont fait l'objet d'une évaluation de la douleur avec 4 échelles distinctes utilisées (EVA, EVS, Algoplus, et EN) Les entretiens menés par les professionnels ont indiqué que l'évaluation de la douleur était assurée pour les patients douloureux et présentant un contexte clinique particulier et non pas systématiquement.	
					<b>Remarque n° 38 :</b> <b>L'évaluation de la douleur n'est pas systématiquement effectuée et tracée.</b>	
Odontologie	Consultations d'odontologie sur place	X			La mission a constaté l'organisation de consultation en odontologie sur place pour les soins de 1 <sup>ère</sup> intention. Mais la convention avec ce professionnel ne nous a pas été communiquée.	

<sup>40</sup> Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées. « Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir »

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Nutrition % de résidents dénutris (Netsoins® permet de les identifier automatiquement en classant la dénutrition en « sévère » ou « modérée » cf. image ci-dessous)</p> <p>Nutrition Nombre de résidents avec régime protéiné et hypercalorique</p> <p>Nutrition date dernière réunion technique entre les services « soins » et « cuisine » (pour renforcer l'enrichissement des repas)</p> <p>Nutrition date dernière intervention d'un diététicien</p>	X		R	<p>Nutrition : il a été indiqué par les professionnels qu'une évaluation mensuelle est effectuée et tracée dans [REDACTED]</p> <p>Troubles de la déglutition : le constat est assuré préférentiellement par les aides-soignantes lors de l'aide au repas, puis fait l'objet d'une transmission orale aux IDE</p> <p>Une synthèse sous forme de recueil alimentaire a été transmise à la mission. Cependant les informations tracées ne sont pas toutes mises à jour pour certains résidents. Par exemple : régimes établis en 2020 non réactualisés (6 résidents avaient un régime réactualisé en 2022, 8 en 2021)</p> <p>Il semble que les informations sur les résultats biologiques ne sont pas toujours croisées avec les informations sur le type de régime riche en protéines ou en calories. Les professionnels ont indiqué que le cuisinier participait à l'enrichissement des repas, en parallèle des compléments nutritionnels délivrés aux résidents.</p> <p>Remarque n° 39 : Les informations tracées ne sont pas toutes mises à jour.</p>	

## E) La prise en charge médicamenteuse

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
L'autonomie de chaque résident par rapport à sa PECM a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi	X			La mission a constaté que la liste des résidents sans aide à la prise des médicaments est disponible. Il faut pour cela s'en référer au plan de soins des AS et des IDE	
Les résidents "à risque" (troubles déglutition, troubles cognitifs,....) ont été identifiés :	X			Les résidents avec troubles de la déglutition sont répertoriés et mentionnés sur le recueil alimentaire et sont également signalés sur plan de soins des AS. Le personnel de soins est formé pour la surveillance de ces troubles et les gestes à réaliser.	
Convention avec une officine pharmaceutique				Voir infra- chapitre « Conventions »	L.5126-6-1 CSP LR.5126-112 CSP
Date de la dernière réunion d'évaluation de la convention signées avec le pharmacien d'officine (avec CR)		X	R	La convention est en date du 22/2/2012. La mission n'a pas été destinataire de réunion d'évaluation signées avec le pharmacien d'officine (avec CR)	



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p><b>Remarque n° 40 :</b>  <b>La mission n'a pas été destinataire de comptes-rendus de réunion d'évaluation signés avec le pharmacien d'officine.</b></p>	
Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence.		X	R	<p>Selon le projet d'établissement 2019-2023, il existe une dotation de médicaments de secours établie par le MEDEC pour pouvoir débiter un traitement prescrit sans délai en dehors des créneaux d'ouverture du local à Pharmacie.</p> <p>La mission a constaté la présence d'un stock effectif de médicaments mais n'a pas identifié la liste effective des médicaments constituant la dotation de secours.</p> <p><b>Remarque n° 41 :</b>  <b>Absence de liste effective de médicaments ainsi que pour la dotation de secours.</b></p>	<p>L5126-6, R5126-108, 112 CSP, D312-158 13°) CASF</p> <p>Dotation besoins urgents OMEDIT-ARS Normandie : Dotations pour besoins urgents dans les EHPAD sans PUI dans le cadre de la pandémie COVID-19, 27/04/2020</p>
Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.		X		<p>Selon la convention établie entre la pharmacie d'officine et l'EHPAD, est noté que le référent sur la prise en charge médicamenteuse est l'IDEC en lien avec le MEDEC.</p> <p>L'IDEC réalise des astreintes, elle est en poste depuis 2 mois après une vacance de ce poste de 8 mois.</p> <p>La mission a été destinataire d'une procédure du circuit du médicament au sein de l'EHPAD, disponible sur le logiciel [REDACTED] que la mission n'a pas eu l'occasion de consulter. Les professionnels ont indiqué à la mission que la procédure était connue mais n'ont pas été en mesure de la remettre à la mission. Cette procédure a été transmise à posteriori du jour de la mission</p> <p>A noter : il n'y pas de pharmacien ni de préparateur en pharmacie sur site, l'EHPAD n'étant pas doté de PUI.</p>	
Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription : si oui, laquelle (source, origine du document) et préciser le nombre de médecins l'utilisant		X	E	<p>Dans le projet d'établissement 2019-2023, il est fait référence à un livret du médicament 3ème édition datant de 2016, basé sur des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, des articles critiques de la revue prescrire pour le choix des molécules de référence. Ce livret n'a pas été remis à la mission, ni par les professionnels rencontrés, ni par la direction.</p> <p>Il a été indiqué à la mission que ce livret du médicament a été remis aux médecins traitants lors de la commission gériatrique annuelle, sans pouvoir identifier combien de médecins traitants l'utilisaient.</p> <p><b>Ecart n° 12 :</b>  <b>Absence de livret thérapeutique utilisé pour la prescription des médicaments,</b></p>	<p>article L. 5126-6 du code de la santé publique ;</p>



