

**Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé**

**Direction départementale de Paris**

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)  
« KORIAN – LES AMANDIERS »  
5-7 rue des Cendriers  
75020 PARIS  
N° 750828709**

**RAPPORT D'INSPECTION  
N° 2022\_0159  
Déplacement sur site le 22/02/2022**

**Mission conduite par**

- Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France ;
- Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;
- Docteur Christine BERBEZIER, Conseillère médicale, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du code de l'action sociale et des familles / Ville de Paris ;

**Accompagnée par**

- Madame Fatma SEN-GECKAYNAR, désignée en qualité de personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

<b><u>Textes de référence</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Article L. 313-13-V du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles</li><li>- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique</li><li>- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique</li></ul>
-----------------------------------	---

**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 discréption 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 disjoindre, 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>SYNTHESE .....</b>	<b>5</b>
<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>9</b>
<b>I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>10</b>
A) L'encadrement des équipes.....	10
B) La situation des effectifs.....	11
C) L'organisation du travail.....	13
<b>II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS .....</b>	<b>15</b>
A) Le nombre et le profil des résidents accueillis .....	15
B) Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	15
C) La communication avec les familles et le CVS .....	16
D) La gestion des réclamations , des évènements indésirables (EI) et des évènements indésirables graves (EIG).....	17
<b>III – LA PRISE EN CHARGE HOTELIERE .....</b>	<b>19</b>
A) Les prestations hôtelières et la sécurité des locaux .....	19
B) Les achats de consommables.....	22
C) L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	22
<b>IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE .....</b>	<b>24</b>
➤ L'IDEC .....	24
➤ La coordination médicale.....	25
➤ Les visites de préadmission.....	25
➤ La traçabilité des soins .....	25
➤ La salle de soins du 1 <sup>er</sup> étage .....	25
➤ La prise en charge nutritionnelle .....	26
➤ L'évaluation des risques de fausses routes .....	27
➤ Évaluation de la douleur .....	27
➤ Les chutes .....	28
➤ L'hygiène bucco-dentaire.....	28
➤ Soins des plaies .....	28
➤ Les contention .....	28
➤ Bientraitance / Prévention de la maltraitance .....	28
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>31</b>
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>36</b>
Annexe 1 : Lettre de mission.....	36
Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection .....	37



## **SYNTHESE**

### **Eléments 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 le Président du Conseil départemental 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 9 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. Le fichier complet figure en annexe du présent rapport.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec des personnels de direction, des professionnels de l'établissement, des représentants du personnel et un résident.

A noter l'absence du directeur pour congés payés le jour de la visite.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection.

Les documents sollicités n'ont pas été communiqués dans leur intégralité par le gestionnaire limitant ainsi la portée des constats inscrits dans le rapport.

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

Le contrôle a identifié de très nombreux écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles :

- Principaux écarts :

<b>Statut</b>	<b>Description</b>	<b>Réf.</b>
Ecart 1	L'établissement devrait justifier d'au moins 1 ETP de médecin coordonnateur au regard de sa capacité autorisée. Il est relevé son absence depuis plus de 6 mois.	D. 312-156 du CASF
Ecart 7	Le gestionnaire doit sécuriser le circuit DASRI conformément aux articles L.541-2 et suivants du Code de l'environnement.	L.541-2 et suivants du code de l'environnement
Ecart 8	Les dossiers de soins des résidents ne sont pas stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4127-45 du CSP.	R.4127-45 du CSP

- Principales remarques :

<b>Statut</b>	<b>Description</b>
Remarque 1	Il convient de mettre à jour la délégation de pouvoir au directeur d'établissement, de redéfinir la procédure d'organisation de permanence de direction en l'absence du directeur et d'en assurer la diffusion auprès de l'ensemble des personnels.
Remarque 2	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels en cohérence avec la procédure d'organisation de permanence de direction.
Remarque 3	L'établissement doit organiser les recrutements en vue d'atteindre un taux d'occupation d'au moins 95%. La mission constate que l'accroissement temporaire d'activité avec 1 CDD supplémentaires en janvier et février 2022 par rapport à janvier 2021 n'a pas d'explication et n'est pas justifié par la hausse du nombre de résidents accueillis.
Remarque 4	L'établissement doit s'assurer que chaque résident a un médecin traitant.
Remarque 5	Il convient que le gestionnaire recrute les effectifs conformément aux objectifs du CPOM.
Remarque 9	Il convient d'institutionnaliser les temps de transmission entre les équipes de jour et les équipes de nuit.
Remarque 11	Il convient de mettre en œuvre le dispositif IDE de nuit conformément aux engagements du CPOM.
Remarque 17	Le personnel n'identifie pas clairement la distinction entre EI et EIGS. Il existe une insuffisance de culture en matière d'EIG au sein de l'établissement. Il convient que le directeur de l'établissement, en lien avec la Direction Régionale, mette en place un suivi qualité sur cette thématique (réclamations et signaux).
Remarque 21	Il convient que le gestionnaire s'assure du respect des conditions techniques minimales et vérifie que les accès sécurisés ne sont pas accessibles. En ce sens, une fuite d'eau est constatée dans le local du tableau général basse tension (TGBT).
Remarque 22	Le suivi périodique du parc immobilier et mobilier doit permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel.
Remarque 26	Le gestionnaire doit être en mesure de recueillir et d'analyser les souhaits et réclamations des résidents concernant les repas afin d'en tenir compte et d'adapter les menus en conséquence.
Remarque 29	Il convient d'équiper les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office.
Remarque 30	Le gestionnaire doit être en capacité d'analyser en réunion d'équipes les délais de réponses aux appels malades et d'adapter l'organisation du travail en conséquence.
Remarque 32	Le positionnement du coffre à toxiques dans le local de soins ne garantit pas la sécurité des professionnels. Le coffre à toxiques n'a pas à servir de lieu de stockage pour du petit matériel ou des médicaments et le carnet à souche doit être à l'intérieur du coffre.

## 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 « Les Amandiers » situé 5-7 Rue des Cendriers (75020), qui appartient au groupe KORIAN. La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » a été médiatisée, et incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements accueillants des personnes âgées dépendantes.

Aussi, la DG ARS et la Ville de Paris ont 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 comme décrit ci-dessous.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 22 Février 2022 à partir de 8 h 30 par :

- Monsieur Nicolas DEMENET, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France ;
- Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique ;
- Docteur Christine BERBEZIER, Conseillère médicale, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du code de l'action sociale et des familles / Ville de Paris ;

Accompagnée par

- Madame Fatma SEN-GECKAYNAR, désignée en qualité de personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

La mission d'inspection a fait l'objet d'un courrier d'annonce du 21 février 2022.

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 Les Amandiers. Au cours de cette visite, l'équipe d'inspection a rencontré les professionnels présents sur site, des usagers, des représentants syndicaux et mené des entretiens. A l'issue de cette journée de visite, une restitution des premiers constats a été faite par le coordonnateur en présence de deux représentants de la direction régionale, du responsable d'hébergement, de la responsable des relations familles et de l'IDEC.

---

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

## **C) Présentation de l'établissement**

### Rappel de l'autorisation de l'EHPAD

Situé au 5-7 Rue des Cendriers 75020 Paris, l'EHPAD « Les Amandiers » est géré par la SAS Medica France, située 21 rue Balzac, 75008 PARIS.

Ouvert en 1990 par la Lyonnaise Santé, en 1995 l'établissement est racheté par le groupe SAS Medica France.

L'EHPAD « Les Amandiers » dispose de 118 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour. Il est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer. Présence d'une unité de vie protégée (UVP) de 16 places.

Cet établissement est habilité à recevoir [REDACTED] bénéficiaires de l'aide sociale.

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de [REDACTED] résidents, soit un taux d'occupation de [REDACTED] %.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à [REDACTED] et le PMP à [REDACTED] (ces valeurs ne sont pas validées).

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 [REDACTED] et le PMP [REDACTED]

Un CPOM, pour l'ensemble des EHPAD parisiens, a été conclu le 16 juillet 2019 pour 5 ans. Parmi les objectifs du CPOM figure :

- Mettre en place un dispositif IDE de nuit mutualisé sur 5 EHPAD avec le recrutement de [REDACTED] ETP et une aide en crédits non pérenne de [REDACTED] € ;
- Recruter [REDACTED] ETP AS/AMP dont [REDACTED] ETP pour l'EHPAD Les Amandiers à partir de mai 2019 ;
- Atteindre un taux d'occupation d'au moins 95%.

## **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 :**

**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.

## I – L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

### A) L'encadrement des équipes

#### ➤ L'Organisation en l'absence du directeur

La mission constate une équipe en difficulté en l'absence du directeur. Les missions du directeur ne sont pas réparties en son absence.

Le gestionnaire a remis à la mission un document reprenant la procédure d'organisation de la permanence en cas d'absence de directeur, mais ce document n'est pas clair et précis sur le rôle de chacun. L'organisation repose en son absence sur l'IDEC et le responsable hébergement, responsable relation familles, l'attaché de direction.

A noter, la transmission d'une délégation de pouvoir du 27 juillet 2021. Cette délégation est obsolète ; le déléguataire [REDACTED] ayant annoncé son départ par courriel [REDACTED] aux autorités de tarification et de contrôle.

Par ailleurs, il est relevé certaines discordances entre la délégation de pouvoir et la fiche de fonction du Directeur. En effet, concernant le recrutement des professionnels, la fiche de fonction du directeur indique que le directeur doit « *recruter les bons professionnels en lien étroit avec les managers intermédiaires et le RRHR* »

Il n'a pas été remis à la mission une subdélégation de pouvoir du directeur d'établissement aux cadres intermédiaires. Le jour de la visite, chaque référent est conduit à faire le lien avec la direction régionale.

[REDACTED] Son rôle et son pouvoir ne sont pas référencés dans la procédure.

Concernant plus spécifiquement l'organisation des soins, la mission relève l'absence de médecin coordonnateur depuis plusieurs mois. Le poste d'IDEC a été vacant pendant plusieurs mois en 2021 fragilisant les équipes.

**Ecart 1:** L'établissement devrait justifier d'au moins 0,60 ETP de médecin coordonnateur au regard de sa capacité autorisée. Il est relevé son absence depuis plus de 6 mois.

**Remarque 1 :** Il convient de mettre à jour la délégation de pouvoir au directeur d'établissement, de redéfinir la procédure d'organisation de permanence de direction en l'absence du directeur et d'en assurer la diffusion auprès de l'ensemble des personnels.

**Remarque 2 :** L'établissement ne dispose pas d'un organigramme indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels en cohérence avec la procédure d'organisation de permanence de direction.

## **B) La situation des effectifs**

Le tableau des effectifs remis par le gestionnaire ne correspond pas au document sollicité par la mission d'inspection. Les données ci-dessous sur la période de septembre 2021 à février 2022 n'ont pas été communiquées :

- Le taux d'occupation ;
- Le taux d'absentéisme ;
- Le numéro ADELI ;
- La formation aux soins et gestion d'urgences ;
- Les motifs de remplacement pour les CDD ou de recours à l'intérim ;
- Le nombre d'usagers présents avec la présentation par GIR.

Sur la liste du personnel au 22 février 2022, il est constaté la présence de 2 IDEC,

Il a été constaté lors de la visite des locaux la présence de nombreux stagiaires

Ces stagiaires n'apparaissent ni dans le tableau des effectifs, ni dans l'organigramme et ni dans le planning fourni par le gestionnaire (seul deux stagiaires AVS y apparaissent).

A noter que l'organigramme qui nous a été fourni le jour de l'inspection a été mis à jour au 16 février 2022 alors qu'il avait été demandé un document à la date de l'inspection.

### ➤ Le recours aux CDD

La mission relève des variations extrêmement importantes du tableau des effectifs entre 2021 et le début de l'année 2022. En effet dans le tableau des effectifs remis par le gestionnaire, il est constaté :

- En 2021
- [redacted]

Pour rappel, l'établissement accueillait 96 résidents au 14 novembre 2021 contre 106 résidents le jour de la visite.

Lors du CVS du 24 janvier 2022, le directeur a indiqué que « *le débat est le suivant : 100% de nos ressources sont actuellement mobilisées quel que soit le taux d'occupation. Lorsqu'une vingtaine, voire une trentaine de lits sont vides, on ne peut en effet pas maintenir tous les postes. Le nombre de poste vacants sur les Amandiers nous permet de faire les adaptations (...) Pour honorer notre volonté d'être au quotidien au maximum de nos ressources, nous sommes pleinement mobilisés depuis quelques semaines sur l'accueil de nouveaux résidents. C'est d'ailleurs l'engagement que j'avais pris auprès des équipes. Nous avons fait récemment 5 entrées, quelques jours avant l'annonce du préavis de grève. Ceci est étonnant, car l'augmentation du taux d'occupation témoigne de notre volonté de conserver nos équipes au maximum de leur capacité. L'augmentation du nombre d'entrée est un levier pour atteindre 100% des effectifs* ».

Parmi les CDD recrutés depuis fin janvier 2022, il y a [redacted] CDD pour accroissement temporaire d'activité, et [redacted] pour remplacement d'un salarié absent. Le recours aux CDD pour accroissement temporaire d'activité ne semble pas justifié au vu des éléments relevés par la mission. Les [redacted] CDD pour accroissement temporaire d'activité concernaient [redacted] aides-soignants ou AMP, [redacted] agents hôtelier, [redacted] agent de vie sociale et [redacted] IDE.

Il est mentionné dans la liste des salariés, deux postes d'aide-soignant de nuit non pourvus avec une mention « *adaptation taux d'occupation* ». Les ETP sont donc réévalués en fonction du taux d'occupation.

Or la dotation soin n'a pas connu, à ce jour, de variation à la baisse malgré le non-respect de l'objectif CPOM d'un taux d'occupation d'au moins 95%, non atteints à ce jour par l'établissement.

De plus, à l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) 2018, il est inscrit 32,15 ETP d'aides-soignants, d'AMP et d'accompagnements éducatifs et sociaux. L'organigramme, transmis le jour de l'inspection, dénombre 30 ETP, soit une baisse de 2,15 ETP alors qu'il est prévu dans les objectifs du CPOM une augmentation de 1 ETP à compter de mai 2019. La mission constate donc un écart entre les objectifs validés dans le cadre du CPOM et ce qui est réellement mis en place par le gestionnaire.

En conclusion, les recrutements devraient viser des recrutements pérennes afin de permettre un accroissement de l'activité et non l'inverse.

A noter qu'une mission d'inspection du travail est en cours et permettra sans doute un éclairage complémentaire.

#### ➤ Les formations

Le plan de formation 2021, et le nom des personnes ayant participé aux formations nous a été transmis.

On constate que l'essentiel des formations a été réalisé par l'équipe de direction en 2021. Seules 17 aides-soignantes ou AMP ou agents de vie sociale ont eu 1 ou 2 jours de formation.

Le plan de formation prévisionnel 2022 a également été remis, mais le nom des personnes qui doivent participer à chaque formation n'est pas précisé.

Une formation consolidation des pratiques professionnelles (fonction linge) a été réalisée en 2021.

D'après le plan de formation 2021 et 2022 il n'y a pas de formation prévue concernant la bientraitance/ Prévention maltraitance.

Les attestations de formations aux gestes et soins d'urgence niveau 1 et 2 (AFGSU), à jour, de tous les personnels n'ont pas été transmises à la mission d'inspection.

**Remarque 3 :** L'établissement doit organiser les recrutements en vue d'atteindre un taux d'occupation d'au moins 95%. La mission constate que l'accroissement temporaire d'activité avec CDD supplémentaires en janvier et février 2022 par rapport à janvier 2021 n'a pas d'explication et n'est pas justifié par la hausse du nombre de résidents accueillis.

**Remarque 4 :** L'établissement doit s'assurer que chaque résident a un médecin traitant.

**Remarque 5 :** Il convient que le gestionnaire recrute les effectifs conformément aux objectifs du CPOM.

**Remarque 6 :** Il convient que le gestionnaire mette en place un plan de formation en adéquation avec les sollicitations des professionnels et un accompagnement à la conduite du changement à destination des professionnels et notamment des actions de formation relatives à la prévention de la maltraitance, de la promotion de la bientraitance et au titre de la formation aux gestes et soins d'urgence, à l'hygiène bucco-dentaire et aux soins palliatifs. En ce sens, la mission relève que tous les professionnels de l'EHPAD n'ont pas une attestation AFGSU à jour.

## **C) L'organisation du travail**

### ➤ **L'organisation des équipes soignantes**

La mission s'est principalement concentrée sur l'organisation des équipes soignantes.

Les plannings sont élaborés par le responsable hébergement pour les ASH et équipe de cuisine.

L'IDEC assure l'élaboration des plannings pour l'équipe soignante qui est composée des IDE, AS, AMP et AVS.

Les équipes soignantes, de jour comme de nuit, travaillent en 12 heures dont 2 heures de pause, sur un roulement de 2 semaines. Les prises de poste sont décalées afin d'assurer une continuité des soins ainsi que des temps de transmissions sans être inscrits dans les plannings.

● IDE sont présents dans la journée et affectés chacun à un étage ; les ● IDE se partagent ensuite les résidents du 4<sup>ème</sup> étage (Unité Protégée). Chaque IDE assure donc le suivi d'environ ● résidents.

L'établissement n'a pas été en mesure de transmettre les fiches de postes des AVS et des AMP ainsi que leurs fiches de tâches heureuses sollicitées par la mission.

Les AS, les AMP et les auxiliaires de vie réalisent les mêmes tâches et les mêmes toilettes de résidents sans tenir compte de leur statut.

La mission constate donc un glissement de tâche entre les 3 fonctions susvisées.

Il a été précisé que les aides-soignants accompagnent entre 7 à 10 résidents.

Un binôme IDE/AS est référent pour chaque résident et participe à la synthèse du projet de vie individualisé (PVI) revu annuellement.

D'une manière globale, un meilleur équilibre devrait être recherché dans la constitution des équipes : la mission note qu'au 3<sup>ème</sup> étage l'équipe est composée le mardi 22 février 2022 de 3 AS et le mercredi de 2 AS et 1 AMP.

La mission constate également que sur la semaine du 21 février 2022 les 2 AVS en formation sont positionnées dans une équipe sans supervision par une AVS titulaire. L'équipe est composée de deux AS et de l'AVS en formation alors que la contre-équipe est composée de professionnel qualifié.

De même, la mission a constaté qu'un élève de terminale STSS avait comme référent de stage un vacataire.

### ➤ **Les réunions et transmissions**

Les temps de coordination et de transmissions sont insuffisamment structurés. La mission a pu constater l'absence de réunion de coordination au niveau des équipes soignantes.

Les transmissions entre équipe de nuit et équipe de jour se font uniquement sur le logiciel : il n'y a pas de transmissions orales.

Depuis peu, le directeur et l'IDEC organisent alternativement une transmission tous les jours de la semaine à 11h30 avec une partie des professionnels soignants. Ce temps n'est pas inscrit au planning ce qui ne permet pas de comprendre l'organisation et la permanence des soins dans les étages auprès des résidents. Ce créneau ne correspond d'ailleurs pas à un changement d'équipe, la relève intervenant à partir de 19h30 et à 7h.

Les jeudis après-midi, ont lieu des réunions pour élaborer les projets de vie individualisés des résidents.

Des comités de pilotage ont lieu toutes les semaines pour mettre à jour le projet d'établissement.

Des commissions de restauration sont organisées régulièrement.

Il ressort des échanges que les personnels n'identifient ni les différentes instances installées au sein de l'établissement (CVS, commission menu, etc.) ni leur périodicité.

➤ **Présence de nuit**

La présence de nuit est assurée par 3 personnes dont au moins 1 AVS.

Sur la semaine du 21 février 2022, 5 nuits sont assurées par 1 AS et 1 AVS qui est mentionnée comme AS dans l'organigramme fourni par la direction le jour du contrôle. Les 2 autres nuits sont assurées par une AS et deux AES.

A l'instar du fonctionnement de l'équipe de jour, cette modularité renforce l'idée d'une substituabilité totale des missions entre AS et AES.