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<b>de liste de morphiniques, à utiliser préférentiellement ; absence de liste de médicaments écrasables.</b>	
Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.		X	R	<p>Il existe une procédure<sup>41</sup> relative aux médicaments écrasables. Seul le conditionnement et la forme galénique du médicament est abordés dans cette procédure. La mission n'a pas été en mesure de vérifier si cette procédure est appropriée des IDE.</p> <p>La mission n'a pas eu accès à une liste nominative des médicaments à ne pas écraser. Les professionnels ont indiqué que cette forme d'administration porte sur les médicaments de forme orale sèche en EHPAD, pour les patients présentant des troubles de déglutition ou présentant une dysphagie.</p> <p><b>Remarque n° 42 :</b> <b>La mission a constaté l'absence d'enregistrement de la distribution.</b></p>	
Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?		N		<p>Le temps dédié à la préparation des médicaments effectués par les IDE n'a pas été communiqué.</p> <p>Les professionnels ont indiqué à la mission que les traitements de fonds étaient préparés et conditionnés par la pharmacie d'officine sous la forme de pilulier nominatifs pour une durée de 1 mois.</p>	
La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée		N	R	<p>D'après le projet d'établissement 2019-2023, il existe une autoévaluation réalisée avec une grille d'évaluation du circuit du médicament au sein du groupe KORIAN. Cette autoévaluation fait l'objet par la suite d'actions correctives recensées dans le PAQ GR. Nous n'avons pas le retour de cette évaluation ni l'ensemble des mesures correctives mises en application.</p> <p>Dans la procédure<sup>42</sup> transmise à la mission, est noté p5 « à réception des piluliers sécurisés, un contrôle aléatoire d'un échantillon de 20% minimum est effectué et tracé avec signature sur le document dédié pour le contrôle des piluliers. Ce document (bon de vérification de concordance) est conservé pour une durée de 3 mois ». La mission n'a pas eu connaissance de cette procédure par les équipes soignante IDE ni du bon de vérification de concordance.</p> <p><b>Remarque n° 43 :</b> <b>Absence du document « bon de vérification de concordance », comme indiqué dans la procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD », 13/1/2020.</b></p>	

<sup>41</sup> KORIAN, Procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD », 13/1/2020, 10 p.

<sup>42</sup> KORIAN, Procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD », 13/1/2020, 10 p.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Il existe un double contrôle de la préparation des doses à administrer (PDA)		X		Il n'a pas été possible de le vérifier	
Organisation de la distribution des médicaments; modalités de préparation et vérification des doses à administrer		X	R	<p>La procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD », 13/1/2020 indique P8 : « la distribution est tracée dans le DRI ou, à défaut, sur la fiche de distribution ».</p> <p>La mission a constaté que la distribution et la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments étaient assurées par l'IDE dans la salle de restauration (repas du soir) vers 18H. Le charriot à médicament contenant les piluliers nominatifs notamment, est descendu dans la salle de restauration, sur lequel figure le classeur des ordonnances papier, afin de vérifier prescription et les dosages (par l'IDE).</p> <p>A noter : Selon le projet d'établissement, en début d'année il est réalisé une auto évaluation du circuit du médicament.</p> <p><b>Remarque n° 44 :</b>  <b>La mission a constaté l'absence d'enregistrement de la distribution, tout comme l'absence d'enregistrement de leur administration.</b></p>	<p>R.4311-4 CSP<sup>43</sup></p> <p>Recommandations de bonne pratique ARS-ARA<sup>44</sup></p>
Respect de l'observance du traitement prescrit lors de l'administration		X		Du fait du manque de traçabilité de la prise des médicaments il n'y a pas de moyen de s'assurer de l'observance des traitements.	
Organisation de la vérification de l'effectivité de la prise des médicaments		X		<p>Il n'y a pas d'organisation précise de l'effectivité de la prise des médicaments.</p> <p>Dans la procédure relative au circuit du médicament de l'EHPAD – P7<sup>45</sup>, il est indiqué que l'administration est assurée par l'IDE et de façon exceptionnelle par délégation auprès de l'AS. Ce point a été également indiqué par les professionnels rencontrés.</p>	

<sup>43</sup> Article R4311-4, Version en vigueur depuis le 26 juillet 2021, Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1 : Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

<sup>44</sup> ARS ARA. Guide de bonnes pratiques. Circuit du médicament en EHPAD, mars 2012 MAJ septembre 2017, 43 p. « Il est recommandé que ce soit la même personne qui assure, avec les vérifications propres à chaque étape : - la distribution ; - l'administration ou l'aide à la prise des médicaments ; - l'enregistrement de l'effectivité de la prise de chaque médicament »

<sup>45</sup> « L'aide à la prise des médicaments, la vérification de leur prise et la surveillance de leurs effets font partie du rôle propre de l'IDE. Si le recours à une personne (non IDE) pour l'aide à la prise, au titre de l'aide aux gestes de la vie quotidienne, est bien prévu dans le décret du 11 février 2002 (article 4) et dans la circulaire N°99-320 du 4 juin 1999, elle est déconseillée. Ce recours doit donc rester exceptionnel et être très encadré. Par exception, l'IDE pourra déléguer l'acte d'administration à un aide-soignant diplômé. Dans ce cas, l'acte demeure sous la responsabilité de l'IDE (selon l'article R. 4311-4 du Code de santé publique). Une liste des personnes habilitées à la Distribution/Dispensation doit être disponible et mise à jour régulièrement.

76/107

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>A noter que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il y a au total 75 résidents répartis sur les 5 étages, 2 IDE la journée et 1 IDE la nuit.</li> <li>-il est estimé que 17 résidents sur le 1er étage ont besoin d'une aide pour la prise du traitement.</li> </ul> <p><sup>46</sup>Ces résidents sont poly pathologiques et poly médicamenteux, et qu'ils ont en moyenne 9 médicaments à prendre durant la journée, il est peu probable que l'administration des médicaments soit réalisée uniquement par les IDE.</p> <p>Au niveau du PASA (6ème étage), les professionnels ont indiqué que les médicaments sont préparés et écrasés par les IDE qui remettent la pochette de médicaments aux ASG. Ces dernières doivent faire un retour d'information oral aux IDE sur la prise des médicaments.</p> <p><b>Remarque n° 45 :</b>  <b>Il n'y a pas d'organisation précise de l'effectivité de la prise des médicaments.</b></p>	
L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") :				<p>La procédure relative au circuit du médicament « Administration des médicaments en EHPAD », 13/1/2020 indique P8 : « <i>Toute administration non réalisée fait l'objet d'une transmission dans son dossier et est communiqué rapidement au médecin prescripteur ainsi qu'au MEDEC et à l'IDEC</i> », point confirmé par les professionnels lors des entretiens.</p> <p>La mission a constaté qu'il n'y a pas d'enregistrement de l'administration. Selon les professionnels rencontrés le jour de l'inspection, la non administration serait mentionnée dans les transmissions.</p> <p>La mission a constaté qu'il n'existe pas de traçabilité de la prise des médicaments réalisée par les équipes d'IDE dans le DRI informatique ; de façon inconstante et majoritairement non tracée sur le fiche de distribution papier transmise par la pharmacie d'officine (voir photo</p> <p><b>Remarque n° 46 :</b>  <b>La mission a constaté l'absence d'enregistrement relatif à l'administration des médicaments aux résidents, favorisant une absence de sécurité du circuit du médicament avec un risque potentiel d'erreur médicamenteuse.</b></p>	

L'IDE doit s'assurer que les aides-soignants travaillant sous sa responsabilité ont les connaissances, la compétence et l'information nécessaires pour assurer cette tâche (notamment les nouveaux salariés ou les vacataires).