Par ailleurs, il n'est pas fait mention du dispositif IDE de nuit prévu dans le cadre du CPOM. Ce dispositif prévoit la présence d'un IDE mutualisé sur 5 EHPAD (soit 2 ETP pour 365 nuits).

La mission constate que ce dispositif n'est pas connu par les équipes. L'organigramme transmis indique la présence de 1 ETP d'IDE de nuit sans préciser la mutualisation ce qui contribue à alimenter les tensions avec une partie des équipes de l'établissement.

De plus, les postes ne sont pas pourvus.

**Remarque 7 :** Il convient de revoir l'organisation des missions et des plannings ainsi que l'articulation des professionnels (AS/AES/ASH), y compris sur les temps de repas et la nuit. La mission constate également que certaines semaines, 1 AVS en formation sont positionnées dans une équipe sans supervision par une AVS titulaire. Certaines nuits, il n'y a qu'une seule aide-soignante et 1 AVS alors qu'il serait préférable qu'il n'y ait qu'une voire aucune AVS la nuit, compte tenu des responsabilités qui incombent aux personnels de nuit.

**Remarque 8 :** Il convient d'identifier expressément les stagiaires sur le planning. Ils ne peuvent être positionnés sur une équipe sans la supervision d'un pair titulaire de son poste et n'ont pas vocation à pallier l'absence de titulaire. Il convient de leur fournir des vêtements professionnels permettant de les distinguer du reste des personnels.

**Remarque 9 :** Il convient d'institutionnaliser les temps de transmission entre les équipes de jour et les équipes de nuit.

**Remarque 10:** L'équipe de direction, en lien avec le référent qualité de la direction régionale, doit pouvoir effectuer des audits afin de s'assurer du remplissage optimal du logiciel de soins.

**Remarque 11 :** Il convient de mettre en œuvre le dispositif IDE de nuit conformément aux engagements du CPOM.

**Remarque 12 :** Il convient de prévoir une communication régulière et un affichage des calendriers et des comptes rendus des différentes instances.

## **II – LE RESPECT DES DROITS DES RESIDENTS**

Le jour de l'inspection, il a été demandé aux membres de la mission de présenter leur pass sanitaire à l'accueil.

En revanche, le registre des visiteurs n'a pas été renseigné, alors qu'il devrait l'être par toute personne extérieure à l'établissement.

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

Le jour de la visite 106 résidents étaient présents au sein de la structure, soit un taux d'occupation de [REDACTED] alors que l'objectif contractualisé est de 95%.

Contrairement à ce qui a été demandé par la mission, l'établissement a communiqué la liste nominative des résidents mais sans mention du Groupe Iso Ressource (GIR). La mission ne peut donc pas apprécier le profil des résidents accueillis.

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

La mission a demandé la transmission de la dernière évaluation interne conduite ainsi que le plan d'amélioration de la qualité. Le gestionnaire a remis des documents datant de 2014.

L'évaluation interne transmise, ainsi que le plan de suivi d'amélioration de la qualité, identifient plusieurs points faibles dont :

- La traçabilité des transmissions ;
- Le délai de réponse aux appels malades ;
- Les chutes.

L'autorisation a été renouvelée à compter du 3 janvier 2017 pour une période de 15 ans.

Le projet d'établissement 2020-2024, décrit brièvement les modalités d'accueil du résident. Il est précisé dans le projet d'établissement que la psychologue rencontre les usagers dans le mois suivant son arrivé. La mission a pu constater la mise en œuvre de cet axe.

En page 15 du projet d'établissement, il est indiqué que « *le futur résident est reçu en visite de préadmission par le MEDEC* », or l'établissement ne dispose plus de MEDEC depuis plusieurs mois. La mission renvoie au développement ci-dessus et rappelle qu'en son absence, aucune entrée n'aurait dû intervenir.

#### **➤ Le projet de vie individualisé**

Le projet d'établissement indique que le projet de vie individualisé est réalisé dans les 3 mois suivant l'arrivée du résident et revu à minima chaque année.

Il est aussi indiqué dans le projet d'établissement (p.16) qu' « *une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire est dédiée aux PVI. La psychologue, l'ergothérapeute, l'infirmière de l'étage, l'animatrice et l'IDEC participent à cette réunion, avec le référent soin du résident* ».

La mission constate l'effectivité de cet axe mais s'interroge sur l'absence du MEDEC lors de ces synthèses.

Les PVI sont réalisés par l'un ou l'autre des psychologues qui rencontrent les résidents à l'entrée pour retracer leur histoire de vie et réaliser un entretien psychologique.

Les professionnels paramédicaux et de l'animation font un bilan des capacités du résident. Ainsi, sont évalués dans le cadre du PVI, les capacités à la marche, l'évaluation du risque de chutes, le risque d'escarres, le risque dépressif et les fonctions cognitives.

En 2022, ce sont ainsi 27 bilans PVI pour l'animation, 22 bilans PVI ergothérapeute, 21 bilans PVI psychologiques et 18 bilans PVI infirmiers qui ont été réalisés.  
Ces différents bilans de PVI sont ensuite discutés lors de réunions qui ont lieu le jeudi après-midi.

A noter que ces réunions sont planifiées tous les jeudi après-midi ce qui, en pratique, ne permet qu'à une des psychologues d'être présente.

#### ➤ **Dossiers administratifs des résidents**

L'examen d'un échantillon de dossiers papier révèle que certains contrats de séjour ne sont pas signés.

Seule une fiche de recueil des souhaits est complétée et concerne principalement les dernières volontés. Une partie des données concernant le projet de vie est conservée sur Netsoin. Il convient de procéder à une articulation entre les deux supports.

Sur le panel de dossiers examinés, la mission a constaté la présence d'éléments concernant d'autres résidents.

**Ecart 2 :** L'établissement doit respecter le calendrier de réalisation des évaluations internes et externes et transmettre un rapport annuel d'activité dans lequel: « *les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L312-8 du CASF* » sont mentionnées.

**Remarque 13 :** Il est attendu du gestionnaire qu'il s'assure du bon renseignement du registre des visiteurs par toute personne extérieure à l'établissement.

**Remarque 14 :** L'organisation des réunions de PVI doit être revue afin de permettre à l'ensemble des référents de l'usager d'y participer.

**Remarque 15 :** L'établissement doit mettre à jour les dossiers usagers et s'assurer de la concordance des différents supports et que tous les documents contenus dans le dossier concernent bien le même résident. En ce sens, l'établissement doit pouvoir justifier d'un exemplaire du PVI actualisé et signé par le résident ou son représentant. Il en de même s'agissant du contrat de séjour.

**Remarque 16 :** Le gestionnaire doit informer le résident et son représentant légal sur les dispositions relatives à la personne de confiance et sur les directives anticipées. Cette information pourrait ré-intervenir lors de l'actualisation du PVI.

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

La mission a demandé une transmission des comptes rendus du CVS des années 2020, 2021 et 2022.

Les comptes rendus de l'année 2021 n'ont pas été remis aux membres de la mission en fin de journée, ce qui interroge sur la mise en œuvre du CVS en 2021 et la communication à l'égard des familles et des résidents en 2021, conformément à l'article L311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Cette absence ne permet à la mission de s'assurer qu'un bilan des EIG et réclamations a été présenté devant cette instance conformément à l'article R.331-10 du CASF.

Pour rappel, il était précisé dans les recommandations nationales relatives à la gestion de crise COVID d'informer le CVS et les familles à chaque modification des recommandations et des mesures prises par l'établissement.

Les comptes rendus du CVS remis à la mission ne sont pas signés par le président du CVS et le compte rendu du CVS du 2 septembre 2020 fait mention uniquement de la situation COVID et n'aborde pas les 4 points inscrits à l'ordre du jour.

Il est inscrit en page 13 du livret d'accueil que le Président du CVS est le Directeur de l'établissement en contradiction avec la réglementation.

La mission a relevé que les élections du CVS seront organisées le 8 mars 2022.

**Ecart 3** : La mission a constaté l'absence de la liste des membres présents sur les CVS de 2020 et 2021, de sorte qu'il n'est pas possible de s'assurer que le secrétaire de séance n'est pas désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux conformément à l'article D.311-20 du CASF.

Pour l'année 2022, le rédacteur et l'approbateur est le directeur d'établissement.

**Ecart 4** : Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article D.311-9 du CASF concernant la composition du CVS, en indiquant que le directeur est le président du CVS.

**Ecart 5** : Le CVS ne s'est pas réuni conformément aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.

**Ecart 6** : Les comptes rendus de CVS ne font pas état de la présentation d'un bilan relatif aux évènements indésirables conformément à l'article R.331-10 du CASF.

## D) La gestion des réclamations , des évènements indésirables (EI) et des évènements indésirables graves (EIG)

### ➤ Gestion des réclamations des résidents et des familles

Le projet d'établissement indique que : « *les réclamations sont répertoriées dans l'outil K-REC et font l'objet d'une analyse avant réponse* ». La mission relève que le gestionnaire n'a pas été en mesure de communiquer la traçabilité des réclamations. Ni le panneau destiné à l'information des résidents et des familles, ni le livret d'accueil ne précisent les modalités pour le dépôt des réclamations auprès de:

- L'établissement,
- Les autorités de tarification et de contrôle.

### ➤ Gestion des EI et des EIG

Une procédure a été élaborée par la Direction Régionale (la Directrice qualité et gestions des risques, 3 responsables qualité opérationnelle, la responsable référentiels et procédures et la responsable prévention et gestion des risques). La procédure explique de façon lisible la façon de déclarer un signalement et la façon de le traiter et de l'analyser.

Une affiche a également été élaborée pour rappeler le fait d'identifier un EIG.

La mission constate que la dernière mise à jour de la procédure date du 27/09/2019 et que les plans de formation transmis pour les années 2021 et 2022 ne proposent pas de formation sur cette thématique. De même, aucune formation n'est prévue concernant la bientraitance/prévention de la maltraitance.

La procédure ne précise pas les modalités de signalement auprès de l'ARS Ile-de-France et de la Ville de Paris, comme en dispose l'article L331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

A l'inverse, le projet d'établissement rappelle que les EIG sont à déclarer auprès des autorités compétentes.

Il ressort des échanges que le personnel n'identifie pas les procédures relatives aux évènements indésirables.