<sup>46</sup> Tableau de bord Netsoins ® - Extraction des données du 1/1/2021 au 31/12/2021 – EHPAD Champs de Mars – Document transmis à la mission par 'EHPAD



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Modalités de mise en œuvre des modifications de prescriptions avant l'échéance du terme de la préparation hebdomadaire	X			Dans le projet d'établissement 2019-2023, l'informatisation des ordonnances faisait partie des points d'amélioration. A ce jour, cela n'est toujours pas mise en place et exécuté par les médecins traitants qui suivent les résidents dans l'EH PAD. Les IDE faxent toutes les modifications des ordonnances au pharmacien d'officine. Les supports papiers Médissimo assurant la traçabilité de l'administration ne sont pas utilisés ni remplis par les IDE et par conséquent ces documents ne sont pas remis au pharmacien d'officine.	Article R4235-48 CSP <sup>47</sup>
Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS y.c pour les administrations de nuit)		X	E	Si le recours à une personne (non IDE) pour l'aide à la prise, au titre de l'aide aux gestes de la vie quotidienne, est bien prévu dans le décret du 11 février 2002 (article 4) et dans la circulaire N°99- 320 du 4 juin 1999, elle est déconseillée. Ce recours doit donc rester exceptionnel et être très encadré.  Par exception, l'IDE pourra déléguer l'acte d'administration à un aide-soignant diplômé. Dans ce cas, l'acte demeure sous la responsabilité de l'IDE (selon l'article R. 4311-4 du Code de santé publique). Une liste des personnes habilitées à la Distribution/Dispensation doit être disponible et mise à jour régulièrement. Or cette liste n'a pas été communiquée lors de l'inspection.  L'IDE doit s'assurer que les aides-soignants travaillant sous sa responsabilité ont les connaissances, la compétence et l'information nécessaires pour assurer cette tâche (notamment les nouveaux salariés ou les vacataires).	Articles R. 4311-3 et -4 CSP <sup>48</sup>

<sup>47</sup> Article R4235-48, Version en vigueur depuis le 08 août 2004,

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;

3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

48 Article R4311-4, Version en vigueur depuis le 26 juillet 2021, Modifié par Décret n°2021-980 du 23 juillet 2021 - art. 1 : Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3. L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Dans la procédure circuit du médicament, est noté : « Il s'agit d'une délégation de tâche qui doit obéir à des règles strictes détaillées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les aides-soignants sont diplômés et identifiés sur la liste de personnes habilitées.</li> <li>• Les médicaments ont été préalablement préparés par l'IDE en respectant l'intégrité du pilulier.</li> <li>• Certains traitements ne pourront jamais être administrés par un aide-soignant <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitements injectables,</li> <li>• Collyres,</li> <li>• Traitements à des résidents jugés cliniquement « instables ».</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ecart n° 13 :</b>  <b>La mission constate l'absence de procédure de délégation de tâche concernant la distribution des médicaments aux AS.</b></p>	
Existence d'un protocole spécifique pour l'aide à la prise de traitement par le personnel d'aide à la vie courante		X		Document non communiqué lors de l'inspection.	L313-26 CASF
Les IDE participent à la prise des médicaments lors des repas ? Seules les AS réalisaient l'aide à la prise ?	X			Lors du repas du midi et du soir en salle à manger, la mission a pu assister à la délivrance des médicaments par les IDE	
Coffre pour produits stupéfiants	X			Vérification de l'existence du coffre pour stupéfiants fermant à clé et installé dans le local à pharmacie accessible aux IDE avec un code de porte spécifique La clé du coffre est enfermée dans une boîte avec un code rangée dans le même tiroir qui contient le carnet à souche	Article R.5132-26
Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants	X			La mission a constaté le report des administrations des stupéfiants sur le registre de traçabilité, de façon conforme. Il ne doit pas être raturé ou surchargé. Or en date du 7 février une dose supplémentaire de [REDACTED] a été administrée pour une patiente traitée pour un cancer et la dose inscrite présentait une écriture surchargée.	Article R5132-36 CSP
La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants ?				Il n'a pas été possible de le vérifier sinon de s'assurer auprès des IDE que cela était bien réalisé	
Stockage des médicaments		X	R/E	<p><b>Ecart n° 14 :</b>  <b>La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament par le pharmacien assurant leur délivrance ne sont pas assurés de façon optimale concernant le stockage des médicaments (classement et stockage à risque d'erreur médicamenteuse)<sup>49</sup>.</b></p>	<p>Article R4235-48 CSP</p> <p>ARS Normandie- OMEDIT Normandie. Qualité de la prise en</p>

<sup>49</sup> Article R4235-48 CSP, Version en vigueur depuis le 08 août 2004

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;

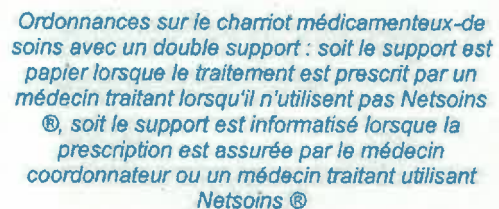
3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>Remarque n° 47 :</p> <p>Le local de stockage des médicaments n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques, et comporte en conséquence un risque d'erreur médicamenteuse en termes de classes thérapeutiques et de respect de posologie<sup>50</sup>.</p>	charge médicamenteuse en EHPAD, 2018, 144 p

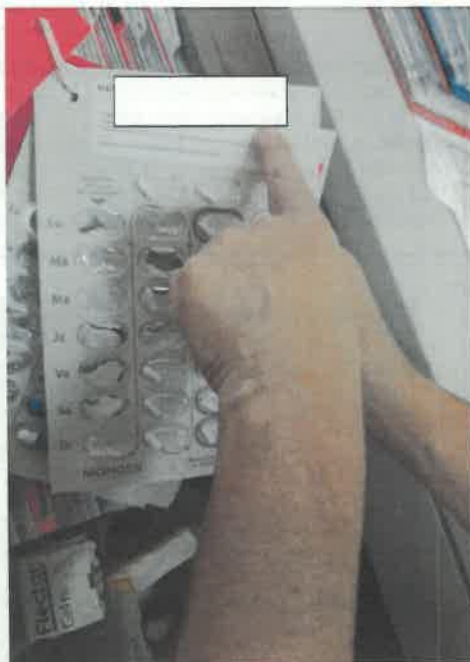
Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

<sup>50</sup> ARS Normandie- OMEDIT Normandie. Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD, 2018, 144 p. « Le stockage doit limiter les risques de confusion (forme galénique, dosage, concentration) : en harmonisant les étiquetages, en aménageant les locaux, en responsabilisant le personnel et en nommant un référent pour la gestion du stock, les retours des médicaments (périmés ou non utilisés ou en surstock) à la pharmacie ».

80/107



KORIAN Champs de Mars, 13/1/2020



*Pilulier nominatif transmis par la pharmacie d'officine mensuellement pour un résident*

*Feuille de traçabilité d'administration des médicaments par l'IDE –transmise par la pharmacie d'officine : inconstamment tracée*





*Médicament distribué nominativement par la pharmacie d'officine ayant passé convention avec l'EHPAD : prescription effective jusqu'au 11/4/2021 et non récupéré par la pharmacie en vue de les détruire.*



*Médicament distribué nominativement par la pharmacie d'officine ayant passé convention avec l'EHPAD : prescription effective jusqu'au 7/11/21 et non récupéré par la pharmacie en vue de les détruire  
Date de péremption valide vérifiée par la mission*

*Dates valides de péremption de 2 médicaments vérifiées par la mission*

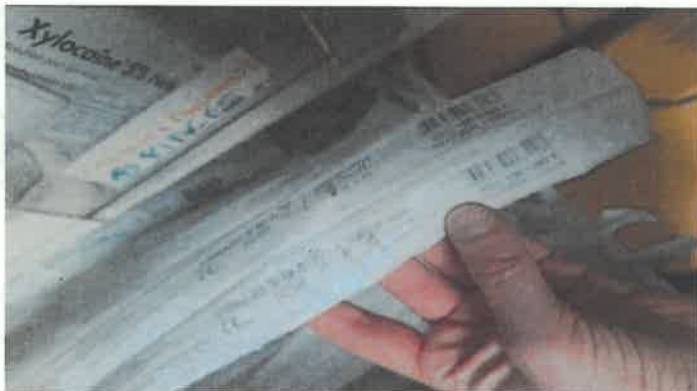


*Stockage par « famille thérapeutique » de médicaments dans le local à pharmacie, qui ne fait pas l'objet d'un classement par dénomination commune internationale ou par dosage.*



*Elimination des médicaments ayant fait l'objet d'une prescription nominative ET non utilisés dans le carton bleu, stocké dans le local à pharmacie, qui ne fait pas l'objet d'une élimination systématique, conformément à la convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine*





Présence de sonde d'aspiration  
avec une **date de péremption  
dépassée (01-2021)**, stockées  
dans le local à pharmacie

#### **F) Conventions avec les professionnels de ville libéraux et avec les partenaires extérieurs**

La mission a identifié dans le parcours des résidents l'intervention de plusieurs professionnels libéraux, comme précisé dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD p 5  
« Chaque résident peut faire appel au médecin ou professionnel libéral de son choix ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Professionnels et structures de ville intervenant au sein de l'EHPAD  Médecin traitant <sup>51</sup>		X	E	<p>Les médecins n'ont pas signé de charte avec l'EHPAD, conformément à ce qui a été renseigné dans le RAMA 2020, et confirmé par les professionnels. La mission a été destinataire d'une seule convention signée entre l'EHPAD et un médecin traitant en date du 14/10/2011, toujours identifié comme intervenant dans la structure.</p> <p>Il est indiqué par les professionnels l'absence de convention signée entre l'EHPAD et les médecins traitants, au regard, selon les indications des professionnels, de leur souhait de ne pas se lier à une structure (voir infra).</p> <p>Une proposition de signature de la convention avec les médecins traitants a été inscrites dans le RAMA 2020 et confirmée lors des entretiens professionnels.</p> <p><b>Ecart n° 15 :</b> <b>Les médecins traitants n'ont pas signé de convention avec l'EHPAD, à l'exception d'un médecin traitant.</b></p>	<p>Article D312-158 CASF</p> <p>Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, article 1</p>
Pharmacien d'officine	X		R	Conformément au projet d'établissement 2019-2023, la mission a été destinataire de la convention entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine, conformément au projet d'établissement 2019-2023, au RAMA 2020 et aux entretiens menés auprès des	<p>L.5126-10 CSP</p> <p>LR.5126-112 CSP<sup>53</sup></p>

<sup>51</sup> Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, article 1. « Les contrats signés par les professionnels de santé, médecins traitants et masseurs-kinésithérapeutes, exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sont conformes aux contrats types fixés en annexe du présent arrêté ».

<sup>53</sup> Article R5126-112 CSP, Version en vigueur depuis le 06 juin 2020, [Modifié par Décret n°2020-672 du 3 juin 2020 - art. 14](#). « Les pharmaciens d'officine et les personnes légalement habilitées à les remplacer, assister ou seconder peuvent dispenser au sein des établissements mentionnés au 3° de l'article [R. 5126-1](#) les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article [L. 4211-1](#) et les dispositifs médicaux stériles dans les conditions prévues aux articles [R. 5125-50](#) à [R. 5125-52](#) sous réserve, pour les médicaments mentionnés à l'article [R. 5132-1](#), qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale ou d'une prescription ou d'un renouvellement de prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article [R. 4301-3](#) ».



Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>professionnels, avec le pharmacien d'officine pour encadrer la prise en charge médicamenteuse, conformément à l'article L.5126-10 CSP<sup>52</sup>.</p> <p>La convention d'officine est datée du 22/2/12, pour une durée d'une année, tacitement reconduite chaque année, et non réactualisée depuis. La dotation n'a pas été réévaluée, ni son mode de transmission ; elle comporte les noms et fonctions de professionnels référents qui ne sont plus actualisés.</p> <p>Remarque n° 48 :  <b>La convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine n'a pas été actualisée depuis le 22/2/2012, et comporte des éléments nécessitant une mise à jour (nom des référents, mode de transmission des informations pharmaceutiques, etc).</b></p> <p>Ladite convention précise les engagements ci-dessous de la pharmacie d'officine envers l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispensation aux résidents concernés tous les médicaments et produits mentionnés à l'article L.4211 – 1 du Code de santé publique</li> <li>- Conditions d'une bonne organisation de la dispensation aux résidents</li> <li>- Transmission des ordonnances par numéro de fax</li> <li>- Livraison assurée une fois par semaine et en cas</li> <li>- Continuité de la livraison le week-end avec la pharmacie de garde</li> </ul>	

<sup>52</sup> Article L5126-10 CSP, Version en vigueur depuis le 01 juillet 2017, **Modifié par Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 - art. 1**, I.-Lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement, service ou organisme relevant du III de l'article L. 5126-1 qui n'est pas partie à un groupement hospitalier de territoire ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire mentionné au 4° de l'article L. 6133-1 ou à l'article L. 6133-7 ne justifient pas l'existence d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et les dispositifs médicaux stériles peuvent, par dérogation aux articles L. 5126-1 et L. 5126-7, être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement. II.-Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement de coopération sociale et médicosociale gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en produits de santé mentionnés au I de l'article L. 5126-1 des personnes hébergées en leur sein. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmacothérapeutique.