A la lecture des EI et EIG transmis pour l'année 2020, il n'est pas fait mention de chute grave en contradiction avec le Rapport Activité Médicale Annuelle qui indique 186 chutes avec 6 grands chuteurs et 10 fractures. La mission relève que l'évaluation interne de 2014, ainsi que le plan de suivi d'amélioration de la qualité, identifiaient déjà ce point faible.

Le gestionnaire indique à la mission 6 EIG en 2020 et 3 EIG en 2021.

Au regard des constats ci-dessus, la mission s'interroge sur la complétude de la remontée des EI et EIG.

Il ne ressort ni des échanges ni des documents remis (planning, projets d'établissement, etc.) qu'une analyse de la pratique ou une supervision extérieure soit instituée au sein de l'établissement.

L'établissement n'a pas mis en place des réunions d'analyse de la pratique professionnelle instituées au sein de l'établissement.

La mission a constaté que la liste des personnes qualifiées et du numéro de téléphone 3977 étaient affichés sur les panneaux d'affichage du rez-de-chaussée.

La mission a constaté que le personnel n'identifie pas clairement la distinction entre EI et EIG et ne connaît pas les procédures relatives aux évènements indésirables. En ce sens, les documents transmis font état de la chute d'un radiateur mural sur un résident dans les toilettes du rez-de-chaussée ayant entraîné l'hospitalisation du résident en octobre 2021. Cet épisode est répertorié comme EI par l'établissement et non comme EIG. Par ailleurs, il n'a, contrairement à la réglementation, pas donné lieu à une déclaration auprès des autorités de tarification.

**Remarque 17 :** Le personnel n'identifie pas clairement la distinction entre EI et EIGS. Il existe une insuffisance de culture en matière d'EIG au sein de l'établissement. Il convient que le directeur de l'établissement, en lien avec la Direction Régionale, mette en place un suivi qualité sur cette thématique (réclamations et signaux).

**Remarque 18 :** Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'établissement doit mettre en place des groupes d'analyse de la pratique.

**Remarque 19 :** Il convient de revoir les modalités d'information des résidents, leurs familles ou représentants, pour le dépôt des réclamations auprès de l'établissement et des autorités compétentes.

**Remarque 20 :** Il convient de mettre en place un soutien psychologique en soutien des professionnels, des résidents et des familles pour les EIG le nécessitant.

### **III – LA PRISE EN CHARGE HOTELIERE**

#### **A) Les prestations hôtelières et la sécurité des locaux**

##### **➤ L'état du bâti**

Un suivi périodique du bâti est réalisé par l'agent technique et la responsable régionale du parc. Des travaux ont été conduits en 2018/2019 lors de la réhabilitation (rez-de-chaussée et étages prioritairement). Le sous-sol ne semble pas en avoir bénéficié. Il a été déclaré à la mission qu'aucun projet d'investissement n'était projeté à court terme.

La mission a constaté certains évènements qui renvoient pourtant à un enjeu de renouvellement des immobilisations. Ainsi, les espaces des parties non accessibles au public, en particulier les sous-sols, sont non entretenus et vétustes. Les plafonds des douches des personnels sont hors d'âge et rendent toute douche inenvisageable. De même, l'aménagement du vestiaire destiné aux hommes n'est pas optimisé et ne permet pas d'accéder directement à la douche sans repasser par les parties communes. De plus, la mission a constaté l'existence de 3 fuites d'eau : l'une dans un local technique TGBT (tableau général basse tension), une autre venant du local de lavage du linge sale et une autre dans le parking.

Enfin, en octobre 2021, un radiateur mural des sanitaires pour résidents du rez-de-chaussée, est tombé sur un résident.

##### **➤ Propreté et sécurité des locaux**

Une visite complète du bâtiment a été effectuée par les membres de la mission.

L'établissement dispose de plusieurs ascenseurs desservant les différents niveaux.

Des barres d'appui sont installées dans le bâtiment.

Des sièges sont disponibles pour faciliter l'attente à proximité des ascenseurs.

L'établissement dispose d'un système de SAS à l'entrée.

L'unité de vie protégée située au 4ème étage est sécurisée (code pour l'ascenseur et déverrouillage magnétique des portes de l'escalier).

Lors de la visite il a été relevé que plusieurs placards et locaux techniques sont accessibles tels que les autocoms, la chaufferie, le bloc de climatisation, les placards électriques en rez-de-chaussée et dans les étages. Plus généralement, la mission a constaté que les portes sécurisées sont souvent défectueuses et ne sont en pratique pas fermées, à l'exception de l'unité de vie protégée.

Il est constaté que les sanitaires destinés aux résidents situés au rez-de-chaussée sont équipés d'une barre d'appui, mais la sonnette d'appel malade ne peut être actionnée (cordon noué à plus d'1 mètre 60 du sol. De plus, le dévidoir de papier est situé à plus d'un mètre du siège ce qui le rend très difficilement accessible aux résidents.

##### **➤ Le bio-nettoyage**

Les locaux destinés à l'accueil des résidents sont globalement propres. Il a été précisé à la mission que les standards du groupe sont de 10 minutes de nettoyage par chambre. Un temps de réunion d'équipe de 10 mn est organisé en équipe pour les ASH.

L'examen des emplois du temps laisse apparaître un cadencement des tâches très serré. Ainsi, l'ASH en charge du 4ème étage et du sous-sol est en charge du bio nettoyage de l'espace repas du 4ème étage de 14H à 14H15 et effectue de 14H15 à 16H35 le bio nettoyage du sous-sol et des circulations.

Il a été relevé le jour de la visite l'état d'usure avancé d'au moins un chariot de ménage. Il a été rapporté par plusieurs personnels des demandes de remplacement formulées sans être suivies d'effet.

➤ **Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)**

Le circuit d'élimination des déchets (DASRI) n'est pas mis en œuvre par les équipes :

- Au 1<sup>er</sup> sous-sol, les déchets de soins sont dans une armoire dont la serrure est cassée et qui ne ferme pas à clef ;
- Au 1<sup>er</sup> étage, dans un local appelé Local Privé, non fermé à clé, le carton pour les déchets de soins n'est pas déplié ce qui ne permet pas son utilisation.
- Il a été indiqué que les équipes bénéficient d'une formation annuelle par le prestataire et qu'un rappel périodique du circuit des déchets était effectué.

➤ **Le circuit du linge**

Le traitement du linge plat des résidents et l'entretien des tenues des professionnels est externalisé avec un circuit dédié (Elis) et 2 livraisons par semaine. Pour le linge plat des résidents, un stock de 3 jours est constitué pour permettre de palier les aléas. Les professionnels ont 7 blouses à disposition ce qui permet des changements réguliers. La mission relève que depuis septembre 2021, à plusieurs reprises, la livraison de linge prévue n'avait pas été livrée par le prestataire, aussi bien pour le linge plat des résidents que pour les tenues professionnelles et que des retards avaient eu lieu pour le marquage du linge de résidents entrants. Cela perturbe forcément le travail des soignants et ne correspond pas exactement aux précisions apportées lors de la visite.

A noter que la poignée de la porte coupe-feu du local de stockage du linge sale est cassée et ne permet pas son bon fonctionnement.

L'établissement dispose de deux machines de petite capacité et d'un sèche-linge en appoint. Il a été constaté au jour de la visite que l'évacuation des eaux usées était endommagée occasionnant une fuite.

L'établissement propose en option l'entretien du linge des résidents. Le projet d'établissement précise que celui-ci comprend le marquage et le lavage des vêtements et que deux passages hebdomadaires sont assurés. Le linge des résidents est rangé directement par un professionnel dans la penderie ou la commode de chaque résident.

➤ **La restauration**

Le gestionnaire a remis un cycle des menus sur 5 semaines. Les données concernent une description des menus sans précision de la résidence concernée. Certaines données concernent d'autres régions et sont donc sans lien avec l'établissement.

Le gestionnaire a communiqué les comptes rendus des 3 dernières commissions menu de l'établissement. Seul un procès-verbal est signé. Le compte rendu ne rend compte que des personnes présentes sans retracer les échanges, prises de décision et calendrier.

L'examen des éventuelles réclamations n'est pas prévu dans l'ordre du jour. Rien n'est dit sur ce point.

L'ensemble des repas est préparé sur place par le personnel de l'établissement et dressé et servi à l'assiette au restaurant.

Le livret d'accueil précise les modalités suivantes :

- Entre 8h et 10h : petit-déjeuner servi en chambre ;
- A partir de 12h : déjeuner servi au restaurant ;
- A partir de 16h : goûter servi aux étages ;
- A partir de 18h : dîner servi au restaurant.

Il est précisé que chaque résident souhaitant une collation peut en bénéficier sans restriction, mais la majorité des résidents ne connaissent pas cette possibilité. Le gestionnaire a identifié une liste de 33 résidents pour lesquels une collation nocturne est proposée. La traçabilité des collations nocturnes n'a pas été retrouvée.

La mission a :

- Assisté à la distribution des repas au restaurant du RDC et sur chaque étage pour les résidents les moins autonomes ;
- Gouté les différentes textures proposées au repas (classique, mixé, haché). La présentation est soignée mais manque de goût.
- Eté interpellée par les résidents sur le fait que les repas manquaient parfois de diversité et que les fruits frais n'étaient pas fréquemment proposés. Le circuit des réclamations concernant les repas ne semble pas connu des usagers.

Une grande salle à manger commune au rez-de-chaussée accueille les résidents pour les repas. Une fontaine à eau gazeuse et non gazeuse y est à disposition des résidents. Le service en salle est assuré par deux serveuses. Chaque jour, l'une d'elles est présente de 8h00 à 20h00 ou de 8h30 à 20h30. Un ASH la rejoint de 12h00 à 14h30 afin de l'assister, ce qui permet d'entretenir un lien relationnel de qualité.

Le service débute à midi, les résidents ont une place « attribuée » selon leur souhait et leurs capacités cognitives pour rendre les moments de repas conviviaux.

Les résidents très dépendants ne descendent pas en salle à manger mais prennent leur repas dans les salles à manger d'étage ou en chambre. Pour les services en étages, les plats sont conservés dans ces chariots chaud /froid.

Le jour de l'inspection, 17 résidents de différents étages, (au 2<sup>ème</sup> étage, 5 résidents au 2<sup>ème</sup>, 8 résidents au 3<sup>ème</sup> et 4 au 4<sup>ème</sup>) pas tous autonomes et nécessitant, de l'avis même des soignantes, d'être stimulés, mangent seules en chambre.

La mission a constaté qu'au moment du repas, les soignants sont majoritairement présents dans les salles à manger d'étage et les personnes en chambre sont seules devant leur plateau, alors que précisément, leur niveau de dépendance nécessiterait une aide à la prise de repas.

### ➤ Les animations

Le projet d'établissement prévoit des animations quotidiennes (du lundi au dimanche) :

- 3 activités collectives organisées du lundi au vendredi ;
- 2 activités le week-end (samedi et dimanche) et les jours fériés ;
- lors des grands évènements, une activité quotidienne unique ;

Il est prévu un relais par l'équipe soignante et des intervenants extérieurs lors des congés de l'animatrice.

Le livret d'accueil précise la tenue d'une commission animation qui se réunit toute les semaines.

La mission a constaté qu'un planning était affiché précisant les animations.

La mission n'a toutefois pas eu l'occasion d'échanger avec la référente.

**Remarque 21 :** Il convient que le gestionnaire s'assure du respect des conditions techniques minimales et vérifie que les accès sécurisés ne sont pas accessibles. En ce sens une fuite d'eau est constatée dans le local du tableau général basse tension (TGBT).

**Remarque 22 :** Le suivi périodique du parc immobilier et mobilier doit permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel.

**Remarque 23 :** Le gestionnaire est invité à installer un abri destiné à protéger les fumeurs en cas d'intempéries.

**Remarque 24 :** Afin d'assurer la confidentialité des dossiers de soins des usagers et des dossiers RH des professionnels, il convient de remplacer les armoires par des armoires sécurisées.

**Remarque 25 :** Le gestionnaire doit vérifier que l'installation des dévidoirs de papier hygiénique (ex. toilettes des résidents du RDC) et des appels malades est accessible et garantisse la sécurité des résidents.

**Ecart 7 :** Le gestionnaire doit sécuriser le circuit DASRI conformément aux articles L.541-2 et suivants du Code de l'environnement.

**Remarque 26 :** Le gestionnaire doit être en mesure de recueillir et d'analyser les souhaits et réclamations des résidents concernant les repas afin d'en tenir compte et d'adapter les menus en conséquence.

**Remarque 27 :** Conformément aux objectifs CPOM, il est attendu du gestionnaire la mise en place d'actions collectives favorisant la convivialité. En ce sens, la mission relève qu'une action de végétalisation des terrasses pourrait s'envisager en lien avec les résidents.

**Remarque 28 :** Il convient que le gestionnaire retravaille le processus de livraison avec son prestataire afin que le linge plat des résidents et que les tenues professionnelles réceptionnées soient conformes aux bordereaux de livraison du fournisseur. Et ce, pour ne pas perturber l'activité des personnels.

## B) Les achats de consommables

Le gestionnaire a transmis des extractions de commandes de fournitures médicales et de protections ainsi que les locations de matériel médical sur la fin d'année 2020 à fin janvier 2022.

Les commandes sont toujours enregistrées au dernier jour du mois et ne permettent pas d'identifier explicitement le type de produits (réf. codifiée uniquement dans le fichier excel et factures individuelles qui ne permettent pas d'identifier avec finesse l'état des commandes et les stocks disponibles). Il a été précisé lors de la mission que les livraisons étaient effectuées tous les quinze jours. Il ne ressort pas des documents que des commandes interviennent en milieu de mois. La périodicité des livraisons n'a donc pu être étayée.

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

### ➤ Les équipements médicalisés

Le projet d'établissement indique que l'ensemble des chambres est équipé de lit médicalisé.

Il a été déclaré la présence d'un seul lève malade mobile sur l'établissement. Il semble peu utilisé.

Il y a 88 rails de transfert dans l'établissement (au 1er, 2ème et 3ème étage principalement) et quelques chambres équipées au 4ème (UVP), 47 moteurs (22 utilisés en chambre actuellement et 24 en réserve). Certains moteurs ne sont pas fonctionnels et sont en attente de réparation.

➤ **Les appels malades**

Malgré la demande formulée par la mission d'inspection, l'établissement n'a pas été en mesure de communiquer les listings de suivi des appels malades et de suivi du temps décroché (cf. PJ n°31). Des tests ont été effectués par l'équipe dans 3 chambres :

- Dans la première, le test n'a pas été concluant et l'absence de bouton d'appel à la tête de lit a été soulignée ;
- Dans la seconde, le délai d'intervention a été d'1,28 minute ;
- Dans la troisième, le délai a été de plus de 2 minutes. A noter qu'une auxiliaire de vie est passée deux fois devant la chambre sans s'y rendre.

Le système d'alerte sonore et visuel est relayé vers l'office. Les équipes ne sont pas équipées de bipper malgré les demandes du personnel.

Le rapport d'évaluation interne de 2014 identifiait comme point négatif les délais de réponses aux appels malades avec des chutes provoquées par les déplacements, en direction des toilettes, des usagers qui ne souhaitent pas attendre.

**Remarque 29 :** Il convient d'équiper les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office.

**Remarque 30 :** Le gestionnaire doit être en capacité d'analyser en réunion d'équipes les délais de réponses aux appels malades et d'adapter l'organisation du travail en conséquence.

## **IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE**

### **A) Les professionnels médicaux et paramédicaux**

#### ➤ **Les Médecins**

Le poste de MEDEC est vacant depuis juillet 2021 soit 8 mois.

Conformément à l'article D. 312-158, 10° du CASF, le précédent MEDEC a établi un rapport d'activité médicale annuel (RAMA) pour l'année 2020.

A noter que l'absence de médecin coordonnateur interroge la capacité de l'établissement à respecter l'élaboration du RAMA et l'organisation de commission de coordination gériatrique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.

Seuls 3 médecins traitants libéraux se déplacent dans l'établissement, chacun une fois par semaine en systématique les lundis, mardis et mercredis. Aucun médecin ne passe régulièrement du jeudi au dimanche. Lors de leur passage, les médecins traitants consultent leurs résidents et acceptent de voir les résidents qui n'ont pas de médecin traitant pour lesquels un avis médical est demandé.

Les médecins traitants peuvent avoir accès à distance au logiciel [REDACTED] mais un seul des médecins rédige ses ordonnances sur [REDACTED]

#### ➤ **L'IDEC**

Le tableau des effectifs du 22 février 2022 mentionne 2 postes d'IDEC. L'un est en CDI mais en formation d'infirmière en pratique avancée (IPA). L'autre, à temps plein, avec un contrat de travail en CDD, a pris ses fonctions en décembre 2021. Elle a quitté un poste d'IDEC [REDACTED] [REDACTED] et a dû arrêter la formation d'infirmière en Pratique Avancée (IPA) dont elle avait fait la 1<sup>ère</sup> année.

#### ➤ **L'ergothérapeute**

En poste à plein temps dans l'EHPAD depuis [REDACTED], elle est en CDI.

Elle rencontre les résidents le jour de leur arrivée si possible, pour la mise en place du matériel nécessaire.

Elle réalise les évaluations de la marche et du risque de chutes, du risque d'escarres.

#### ➤ **Les psychologues**

Deux psychologues se partagent un temps plein : elles ne sont jamais présentes en même temps.

Elles rencontrent systématiquement les résidents à leur entrée et réalisent le bilan psychologique d'entrée. Les familles sont rencontrées si elles en font la demande.

Elles organisent les PVI des résidents.

Elles participent aux réunions en fonction de leur présence.

#### ➤ **Les intervenants extérieurs**

4 kinésithérapeutes libéraux sont présents 5 jours sur 7 au sein de l'établissement.

La mission a demandé la transmission de la convention avec les kinésithérapeutes. Le seul document transmis se nomme « [REDACTED] » : il s'agit d'une convention entre l'EHPAD et le [REDACTED] et ce qui ne permet pas de vérifier les modalités d'intervention des kinésithérapeutes.

## B) L'organisation des soins

### ➤ La coordination médicale

L'absence de MEDEC pénalise fortement le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des résidents.

Une vingtaine de résidents n'ont pas de médecin traitant, majoritairement les nouveaux entrants en hébergement temporaire suite à une sortie d'hospitalisation (HTSH).

Les dossiers médicaux et de soins sont sur le logiciel [REDACTED]. Cependant, en l'absence de MEDEC, les antécédents et les pathologies en cours des résidents entrants ne sont pas saisis dans les dossiers médicaux de [REDACTED]. Les médecins traitants traceraient leurs observations dans le dossier papier des résidents. Un seul médecin traitant réalise les prescriptions sur [REDACTED]. Les dossiers médicaux papier des résidents sont rangés dans un placard qui ne ferme pas à clé, dans l'infirmérie, qui elle-même n'est pas systématiquement fermée. Les dossiers médicaux des résidents n'ont pas été étudiés.

### ➤ Les partenariats médicaux

Il existe un partenariat avec une équipe mobile gériatrique externe ([REDACTED], une hospitalisation à domicile (HAD) et un réseau de soins palliatifs.

Depuis décembre 2021, seule l'intervention de [REDACTED] au sujet d'un pansement d'escarres difficile a été sollicitée. Depuis, l'IDE de [REDACTED] a proposé de venir tous les mois dans l'EHPAD pour s'assurer d'une bonne prise en charge des plaies, ce qui a été accepté.

La dernière commission de coordination gériatrique date du 5 janvier 2021.

### ➤ Les visites de préadmission

Depuis le mois de novembre 2021, 17 admissions ont eu lieu, majoritairement dans le cadre du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation.

Seuls les résidents permanents ont une visite de préadmission qui se fait en l'absence du MEDEC et de l'IDEC.

Le nom d'une personne de confiance est systématiquement demandé. S'il n'y a pas de personne de confiance connue, le nom d'un enfant est noté comme personne de confiance. Les directives anticipées ne sont pas abordées ni même les horaires auxquels il est possible d'appeler la famille pour prévenir d'un problème de santé.