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements au directeur général de l'agence régionale de santé ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et, par les pharmaciens, au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix. Les conventions sont conformes à une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance des dates de péremption et de conservation des médicaments détenus par l'EHPAD à des fins de soins urgents, par l'intermédiaire d'un personnel dédié au moins 2 fois par an</li> <li>- Récupérer les médicaments et les piluliers non utilisés selon la réglementation applicable au MNU (article 14).</li> <li>- Engagement de l'EHPAD à disposer d'un local réservé à la réception et au stockage, permettant d'assurer la conservation et la sécurité des médicaments, avec un dispositif fermé à clé et seulement accessible aux médecins et IDE. (Local fermant à clé existant article 5126-109 du CSP) :</li> <li>- Engagement des 2 parties à un suivi semestriel de la prestation pharmaceutique</li> <li>- Désignation nominative de référents dans les 2 structures : personne dédiée docteur en pharmacie désignée par le pharmacien d'officine et IDEC en EHPAD. La mission a constaté que l'IDEC nominativement désignée dans la convention n'exerce plus sur le site de l'EHPAD le jour de la mission ; la personne dédiée docteur en pharmacie n'a pas été évoquée dans nos échanges avec l'équipe de soins rencontrée.</li> </ul> <p>Remarque n° 49 : La mission constate l'absence de suivi semestriel de la prestation pharmaceutique mentionnée dans la convention et établie entre la pharmacie d'officine et l'EHPAD afin de préparer la réunion du CCG, conformément à l'article 16 de ladite convention.</p> <p>Ecart n° 16 : La mission n'a pas été destinataire de l'information selon laquelle le pharmacien d'officine collabore avec les médecins traitants, à l'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmacothérapeutique, et qui est établie par le médecin coordonnateur suivant l'article D. 313-158 du CASF.</p> <p>Ecart n° 17 : Présence dans le local à pharmacie de nombreux médicaments identifiés nominativement pour une période de 1 mois, précisant des dates largement dépassées (2021, 2020) ; et mélangés avec la dotation globale.</p> <p>Remarque n° 50 : La mission constate un non-respect de l'identitovigilance. Les noms des</p>	

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p>résidents figurent: sur les piluliers présents dans le chariot de dispensation médicamenteuse. Toutefois les photos des résidents ne sont pas toutes associées. Cela ne permet pas au personnel intérimaire de s'y retrouver.</p> <p>Ecart n° 18 : Il n'a pas été présenté un cahier de liaison pour répondre aux obligations de suivi régulier et d'intervention de proximité de la pharmacie d'officine avec le recueil des différentes observations des personnels. La pharmacie doit avoir accès à ce cahier de liaison (article 13 de la convention et article R 4235-48 du CSP).</p> <p>Remarque n° 51 : Le circuit des demandes de modification ou de prescriptions médicamenteuses transmises à la pharmacie d'officine par FAX n'offre pas les garanties suffisantes nécessaires de traitement et d'exécution dès réception des demandes par la pharmacie et ne permet pas de justifier de la traçabilité de la bonne réception des demandes ; qui au passage doivent respecter un délai d'exécution compatible avec la prise en charge en soins nécessaire des résident.</p>	
Chirurgien-Dentiste <sup>54</sup> Kinésithérapeute Orthophoniste Laboratoire de ville		X	E	<p>Interviennent à l'EHPAD des professionnels de santé libéraux : laboratoire de biologie de ville, kinésithérapeutes, orthophoniste, chirurgien-dentiste, conformément à ce qui est noté dans le RAMA 2020.</p> <p>Parmi ces professionnels, ont été transmises à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 conventions signées avec un kinésithérapeute pour une durée d'un an renouvelée par tacite reconduction : 5 en date du 5/1/2019 ; 1 en date du 4/11/2011 et dont la durée n'a pas été identifiée</li> <li>- une avec un orthophoniste libéral, en date du 18/1/2021, pour une durée de 5 ans -</li> <li>- une avec un laboratoire de biologie en date du 10/12/2019 pour une durée de 4 ans</li> </ul> <p>L'identification des professionnels n'est pas conforme (absence du numéro ADEL par exemple). – <b>non conforme</b></p> <p>La mission n'a pas été destinataire d'une convention signée avec un dentiste extérieur, bien que notifiée sur le projet d'établissement 2019-2023, <b>non conforme</b></p>	<p>Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, article 1</p>

<sup>54</sup> Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, article 1. « Les contrats signés par les professionnels de santé, médecins traitants et masseurs-kinésithérapeutes, exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sont conformes aux contrats types fixés en annexe du présent arrêté ».

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
				<p><b>Ecart n° 19 :</b>  L'intervention de professionnels de santé libéraux sur le site de l'EHPAD n'est pas formalisée pour l'ensemble des professionnels intervenant sur site. L'ensemble des conventions n'est pas conforme : absence d'identification du numéro ADELI du professionnel de santé, durée caduque, adresse d'exercice ...</p>	
Conventions signées avec des établissements / réseau de soins	X			<p>La mission a été destinataires de conventions signées avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest (Sainte Perine et Ambroise Paré) en date du 20/3/2017, pour une durée de 2 ans, tacitement renouvelée – <b>conforme</b></li> <li>-l'Assistance Publique : l'Hôpital Européen Georges Pompidou en date du 1/1/21 pour une durée de 3 ans - <b>conforme</b></li> <li>-HAD Etablissement Yvelines Sud en date du 3/6/2020 pour une durée de 1 an, renouvelable par tacite reconduction – <b>conforme</b></li> <li>-un réseau de soins palliatifs : le réseau de santé Paris Ouest en date du 29/11/2015, renouvelée par tacite reconduction - <b>conforme</b></li> </ul> <p>Dans le RAMA 2020 est notée une convention avec</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un service des urgences : l'Hôpital Européen Georges Pompidou (RAMA 2020)</li> <li>-un réseau de soins palliatifs : le réseau de santé Paris Ouest (RAMA 2020)</li> <li>-un service de gériatrie hospitalier Sainte Perine, Ambroise Paré, HEGP, Hôpital Vaugirard- Gabriel Paliez</li> <li>-un service d'HAD</li> </ul> <p>Les partenariats mis en place avec l'EHPAD font l'objet d'une convention, réactualisées par tacite reconduction.</p>	