### ➤ La traçabilité des soins

Les informations fournies par [REDACTED] indiquent que les transmissions sont faites à 75%. Cependant le détail des transmissions n'a pas été donné.

Des tablettes permettant de tracer les soins réalisés au sortir de la chambre du résident avaient été achetées. Elles ont toutes été remises en état de marche début 2022 et sont proposées aux soignants. A ce jour, très peu de soignants les utilisent.

### ➤ La salle de soins du 1<sup>er</sup> étage

Cette salle de soins, munie d'une serrure à code, comporte un frigidaire, un placard, un chariot de soins, un chariot de distribution des médicaments.

Le placard, dont la porte est cassée et ne ferme plus, contient les médicaments du mois hors piluliers des résidents. Il n'y a aucune photo sur ces boîtes de médicaments.

Le coffre à stupéfiants est scellé mais il est difficilement accessible car en hauteur, obligeant les IDE à monter sur une chaise pour y accéder. Il contient des stupéfiants ainsi qu'un brassard à tension (pour éviter qu'il disparaisse est-il expliqué) et une boîte de [REDACTED] (médicament antidiarrhéique). Le carnet à souche est posé sur le dessus du coffre.

Le chariot de distribution des médicaments dont la porte coulissante ne ferme plus, ne comporte aucune photographie des résidents sur les piluliers.

Sur le chariot de soins, on trouve 2 flacons de [REDACTED] ouverts dont la date d'ouverture n'est pas précisée.

Le frigidaire de cette salle est ancien et le relevé de température laisse apparaître des valeurs hautes.

**Ecart 8 :** Les dossiers de soins des résidents ne sont pas stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4127-45 du CSP.

**Ecart 9 :** Le chariot de distribution des médicaments n'est pas sécurisé, entre autre durant la distribution des médicaments, lorsque l'IDE est dans une chambre.

**Remarque 31 :** Les Dossiers de Liaison d'Urgence (DLU) des résidents sont soit incomplets soit pas à jour ce qui contrevient aux recommandations de la HAS. Cela est préjudiciable à la santé des résidents et nuit à leur suivi en cas d'hospitalisation et à leur suivi spécialisé.

**Remarque 32 :** Le positionnement du coffre à toxiques dans le local de soins ne garantit pas la sécurité des professionnels. Le coffre à toxique n'a pas à servir de lieu de stockage pour du petit matériel ou des médicaments et le carnet à souche doit être à l'intérieur du coffre.

**Remarque 33 :** Une vingtaine de résidents n'ont pas de médecin traitant ce qui est très préjudiciable à leur santé d'autant que majoritairement ils sortent d'hospitalisation et ne sont pas connus de l'EHPAD.

**Remarque 34 :** L'absence de photographie des résidents sur le chariot de distribution des médicaments ne garantit pas une pharmacovigilance correcte.

**Remarque 35 :** Le frigidaire de la salle de soins du 1<sup>er</sup> étage n'est pas en bon état de marche. La programmation des réparations et/ou du remplacement de matériel n'a pas été démontrée.

**Remarque 36 :** La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.

### C) La prise en charge des résidents

#### ➤ La prise en charge nutritionnelle

Les informations nutritionnelles demandées à l'établissement (ration calorique, ration protéique, ration de calcium journalières) n'ont pas été fournies ce qui ne permet pas à la mission de savoir si les apports nutritionnels conseillés sont respectés.

L'étude de la prise en charge nutritionnelle a été réalisée à partir d'exactions du logiciel [REDACTED]. Les dates de mises à jour des données ne sont pas toutes précisées mais certaines données (en particulier l'albuminémie) ne sont plus mises à jour depuis le départ du MEDEC. Il est cependant possible que des dosages d'albumine aient été réalisés et classés dans le dossier médical papier du résident et n'apparaissent pas sur [REDACTED].

Au vu des documents fournis, la mission a pu constater que :

- Les pesées des résidents ont été particulièrement irrégulières entre juillet 2021 et janvier 2022. En février 2022, 85 résidents ont été pesés.
- Pour 9 résidents entrés au cours des 3 derniers mois, aucun poids n'est noté.
- 16 résidents ont vu leur poids augmenter de plus de 5%, soit de 3 à 17kg (entre leur poids de référence et leur poids actuel). Sans remettre en cause ces chiffres, on peut s'interroger sur l'équilibre diabétique d'une résidente de 100kg qui aurait pris 10kg en 6 mois.
- Sur les 12 résidents qui ont perdu 5% ou plus de leur poids (entre leur poids de référence et leur poids actuel), seuls 10 sont considérés comme dénutris, et 4 seulement ont un régime enrichi.
- 43 résidents sont notés comme à risque de dénutrition dont 15 n'ont ni régime enrichi ni Compléments Nutritionnels Oraux (CNO).
- Pour 36 résidents un régime enrichi en protéines et/ou en calories est précisé.

Des CNO sont donnés à certains résidents mais leur prise n'est pas tracée.

Les petits déjeuners ne sont pas enrichis en protéines alors que c'est le repas où les résidents ont le plus faim du fait d'un jeûne nocturne supérieur à 12 heures.

Au total, la prise en charge nutritionnelle des résidents apparaît plutôt incohérente, des résidents dénutris n'ont pas de régime enrichi, alors que des résidents en surpoids en ont.

Le jour de la visite, 40% des résidents seraient dénutris mais la plupart des données recueillies sur [REDACTED] (hormis les poids) datent de 2021 et ne concernent pas les résidents entrés entre décembre 2021 et février 2022.

En sus des résidents qui mangent dans les salles à manger d'étage, sous la surveillance des soignants, il a été indiqué à la mission qu'au moins 17 résidents mangeaient dans leur chambre le midi.

#### ➤ L'évaluation des risques de fausses routes

Le repérage des troubles de la déglutition est absent des évaluations réalisées, aussi bien à l'entrée qu'au cours du séjour. Plusieurs résidents ont une pathologie pouvant entraîner des fausses routes et il est préjudiciable de ne pas les dépister.

Il y aurait 18 personnes présentant des troubles de la déglutition à qui de l'eau gazeuse ou de l'eau gélifiée est fournie. La traçabilité de ces prises n'a pas été trouvée.

Au 4ième étage, la mission a pu voir un soignant debout donner à manger à une résidente assise, ce qui favorise les fausses route.

#### ➤ Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur n'est pas systématique à l'entrée des résidents. En janvier et février 2022, ce sont 350 évaluations de la douleur qui ont été réalisées mais elles ne concernaient que 13 résidents (15% des résidents).

Par contre, une fois la douleur repérée, le suivi des résidents douloureux est bien assuré.

➤ **Les chutes**

Elles sont répertoriées dans une fiche dans [REDACTED] et l'IDEC est prévenue. Toutes les personnes qui ont chuté ne voient pas systématiquement un médecin. Une commission des chutes a lieu tous les 3 mois, avec l'ergothérapeute et l'IDEC, pour analyser les chutes et faire un retour aux équipes.

➤ **L'hygiène bucco-dentaire**

Les soignantes et les IDE réalisent les soins de bouche ainsi que le nettoyage des appareils dentaires, mais ces soins ne sont pas régulièrement tracés.

Il n'y a aucune formation sur l'hygiène bucco-dentaire dans les plans de formation 2021 et 2022 ce qui n'est pas conforme avec les objectifs du CPOM.

➤ **Soins des plaies**

Le jour de l'inspection, 3 résidents ont des soins d'escarres.

Le risque d'escarres est régulièrement évalué par l'ergothérapeute qui met en place le matériel adapté.

➤ **Les contentions**

Les barrières de lit sont la seule contention existante dans l'établissement. Plusieurs contentions n'ont pas de prescription.

**Ecart 10 :** Le bien être, la santé et les besoins des résidents ne sont pas suffisamment pris en compte : Les prises en charge nutritionnelles des résidents sont incohérentes, le nombre de résidents dénutris n'est pas connu avec exactitude, les prises de CNO ne sont pas tracées, les troubles de la déglutition ne sont pas dépistés et sont mal pris en charge, il n'y a pas de protocole de repas enrichis, tout ceci contrevient à l'article L.311-3 du CASF.

**Ecart 11 :** Seuls 15% des résidents ont eu une évaluation de la douleur en 2021 ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

**Remarque 37 :** Les petits déjeuners ne sont pas enrichis en protéines alors qu'il s'agit du moment où les résidents mangent le plus volontiers après 12 heures de jeûne nocturne.

**Remarque 38 :** Depuis 2 ans, les salariés n'ont eu aucune formation sur les troubles de la déglutition et leurs conséquences délétères pour les résidents. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'aide aux repas pour les résidents sujets à des troubles de la déglutition ne sont pas connues des personnels.

**Remarque 39 :** Les contentions des résidents telles que les barrières de lit ne sont pas prescrites par un médecin ni discutées en équipe, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.

**Remarque 40 :** L'absence de traçabilité des soins bucco-dentaire est préjudiciable au suivi nutritionnel des résidents.

➤ **Bientraitance / Prévention de la maltraitance**

La mission s'est rendue dans les salles à manger du 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> étages au moment du déjeuner, à partir de 12h30.

A chaque étage visité, une dizaine de résidents sont attablés et mangent seuls. Des résidentes sont en robe de chambre.

Seules 1 ou 2 personnes nécessitent que les soignants leur donnent à manger.

Au 4<sup>ème</sup> étage, une soignante, donne à manger à une résidente, assise à part des autres résidents, de façon intermittente, lorsqu'elle passe devant elle, tout en restant debout.

A chacun de ces étages, il y avait entre 4 et 6 soignants, debout, autour des résidents qui mangeaient. A chacun de ces étages, il y avait entre 4 et 8 résidents qui mangeaient seuls dans leur chambre ce midi. Le nombre de résidents mangeant en chambre le soir est certainement beaucoup plus élevé que le repas du midi, avec des résidents qui mangent au lit.

A l'exception des repas en chambre demandés par des résidents sans troubles des fonctions cognitives ou par une famille présente pour aider aux repas, manger en chambre représente un risque majeur de dénutrition (pas de stimulation ni de discussion avec les autres résidents et peu de temps pour les soignants pour aider à manger tous les résidents mangeant en chambre). Cela prive aussi le résident de moments de convivialité et l'isole encore plus.

A un des étages, la mission a constaté que le plateau d'une résidente lui était retiré alors que les plats n'étaient pas terminés sans que la résidente ait été beaucoup stimulée pour finir ses plats.

La mission a souhaité rencontrer une résidente mangeant en chambre. La résidente était seule, alitée, en chemise de nuit, elle mangeait son dessert avec les doigts sans n'avoir mangé ni l'entrée ni le plat. La résidente a demandé à savoir qui rentrait chez elle. Déficiente auditive, par deux fois, la résidente a fait un geste entre son oreille et sa table de nuit en disant qu'elle n'entendait pas. Par deux fois, la soignante a fait signe que non. Lorsqu'une stagiaire arrive, elle dit qu'il faut lui mettre ses appareils auditifs ce qu'elle a fait en prenant une boîte sur la table de nuit. A la sortie de la chambre, une infirmière explique que la résidente ne veut pas qu'on lui mette ses appareils auditifs car ils lui font mal.

Par ailleurs, la mission a été informée que beaucoup de toilettes étaient réalisées au lit. Cette manière de faire est la plus rapide pour les soignants mais ne favorise pas l'autonomie du résident qui n'est mobilisé ni pour le déplacement dans la salle de bains ni pour une participation à la toilette. Par ailleurs, la toilette au lit nécessite une technique particulière qui doit être connue et respectée.

Enfin, la totalité des contentions étant des contentions avec les barrières, le nombre élevé de toilettes au lit et de résidents mangeant en chambre, sont des éléments qui laissent suspecter qu'un nombre non négligeable de résidents passent beaucoup de temps au lit, voire même ne sont pas levés ou installés au fauteuil.

**Ecart 12 :** Ne pas mettre les appareils auditifs à une personne qui les demande relève d'une maltraitance par défaut de soins. Par ailleurs, c'est condamner la résidente à l'isolement et renvoie à la résidente le peu de cas qui est fait de ses demandes et de ses besoins.

**Remarque 41 :** Plusieurs résidentes sont en robe de chambre, non habillées avec des vêtements de ville, ce qui majore leur désorientation dans le temps et met à mal la dignité des personnes.

**Remarque 42 :** Plusieurs résidents ne sont mis au fauteuil que peu de temps au cours de la journée.

**Remarque 43:** Le nombre de personnes mangeant en chambre le midi et le soir est très important. Une grande partie de ces personnes mangent dans leur lit ce qui favorise les troubles de déglutition.

**Remarque 44 :** Les résidents qui ne mangent pas en salle à manger du rez de chaussée ne sont pas suffisamment stimulés pour manger.

**Remarque 45 :** Il y a beaucoup de toilettes au lit qui ne relèvent pas d'une décision collégiale ni d'un souhait du résident et qui n'ont pas fait l'objet d'une toilette évaluative par un professionnel paramédical.

## **CONCLUSION**

L'inspection de l'EHPAD « Les Amandiers », géré par KORIAN a été réalisée de façon inopinée le 22/02/2022.

La mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements majeurs/ importants en matière :

- D'organisation des ressources humaines ;
- De respect des droits des résidents ;
- De prise en charge hôtelière et de la dépendance ;
- De qualité et de sécurité des soins.

Les écarts et remarques sont retracés dans le tableau ci-après :

- Ecarts :

<b>Statut</b>	<b>Description</b>	<b>Réf.</b>
Ecart 1	L'établissement devrait justifier d'au moins 0,60 ETP de médecin coordonnateur au regard de sa capacité autorisée. Il est relevé son absence depuis plus de 6 mois.	D. 312-156 du CASF
Ecart 2	L'établissement doit respecter le calendrier de réalisation des évaluations internes et externes et transmettre un rapport annuel d'activité dans lequel : « les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité mentionnée à l'article L312-8 du CASF » sont mentionnées.	L312-8 du CASF
Ecart 3	La mission a constaté l'absence de la liste des membres présents sur les CVS de 2020 et 2021, de sorte qu'il n'est pas possible de s'assurer que le secrétaire de séance n'est pas désigné par et parmi les personnes accueillies ou prise en charge ou, en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux conformément à l'article D.311-20 du CASF. Pour l'année 2022, le rédacteur et l'approbateur est le directeur d'établissement.	D.311-20 du CASF
Ecart 4	Le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article D.311-9 du CASF concernant la composition du CVS, en indiquant que le directeur est le président du CVS.	D.311-9 du CASF
Ecart 5	Le CVS ne s'est pas réuni conformément aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.	D.311-16 du CASF
Ecart 6	Les comptes rendus de CVS ne font pas état de la présentation d'un bilan relatif aux évènements indésirables conformément à l'article R.331-10 du CASF.	R.331-10 du CASF
Ecart 7	Le gestionnaire doit sécuriser le circuit DASRI conformément aux articles L.541-2 et suivants du Code de l'environnement.	L.541-2 et suivants du code de l'environnement
Ecart 8	Les dossiers de soins des résidents ne sont pas stockés dans des conditions permettant d'assurer leur confidentialité ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4127-45 du CSP.	R.4127-45 du CSP
Ecart 9	Le chariot de distribution des médicaments n'est pas sécurisé, entre autre durant la distribution des médicaments, lorsque l'IDE est dans une chambre.	L. 311-3 du CASF
Ecart 10	Le bien être, la santé et les besoins des résidents ne sont pas suffisamment pris en compte : les prises en charge nutritionnelles des résidents sont incohérentes, le nombre de résidents dénutris n'est pas connu avec exactitude, les prises de CNO ne sont pas tracées, les troubles de la déglutition ne sont pas dépistés et sont mal pris en charge, il n'y a pas de protocole de repas enrichis, tout ceci contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	L. 311-3 du CASF
Ecart 11	Seuls 15% des résidents ont eu une évaluation de la douleur en 2021 ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	L. 311-3 du CASF
Ecart 12	Ne pas mettre les appareils auditifs à une personne qui les demande relève d'une maltraitance par défaut de soins. Par ailleurs, c'est condamner la résidente à l'isolement et renvoie à la résidente le peu de cas qui est fait de ses demandes et de ses besoins.	L. 311-3 du CASF

• Remarques :

<b>Statut</b>	<b>Description</b>
Remarque 1	Il convient de mettre à jour la délégation de pouvoir au directeur d'établissement, de redéfinir la procédure d'organisation de permanence de direction en l'absence du directeur et d'en assurer la diffusion auprès de l'ensemble des personnels.
Remarque 2	L'établissement ne dispose pas d'un organigramme indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels en cohérence avec la procédure d'organisation de permanence de direction.
Remarque 3	L'établissement doit organiser les recrutements en vue d'atteindre un taux d'occupation d'au moins 95%. La mission constate que l'accroissement temporaire d'activité avec <b>●</b> CDD supplémentaires en janvier et février 2022 par rapport à janvier 2021 n'a pas d'explication et n'est pas justifié par la hausse du nombre de résidents accueillis.
Remarque 4	L'établissement doit s'assurer que chaque résident a un médecin traitant.
Remarque 5	Il convient que le gestionnaire recrute les effectifs conformément aux objectifs du CPOM.
Remarque 6	Il convient que le gestionnaire mette en place un plan de formation en adéquation avec les sollicitations des professionnels et un accompagnement à la conduite du changement à destination des professionnels et notamment des actions de formation relatives à la prévention de la maltraitance, de la promotion de la bientraitance et au titre de la formation aux gestes et soins d'urgence, à l'hygiène bucco-dentaire et aux soins palliatifs En ce sens, la mission relève que tous les professionnels de l'EHPAD n'ont pas une attestation AFGSU à jour.
Remarque 7	Il convient de revoir l'organisation des missions et des plannings ainsi que l'articulation des professionnels (AS/AES/ASH), y compris sur les temps de repas et la nuit. La mission constate également que certaines semaines, 2 AVS en formation sont positionnées dans une équipe sans supervision par une AVS titulaire. Certaines nuits, il n'y a qu'une seule aide-soignante et 2 AVS alors qu'il serait préférable qu'il n'y ait qu'une voire aucune AVS la nuit, compte tenu des responsabilités qui incombent aux personnels de nuit.
Remarque 8	Il convient d'identifier expressément les stagiaires sur le planning. Ils ne peuvent être positionnés sur une équipe sans la supervision d'un pair titulaire de son poste et n'ont pas vocation à pallier l'absence de titulaire. Il convient de leur fournir des vêtements professionnels permettant de les distinguer du reste des personnels.
Remarque 9	Il convient d'institutionnaliser les temps de transmission entre les équipes de jour et les équipes de nuit.
Remarque 10	L'équipe de direction, en lien avec le référent qualité de la direction régionale, doit pouvoir effectuer des audits afin de s'assurer du remplissage optimal du logiciel de soins.
Remarque 11	Il convient de mettre en œuvre le dispositif IDE de nuit conformément aux engagements du CPOM.
Remarque 12	Il convient de prévoir une communication régulière et un affichage des calendriers et des comptes rendus des différentes instances.
Remarque 13	Il est attendu du gestionnaire qu'il s'assure du bon renseignement du registre des visiteurs par toute personne extérieure à l'établissement.
Remarque 14	L'organisation des réunions de PVI doit être revue afin de permettre à l'ensemble des référents de l'usager d'y participer.
Remarque 15	L'établissement doit mettre à jour les dossiers usagers et s'assurer de la concordance des différents supports et que tous les documents contenus dans le dossier concernent bien le même résident. En ce sens, l'établissement doit pouvoir justifier d'un exemplaire du PVI actualisé et signé par le résident ou son représentant. Il en de même s'agissant du contrat de séjour.
Remarque 16	Le gestionnaire doit informer le résident et son représentant légal sur les dispositions relatives à la personne de confiance et sur les directives anticipées. Cette information pourrait ré-intervenir lors de l'actualisation du PVI.
Remarque 17	Le personnel n'identifie pas clairement la distinction entre EI et EIGS. Il existe une insuffisance de culture en matière d'EIG au sein de l'établissement. Il convient que le directeur de l'établissement, en lien avec la Direction Régionale, mette en place un suivi qualité sur cette thématique (réclamations et signaux).
Remarque 18	Conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'établissement doit mettre en place des groupes d'analyse de la pratique.
Remarque 19	Il convient de revoir les modalités d'information des résidents, leurs familles ou représentants, pour le dépôt des réclamations auprès de l'établissement et des autorités compétentes.
Remarque 20	Il convient de mettre en place un soutien psychologique en soutien des professionnels, des résidents et des familles pour les EIG le nécessitant.