## Qualité et gestion des risques

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
Un responsable « qualité » a-t-il été désigné ?				Non la directrice est référente qualité.	
Existence d'une démarche d'évaluation interne				Est noté dans le PE 2019-2023 la mise en place d'auto-évaluations, sans précision de date. Des audits internes menés par le siège régional peuvent également être menés, sans précision	L312-8, D312-203, D312-205 CASF
Existence d'une démarche d'évaluation externe				La dernière évaluation externe date de 2014.	D312-205
Existence d'un plan d'action suite aux évaluations				Un PAQ plan d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est établi une fois par an et suivi 1/trimestre par le Comité de pilotage	
Existe-t-il un système d'enregistrement permanent et de suivi des satisfactions, réclamations et plaintes des résidents ?				Non, il n'existe pas de registre des réclamations papiers. Les réclamations sont adressées par mail à la directrice.	
Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations et plaintes sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?				Les enquêtes de satisfaction sont notifiées dans le Projet d'établissement 2019-2023 Une enquête est menée chaque année au cours du 1 <sup>er</sup> semestre de chaque année Est noté que les résultats de l'enquête menée en 2019 ont été transmis aux personnels, aux membres du CVS et aux résidents, et font l'objet d'un plan d'actions	
Existe-t-il une démarche d'évaluation périodique des pratiques ?				Selon le PE 2019-2023, un COPIL est la structure pluridisciplinaire pour formaliser et dynamiser la démarche d'évaluation ; il se réunit une fois/trimestre.	
Les prestations effectuées en sous-traitance (restauration, ménage, lingerie...) font-elles l'objet d'une évaluation périodique sur la base d'un cahier des charges formalisé ?					
Existe-t-il un dispositif permettant de vérifier que les procédures sont connues de tous ?					
Existe-t-il des groupes de travail thématiques consacrés à l'amélioration de la qualité, associant les représentants des résidents et les professionnels concernés ?				La mission n'est pas en mesure de répondre à ce point.	
Le médecin coordonnateur et, s'il est en fonction, l'infirmier référent, participent-ils à ces réunions				Non précisé dans RAMA et CG dans le PE – est noté que 1 représentant de des différentes catégories professionnelles est présent au COPIL	
Existe-t-il une procédure de traitement des réclamations (recueil, traitement, rapport, suivi...) ?				Sont notées dans le PE 2019-2023 les modalités de recueil et de traitement des réclamations au sein de l'établissement. Il n'est pas précisé si une procédure dédiée existe.	
Nombre de réclamations ayant fait l'objet d'une étude et d'une réponse en 2021					
Nombre de fiches d'EI en 2021					
Le conseil de vie sociale est-il informé des dysfonctionnements et des EI qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises ?				Le PE indique que le CVS est informé du résultat de l'enquête de satisfaction annuelle ; non précisé clairement pour les dysfonctionnements et EI dans le PE Il n'est pas précisé que le CVS est informée des dysfonctionnements et EI dans el PE	
Nombre résidents vaccinés contre la grippe saisonnière en 2020 et 2021 et taux de vaccination - COVID				La mission n'a pas été destinataire du RAMA 2021.	INSTRUCTION N°DGS/RI1/DGCS/2012/433

92/107

Points abordés et constatés lors de l'inspection	O	N	E/R	Commentaires	Réf.
<p>Nombre résidents vaccinés contre les infections à pneumocoque en 2020 et 2021 et taux de vaccination</p> <p>Taux de vaccination du personnel contre la grippe saisonnière en 2021</p> <p>Nombre de dose de vaccins anti-grippaux achetées par l'établissement ou le groupe et mis à disposition de l'EHPAD en 2021</p> <p>Nombre de tests rapides à orientation diagnostique (TROD), utilisables pour le diagnostic de la grippe en situation de cas groupés d'infections respiratoire aiguës (IRA).</p>				<p>En 2020, le RAMA 2020 n'indique pas le nombre de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière en 2020 ni contre le COVID</p> <p>Covid 19 : [REDACTED] datées [REDACTED]</p> <p>Personnel : 10 salariés vaccinés contre la grippe, soit 17 % du personnel. Données datées du 22 janvier 2022.</p> <p>En 2020, est noté dans le RAMA 2020 : « Covid : 2 vagues (mars et novembre ayant touché résidents et salariés)</p> <p>En 2021 : La mission n'a pas été destinataire de documents permettant de renseigner cet item.</p> <p>Dans un REX transmis par Korian, est noté : [REDACTED]</p> <p>Les professionnels ont indiqué à la mission l'organisation de séances de vaccinations anti-covid et anti-grippe en 2021, à l'attention des résidents professionnels de santé.</p>	<p>du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées;</p> <p>INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGOS/DGCS /2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière</p>
Enregistrement systématique des chutes comme EI				La mission n'a pas identifié de déclaration relatives à une chutes dans le SI VSS	
Analyse des causes de chute et mesures mises en place					
Nombre de signalements d'incidents et d'EI adressés à l'ARS en 2021					Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP
Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?				Le PE 2019-2023 indique qu'une réunion du COVIRIS Comité de Vigilances et de Gestion des Risques, structure mise en place pour traiter les dysfonctionnements et non conformités, se réunit 1 fois/semaine pour les analyser	Article L331-8-1 CASF, article R331-8 & 9 CASF, Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, article R. 1413-59 et R. 1413-79 du CSP

## CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Korian Champs de Mars, géré par le Groupe Korian a été réalisée de façon inopinée le 17 février 2022.

La mission n'a pas objectivé de maltraitance envers les résidents de l'établissement mais a constaté plusieurs manquements de nature à impacter la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents :

### - En matière de gestion des ressources humaines :

- Au regard des effectifs de personnels tels qu'ils ont été transmis à la mission, avec un accueil réduit à 75 résidents, partiellement du fait de la fermeture circonstancielle de l'unité du second étage : la direction de l'établissement, prenant acte de la réduction de capacité a indiqué ne pas avoir remplacé le poste du cadre de santé, ni celui de l'ergothérapeute. Il n'a pas été mentionné de réduction d'effectifs de personnes AS/AMP, ni d'autres catégories.

Sur la base des données fournies par la direction de l'établissement, l'effectif d'AS/AMP est estimé à environ 21 ETP pour une répartition à raison de 2 personnels par plage horaire et par étage, sur 4 étages, soit un peu moins de 10 toilettes à effectuer, par personnel et par jour. La montée en charge attendue à terme pour retrouver un niveau d'activité normal se traduira par un nécessaire étalement au-delà de la matinée, du temps journalier consacré à ce nursing quotidien, indispensable au bien-être des résidents. Cet étalement est déjà déploré dans la situation présente à effectif réduit.

- Dans ce contexte, ainsi que dans celui d'une évolution de pratique managériale depuis l'arrivée de la nouvelle directrice il y a quelques mois, il existe une tension avérée et constatée au fil des entretiens, entre la direction et les personnels et/ou leurs représentants.

- Le médecin coordonnateur n'a pas la qualification requise par la réglementation en vigueur<sup>55</sup>.

### - En matière de qualité et de personnalisation de la prise en charge des résidents :

- L'élaboration du projet personnalisé n'associe le résident et /ou son représentant légal ou la personne de confiance que sur la base d'un questionnaire écrit, dont le retour est partiel.

### - En matière de sécurité et de vigilance :

- La notion d'événements indésirables graves et de l'obligation de leur déclaration et de leur traçabilité est mal connue des personnels. Le processus de remontée des EIG auprès des tutelles (ARS Ile de France et Ville de Paris) n'est pas fiable et l'analyse des événements indésirables par les équipes de soins et les non soignants dans l'établissement n'est pas mis en œuvre.

- Il n'est par ailleurs pas organisé ni planifié de processus d'analyse des pratiques professionnelles par un prestataire extérieur.

- Il n'existe pas de registre de réclamations et celles-ci ne sont pas tracées.