<b>Statut</b>	<b>Description</b>
Remarque 21	Il convient que le gestionnaire s'assure du respect des conditions techniques minimales et vérifie que les accès sécurisés ne sont pas accessibles. En ce sens, une fuite d'eau est constatée dans le local du tableau général basse tension (TGBT).
Remarque 22	Le suivi périodique du parc immobilier et mobilier doit permettre le cas échéant de programmer des réparations ou de renouveler le matériel.
Remarque 23	Le gestionnaire est invité à installer un abri destiné à protéger les fumeurs en cas d'intempéries.
Remarque 24	Afin d'assurer la confidentialité des dossiers de soins des usagers et des dossiers RH des professionnels, il convient de remplacer les armoires par des armoires sécurisées.
Remarque 25	Le gestionnaire doit vérifier que l'installation des dévidoirs de papier hygiénique (ex. toilettes des résidents du RDC) et des appels malades est accessible et garantisse la sécurité des résidents.
Remarque 26	Le gestionnaire doit être en mesure de recueillir et d'analyser les souhaits et réclamations des résidents concernant les repas afin d'en tenir compte et d'adapter les menus en conséquence.
Remarque 27	Conformément aux objectifs CPOM, il est attendu du gestionnaire la mise en place d'actions collectives favorisant la convivialité. En ce sens, la mission relève qu'une action de végétalisation des terrasses pourrait s'envisager en lien avec les résidents.
Remarque 28	Il convient que le gestionnaire retravaille le processus de livraison avec son prestataire afin que le linge plat des résidents et que les tenues professionnelles réceptionnées soient conformes aux bordereaux de livraison du fournisseur. Et ce, pour ne pas perturber l'activité des personnels.
Remarque 29	Il convient d'équiper les professionnels d'un système d'alerte permettant un relais au-delà du simple office.
Remarque 30	Le gestionnaire doit être en capacité d'analyser en réunion d'équipes les délais de réponses aux appels malades et d'adapter l'organisation du travail en conséquence.
Remarque 31	Les dossiers de liaison d'urgence (DLU) des résidents sont soit incomplets soit pas à jour ce qui contrevient aux recommandations de la HAS. Cela est préjudiciable à la santé des résidents et nuit à leur suivi en cas d'hospitalisation et à leur suivi spécialisé.
Remarque 32	Le positionnement du coffre à toxiques dans le local de soins ne garantit pas la sécurité des professionnels. Le coffre à toxiques n'a pas à servir de lieu de stockage pour du petit matériel ou des médicaments et le carnet à souche doit être à l'intérieur du coffre.
Remarque 33	Une vingtaine de résidents n'ont pas de médecin traitants ce qui est très préjudiciable à leur santé d'autant que majoritairement ils sortent d'hospitalisation et ne sont pas connus de l'EHPAD.
Remarque 34	L'absence de photographie des résidents sur le chariot de distribution des médicaments ne garantit pas une pharmacovigilance correcte.
Remarque 35	Le frigidaire de la salle de soins du 1er étage n'est pas en bon état de marche. La programmation des réparations et ou du remplacement de matériel n'a pas été démontrée.
Remarque 36	La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.
Remarque 37	Les petits déjeuners ne sont pas enrichis en protéines alors qu'il s'agit du moment où les résidents mangent le plus volontiers après 12 heures de jeûne nocturne.
Remarque 38	Depuis 2 ans, les salariés n'ont eu aucune formation sur les troubles de la déglutition et leurs conséquences délétères pour les résidents. Les recommandations de bonnes pratiques concernant l'aide aux repas pour les résidents sujets à des troubles de la déglutition ne sont pas connues des personnels.
Remarque 39	Les contentions des résidents telles que les barrières de lit ne sont pas prescrites par un médecin ni discutées en équipe, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS.
Remarque 40	L'absence de traçabilité des soins bucco-dentaires est préjudiciable au suivi nutritionnel des résidents.
Remarque 41	Plusieurs résidentes sont en robe de chambre, non habillées avec des vêtements de ville, ce qui majore leur désorientation dans le temps et met à mal la dignité des personnes.
Remarque 42	Plusieurs résidents ne sont mis au fauteuil que peu de temps au cours de la journée.
Remarque 43	Le nombre de personnes mangeant en chambre le midi et le soir est très important. Une grande partie de ces personnes mangent dans leur lit ce qui favorise les troubles de déglutition.
Remarque 44	Les résidents qui ne mangent pas en salle à manger du rez de chaussée ne sont pas suffisamment stimulés pour manger.
Remarque 45	Il y a beaucoup de toilettes au lit qui ne relèvent pas d'une décision collégiale ni d'un souhait du résident et qui n'ont pas fait l'objet d'une toilette évaluative par un professionnel paramédical.

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 14/04/2022



## **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** : Pôle d'activités et de soins adaptés  
**PECM** : Prise en charge médicamenteuse  
**PMR** : Personnes à mobilité réduite  
**PMP** : PATHOS moyen pondéré  
**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle  
**R** : Remarque  
**RDF** : Règlement de fonctionnement  
**UHR** : Unité d'hébergement renforcée  
**UVP** : Unité de vie protégée

## ANNEXES

### Annexe 1 : Lettre de mission



Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé

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

Monsieur Nicolas DEMENET, Inspecteur de l'action  
sanitaire et sociale / Délégation départementale de  
Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Monsieur Jérôme FEYDEL, attaché d'administration  
de l'Etat/ Délégation départementale de Paris de l'  
Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Madame Fatma SEN-GECKAYNAR, chargée du  
suivi des établissements personnes âgées/  
Délégation départementale de Paris de l'  
Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Docteur Christine BERBEZIER, Conseillère médicale  
/ Ville de Paris

Affaire suivie par Nicolas DEMENET  
Courriel : [REDACTED]  
Téléphone : [REDACTED]

Saint-Denis, le 21 FEV. 2022

Mesdames, Messieurs,

La Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et la Ville de Paris, ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « LES AMANDIERS » du groupe KORIAN (FINESS établissement 750828709), sis 5/7 rue des Cendriens, à Paris (75020).

La parution récente du livre intitulé « Les Fossyeurs. Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » a été fortement médiatisée, et invite en effet à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements accueillant des personnes âgées en EHPAD.

Aussi, nous avons décidé de diligenter une inspection conjointe dans votre établissement.

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 sera composée d'une part de :

- Monsieur Nicolas DEMENET, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordinateur de la mission d'inspection, ARS IDF ;

Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1435-7 du code de la santé publique, ARS IDF ;  
Madame Fatma SEN-GECKAYNAR, désignée en qualité de personne qualifiée par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé au titre de l'article L. 1421-1 du code de la santé publique, ARS IDF ;

d'autre part de :

Docteur Christine BERBEZIER, Conseillère médicale, désignée sur le fondement de l'article L. 133-2 du code de l'action sociale et des familles par la Ville de Paris.

L'inspection débutera à compter du 22 février 2022 et comprendra un contrôle sur site et sur pièces. Elle s'effectuera de manière inopinée. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel qu'elle désignera.

Un rapport sera remis dans un délai de deux mois 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. Les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire vous seront notifiées.

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.

[REDACTED]

Amélie VERDIER

Jacques BERGER

13 rue du Landy  
93100 Montreuil

## Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

<b>EHPAD KORIAN LES AMANDIERS</b> <b>LISTE DES DOCUMENTS A CONSULTER &amp;/OU A EMPORTER</b> Inspection à compter du 22 février 2022			
N°	Nature du document demandé	Modalité	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC	A enregistrer sur une clé USB	OK
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC, AS, AMP, IDE, ASH	A enregistrer sur une clé USB	OK
3	Les fiches de tâches heurees des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit	A enregistrer sur une clé USB	
4	Les fiches de tâches heurees des ASH	A enregistrer sur une clé USB	OK
5	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	A enregistrer sur une clé USB	OK
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédures)	A enregistrer sur une clé USB	OK
7	Calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2022	A enregistrer sur une clé USB	OK
8	Projet d'établissement et Projet de soins	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
9	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf) - fichier à compléter	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
10	Publication des postes vacants non pourvu en CDI au jour de l'inspection (Tableau excel)	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
11	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)		Consultation sur pièce

N°	Nature du document demandé	Modalité	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur
12	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	Consultation sur pièce	
13	Registre de recueil des événements indésirables (EI) et le protocole	extraction des données statistiques 2021	OK
14	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	A enregistrer sur une clé USB	OK
15	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
16	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
17	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
18	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (y-c les temps de transmission)	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
19	Plannings des équipes de soins jour/nuit (y-c les temps de transmission) ainsi que le nombre de résidents présents sur les semaines: - semaine du 8 au 14 mars 2021 - semaine du 10 au 16 mai 2021, - semaine du 12 au 18 juillet 2021, - semaine du 30 août au 5 septembre 2021, - semaine du 8 au 14 novembre 2021.	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
20	Organisation du dispositif IDE de nuit / nombre d'interventions de l'IDE sollicitées par les équipes de nuit et nombre de déplacements pour permettre une rencontre avec les équipes et un point sur les résidents en distinguant par année depuis la signature du CPOM	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
21	Plan de formation réalisé 2021 et prévisionnel 2022, attestations des formations suivies	A enregistrer sur une clé USB	OK
22	Dossiers des résidents : projets de vie et de soins		Consultation sur pièce
23	Dossiers RH des salariés		Consultation sur pièce
24	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution; liste des résidents concernés pour les collations nocturnes	créer un fichier excel à enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
25	Liste nominative des médecins traitants des résidents	A enregistrer sur une clé USB	OK
26	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)	A enregistrer sur une clé USB	Consultation sur pièce
27	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	A enregistrer sur une clé USB	OK
28	Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et rapport de la commission gériatrique annuelle	A enregistrer sur une clé USB	OK