- Il existe une traçabilité des transmissions entre les équipes de soins de jour et de nuit par netsoins, néanmoins il n'existe pas de traçabilité des réunions de transmissions entre équipe de jour et de nuit.

---

<sup>55</sup> Art D 312-157 du CASF



Le manque d'appropriation des outils numériques et plus précisément du logiciel [REDACTED] par l'ensemble des soignants ne contribue pas à la bonne mise à jour des informations dans les dossiers des résidents.

- En matière de prise en charge médicale et médicamenteuse :

- Les locaux de soins sont exigus, encombrés et vétustes, ce qui entrave la bonne organisation des soins ainsi que le bio-nettoyage.


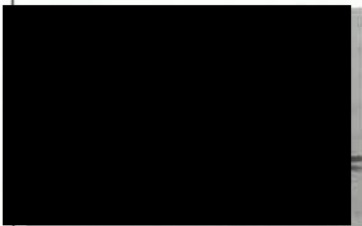

- Il existe un défaut de traçabilité dans le dossier soins du résident en raison de l'absence de mise en place d'un dossier médical informatique unique pour chaque résident. En outre, les médecins traitants ne sont pas assez impliqués dans cette démarche qui repose uniquement sur le MEDEC. L'implication des professionnels de ville libéraux reste donc à solliciter, tant dans la tenue du dossier médical des résidents que dans la sécurisation des transmissions et des prescriptions médicales en lien avec l'équipe soignante et le MEDEC.

Le circuit du médicament n'est pas pleinement sécurisé, tant au niveau de l'organisation du stockage des médicaments, de leur étiquetage, du suivi des péremptions, de l'élimination des médicaments prescrits nominativement et non utilisés, et enfin de la traçabilité par les IDE de l'administration des médicaments aux résidents. Il n'a pas été retrouvé de traçabilité de l'implication du pharmacien d'officine avec lequel l'EHPAD a conventionné, à la fois dans des évaluations du fonctionnement de l'organisation du stock de la pharmacie ni dans des réunions collectives organisées avec l'équipe de soins, l'IDEC et le médecin CO pour l'élaboration du livret thérapeutique nécessaire aux résidents. Tout ceci ne permet pas de corriger le mode dégradé de cette organisation. Le manque d'appropriation des procédures régionales du groupe concernant le médicament par les personnels de soins ne permet pas non plus de sécuriser la formation nécessaire des personnels à la bonne prise en charge médicamenteuse des résidents.

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



Fait à Saint Denis, le 28 février 2022

L'inspecteur Jean marie PELLE	Attaché de la ville de Paris Christine LAURENT
	
Inspecteur désigné par la DGARS Romain BARRES	
	

## **GLOSSAIRE**

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

## **ANNEXES**

### **Annexe 1 : Lettre de mission**



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

Délégation départementale de Paris

Ville de Paris  
Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la  
santé  
Sous-direction de l'Autonomie

Monsieur Jean-Marie PELLE, inspecteur de l'action  
sanitaire et sociale / Inspection Régionale Autonomie  
Santé de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Madame Anne BATTUT, personne qualifiée, chargée  
d'inspection / Inspection Régionale Autonomie Santé  
de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Docteur Marie-Christine BAUWENS, médecin,  
personne qualifiée / Délégation départementale de  
Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Madame Kelly LAM, personne qualifiée / Délégation  
départementale de Paris de l'Agence régionale de  
santé d'Ile-de-France,

Monsieur Romain BARRES, inspecteur désigné par  
la Directrice générale de l'Agence régionale de santé  
d'Ile de France / Délégation départementale de Paris,

Madame Christine LAURENT / DASES, Ville de Paris  
responsable de la cellule d'appui et de contrôle,  
sous-direction de l'autonomie de la DASES

Affaire suivie par Jean-Marie PELLE

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le

14 FEV. 2022

Mesdames, Messieurs,

La parution du livre « Les Fossoyeurs - Révélation sur le système qui maltraite nos aînés » a conduit la  
Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, à engager la mise  
en œuvre rapide d'un programme d'inspection des EHPAD sur l'ensemble du territoire national.

Ce programme, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles  
(CASF) et suivants, a pour objectif de faire sur place, dans chacun des établissements ciblés, une évaluation et  
une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection, conjointe avec la Ville de Paris, de l'EHPAD  
KORIAN « Champs de Mars », situé 64/67 rue de la Fédération à Paris 75015 (FINESS n° 750809220)  
qui a été inscrit à ce programme.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L. 313-13 et suivants du Code de l'action  
sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en  
charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L. 133-2 et L. 313-13 à L. 313-20  
du CASF, par les articles L. 1421-1, L. 1435-7, L. 1421-3 et L. 1421-7 du Code de la santé publique (CSP)  
comprendra :

Pour l'ARS Ile de France :

- Monsieur Jean-Marie PELLE, inspecteur de l'action sanitaire et sociale / Inspection Régionale  
Autonomie Santé de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

- Madame Anne BATTUT, personne qualifiée, sage-femme chargée d'inspection / Inspection Régionale Autonomie Santé de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Docteur Marie-Christine BAUWENS, médecin, personne qualifiée / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France.
- Madame Kelly LAM, personne qualifiée / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France.
- Monsieur Romain BARRES, inspecteur désigné par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé d'Ile de France / Délégation départementale de Paris,

Pour la Ville de Paris :

- Madame Christine LAURENT, DASES, Ville de Paris responsable de la cellule d'appui et de contrôle, sous-direction de l'autonomie de la DASES

L'inspection aura lieu à partir du jeudi 17 février 2022 selon l'organisation suivante :

- La mission sera réalisée entre 8 heures et 20 heures (article L.1421-2 du CSP), en mode inopiné, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP et L.133-2 du CASF s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, les missions mèneront les entretiens avec les personnes qu'elles jugeront utiles de rencontrer.

A l'issue de la mission, un rapport nous sera remis dans un délai de 1 semaine à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté.

Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L.121-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

Toutefois, si les constats réalisés nécessitent la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées sera transmise dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Ile-de-France

Amélie VERDIER

P/La Directrice de l'action sociale,  
de l'enfance et de la santé

Le Directeur de l'Action Sociale,  
de l'Enfance et de la Santé

Jacques BERGER

## Annexe 2 : Liste des documents demandés et des documents transmis

- 3 PV réunion d'équipe de direction (janvier 2022) FAIT
- 3 PV réunion avec le siège (janvier 2022) FAIT

N°	Nature du document demandé	Copie (s/clé USB) ou consultation	Observations
I-La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations			
1	Organigramme nominatif de l'EHPAD	copie	X
2	Plan des locaux	copie	
3	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC ; contrats de travail	copie	X
4	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC, contrats de travail	copie	Non (fiche de mission)
5	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	copie	X
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	copie	Non formalisée
7	Calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2022	copie	Non formalisée
8	Projet d'établissement et Règlement de fonctionnement	copie	X
9	Projet de soins	copie	Non remis
10	PV de la commissions de coordination gériatrique - 2021	copie	Partiellement remis
11	Tableau des ETP du mois en cours	copie	X
13	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf) du mois en cours	copie	X
14	Plannings des équipes de soins jour/nuite des 2 derniers mois (y-c les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur	copie	X
15	Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de ce jour, légendé, dont vacataires	copie	X
16	Liste des salariés présents ce/ces jours	copie	X
17	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	copie	X
18	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	X



19	Dossiers RH des salariés	Consultation	X
20	Les fiches de tâches heurées des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	copie	non
21	Les fiches de tâches heurées des ASH	copie	non
22	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	copie	non
23	Copie des registres des délégués du personnel	consultation	
II-La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance			
24	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	consultation	Non effectué
25	Critères d'admission et de non – inclusion des résidents	Copie ou consultation	Non remis
26	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	copie	X
27	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Consultation sur site	X
28	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Copie ou consultation	Non remis
29	CR des réunions du CVS/2021 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	copie	X
30	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M 2022) ; extraction de J-1 et de la nuit écoulée	consulté sur place	non
31	Résultats de la dernière évaluation externe	copie	X
32	Registre de sécurité	consultation	
III-L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante			
33	Liste nominative des résidents par chambre présents ce/ces jours, par GIR et date dernière évaluation GIR	copie	X
34	Cahiers de transmission et de suivi, et autres supports de communication en interne	Copie et consultation sur place	X
35	Extraction des données de suivi des résidents sur 6 mois (évaluation du risque d'escarres, de l'état cognitif, du risque de chute, de la douleur, etc)	Copie	X
36	Plan de soins sur un étage par une AS et nombre de résidents par professionnel	Copie	X
37	Procédure et traçabilité du bionettoyage du local de soins et du local à pharmacie	copie	Remise partielle
38	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	copie	X



39	Procédure de traçabilité administration/prise des médicaments	copie	X
40	Procédure pour les modalités : médicaments écrasés Liste des médicaments écrasés	copie	Non remis
41	Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux aides-soignants (jour et nuit)	copie	Non remis
42	Livret thérapeutique ou liste des médicaments disponibles à l'EHPAD	copie	Non remis
43	Plan d'action mis en œuvre pour sécuriser le circuit du médicament	copie	Non remis
44	Organigramme faisant apparaître les acteurs extérieurs en lien avec la PECM (médecins traitants, pharmacien d'officine, ...)	copie	Non remis
45	Protocole gestion des déchets DASRI	Consultation sur place	X
46	Convention avec prestataire pour enlèvement et traitement des DASRI	copie	X
47	Documents de traçabilité d'élimination des DASRI (bordereaux d'élimination) par le prestataire DASRI	copie	Non remis
48	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	copie	X
49	Dossiers des résidents : projets de vie/de soins	Consultation	X
50	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution	copie	X
51	Liste nominative des médecins traitants des résidents	copie	X
52	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (urgences / HAD / Soins palliatifs)	copie	X
53	Collaboration du médecin coordonnateur avec l'Equipe mobile Gériatrique EMG, les réseaux de soins palliatifs, les services de HAD et les services de psychiatrie.	copie	X
54	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	copie	X
55	Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et rapport de la commission gériatrique annuelle	Copie Uniquement le RAMA 2020	X
56	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins dont chute, douleur, soins palliatifs, fin de vie dénutrition, contentions, conduite à tenir en cas d'urgence	consultation	X
57	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	copie	Non remis

58	Rapport des infirmiers médicaux d'hygiène	copie	Non remis
59	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	copie	Non remis
60	Obligation vaccinale anti-COVID 19 : Traçabilité Vaccination anti-COVID 19 : taux des résidents faisant l'objet d'un schéma vaccinal complet 3 doses	copie	partiellement
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance			
61	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Equipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	copie	Non (l'EHPAD ne fait de location)
62	Inventaire des équipements et dispositifs médicaux réutilisables (extracteurs d'O2, bouteilles O2, VNI, nébulisateurs, pompes de nutrition, seringues électriques, aspirateurs, VAC, bladder scan).	copie	
63	Factures 2019 et 2021 des consommables sv : protections contre l'incontinence, produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, achats de crèmes pour la prévention des escarres et des locations sv : lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres	copie	X

### Annexe 3 : Liste des personnes entendues par la mission d'inspection

(le jour de la visite sur site et/ou le lendemain par RDV téléphonique)

- Le directeur de l'EHPAD
- La directrice adjointe
- L'assistante de direction qui remplit aussi la fonction de gestionnaire des ressources humaines
- Le médecin coordonnateur
- Le responsable hébergement
- L'infirmière coordonnatrice (par téléphone)
- Un infirmier
- Le psychologue
- La psychomotricienne
- Responsable des cuisines
- 1 ASG
- 2 IDE
- 4 AS
- 2 ASH
- 2 représentantes des familles, membre titulaire et suppléant du CVS
- 1 représentante des résidents, présidente du CVS

## Annexe 5 : Autres documents annexés

### Annexe 5.1-Les achats de consommables (§III-B)

- Achats des protections contre l'incontinence :

	2019	2021
Nombre de protections achetées		
Nombre de résidents en GIR 1, 2 ou 3		
Nombre de protections/jour/résident		

Sources :

- Achats de produits de diététique enrichis pour lutter contre la dénutrition et d'eaux gélifiées pour les résidents ayant des troubles de la déglutition :

	2019	2021
Montant des achats HP/HC <sup>56</sup>	11390,64	5538,59
Montant des achats d'eaux gélifiées	4507,69	1092,24
Montant des HP/HC/jour/résident dénutri	6882,96	4446,35
Montant de l'eau gélifiée/jour/résident Alzheimer	Données insuffisantes	Données insuffisantes

Sources : Factures ...

- Achats de crèmes pour la prévention des escarres (effleurage) :

	2021
Tubes achetés par l'EHPAD <sup>57</sup>	156
Tubes achetés sur prescription	
Changes possibles	1300
Patients GIR 1 et 2 (sur 12 mois)	
Changes réalisés / nbre de protections achetées	
Changes avec effleurage	
Nombre résidents physiques GIR 1 et 2	
Nombre de résidents GIR 1 et 2 avec prescription	

Sources : Facture Pharmacie ...

### Annexe 5.3-Les achats de consommables (§III-C)

- Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (mémoire de forme ou à air) :

	2019	2021
Nombre de lits médicalisés loués / mois (lits achetés par l'établissement)	0	0
Nombre de lits Alzheimer loués / mois (lits achetés par l'établissement)	0	0
Nombre de matelas anti-escarres loués / mois	15	21
Nombre de résidents GIR 1 ou 2	46	34

Sources : Factures

<sup>56</sup> HP/HC : Hyperprotidique / Hypercalorique





13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00  
[iledefrance.ars.sante.fr](http://iledefrance.ars.sante.fr)

