



*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARS Île-de-France

Mission conjointe : ARS IdF et Conseil départemental de l'Essonne

**Inspection sur place
2023-10-30**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**KORIAN LE FLORE
48, Rue René Cassin. 91230 Montgeron**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E1	Le projet d'établissement (PE) existant 2022/2027, élaboré par la précédente direction, n'est pas mis en œuvre et n'aurait pas été approuvé par le siège Korian. Au jour de l'inspection il n'y a pas de PE en vigueur, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.
E2	La mission d'inspection n'a pas obtenu le contrat de travail du MEDCO et n'a donc pas pu contrôler son temps de présence dans l'EHPAD. Cette situation contrevient à l'article D 312 159-1 du CASF.
E3	La mission a constaté que les affichages ne sont pas conformes à la réglementation (article R.311-34 du CASF, article L.311-5 du CASF, article D311-32-1).
E4	La mission n'a pas été destinataire des procès-verbaux signés des réunions de CVS tenus en 2023, ni du PV de la dernière élection relatif à la composition du CVS, ce qui contrevient aux dispositions des articles D.311.5 et D.311-16 du CASF.
E5	Il a été constaté des insuffisances dans l'aide qui doit être apportée pour la prise des repas, en particulier dans les unités protégées, conduisant à la non consommation de certaines portions de repas, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3-1° et 3° du CASF.
E6	Le signalement à l'ARS est effectué de manière exclusive par la direction : le porter à connaissance auprès du Conseil départemental, autre autorité devant être tenue informée en parallèle en cas de fait grave, n'est pas effectué. Il existe une sous-déclaration des EIG auprès des autorités de contrôle – et notamment des EI-chutes et des EI-médicamenteux, le nombre de signalements retracé sur Pelikan® ne correspond pas au nombre partiel de remontées à la plate-forme ARS IdF (articles L.331-8-1et R.331-8 et 9 du CASF arrêté du 28.12.2016).
E7	La mission n'a pas été en mesure d'évaluer précisément les ressources humaines (qualifications, ETP, postes vacants) au niveau de l'établissement pour assurer la qualité et la sécurité de soins. En effet, plusieurs documents demandés n'ont pas été adressés à la mission ; de ce fait, un doute persiste dans ce domaine (article L 1421-3 du CSP).
E8	En n'organisant pas une présence d'AS journalière régulière et conforme à l'objectif imparti de █ AS par jour, et en n'organisant pas une présence d'AS de nuit conforme à l'objectif imparti de █ AS par nuit, la direction de

Numéro	Contenu
	I'EHPAD ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité dans la prise en charge des résidents. Cette situation contrevient à l'article 311.3 du CASF.
E9	Sur █ agents exerçant dans l'équipe de soins au jour de l'inspection cinq d'entre eux ne disposaient pas du diplôme d'AS, d'AES ou d'AMP. Ces cinq agents assurent pourtant les mêmes missions que les aides-soignants (CF fiches de fonction communes). Cette situation est en contradiction avec l'article L.4391-1 du CSP1 et l'arrêté du 10 juin 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant (référentiels d'activité et de compétences, annexes 1 et 2).
E10	Le registre des entrées et des sorties n'est pas paraphé par le maire, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.331-5 du CASF.
E11	Les dossiers administratifs des résidents contiennent des données médicales, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 CASF et de l'article L. 1110-4 du CSP.
E12	Absence de contrat de séjour retrouvé dans certains dossiers des usagers, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311.4 du CASF.
E13	Les dossiers médicaux/de soins des résidents sont conservés dans une armoire non sécurisée, non fermée à clef, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 CASF, L. 1110-4 du CSP.
E14	Les locaux sont insuffisamment sécurisés : porte d'entrée de l'EHPAD insuffisamment sécurisée, accès non fermé à l'UVP du 1er étage « Les Coquelicots », accès aux escaliers des 2e et 3e étages, absence de rampes dans les couloirs de l'UVP du rez-de-chaussée, ce qui contrevient aux dispositions du projet d'unité de vie protégée transmis à la mission, et à l'article L.311-3 du CASF.
E15	La mission constate que le système d'appel malade est, au jour de la mission, dysfonctionnant, avec des absences de réaction aux appels, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Ces dysfonctionnements avaient été relevés lors de missions d'inspections en 2009 et 2017. Le système d'enregistrement des appels malades n'enregistre pas les délais de réponse.
E16	Absence de CR transmis relatifs aux commissions de coordination gériatrique ; absence de calendrier prévisionnel 2024 (article D.312-158 3° du CASF).

Numéro	Contenu
E17	Les prescriptions de contention ne font pas l'objet d'un avenant à l'annexe au contrat de séjour (article R.311-0-7 du CASF).
E18	Les actes de soins ne sont pas systématiquement tracés dans NETSoins®, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4311-2 du CSP.
E19	Au jour de la visite, il n'y a pas de contrôle tracé des vérifications mensuelles des péremptions des médicaments, assurées par les IDE, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4312-38, du CSP, de l'article 5 de la convention de collaboration signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine, et des recommandations de bonnes pratiques, CCLIN Sud-Ouest 2011, OMEDIT-ARS Normandie 2018).
E20	Les actes de psychomotricité dispensés auprès des résidents ne font pas l'objet d'une prescription médicale, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.4332-1 CSP.
E21	Les médicaments non utilisés sont, pour certains, conservés pour la constitution informelle d'un stock tampon, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.4311-23 du CSP.
E22	La mission n'a pas été destinataire de la liste des AS qui sont habilités à administrer les médicaments, suite à une formation dispensée au sein de l'EHPAD (article L.313-26 du CASF).
E23	La mission constate plusieurs imprécisions concernant la sécurisation du circuit des stupéfiants, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.5132-36 du CSP : imprécision relative à l'identification du professionnel administrant le stupéfiant dans le registre nominatif des résidents ; discordance entre le nombre restant dans le coffre des stupéfiants (N=6) et le nombre indiqué sur le registre nominatif des résidents (N=4) liée à une erreur de traçabilité, plusieurs prescriptions obsolètes, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.5132-36 du CSP.
E24	Le local Infirmerie situé au rez-de-chaussée est insuffisamment sécurisé : les portes de l'Infirmerie ne sont pas systématiquement fermées, avec un accès potentiel aux résidents et aux familles, ne garantissant pas la sécurité des soins requis pour les résidents ; ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.
E25	Les médicaments hors PDA sont stockés dans des placards non sécurisés ; les chariots de médicaments ne sont pas sécurisés ; ce qui contrevient aux dispositions des articles L.311-3 1° du CASF, R5126-109 du CSP ; et

Numéro	Contenu
	de l'article 7 de la convention co-signée par l'EHPAD et la pharmacie d'officine. Le stockage des médicaments stupéfiants est insuffisamment sécurisé dans l'Infirmerie : la boîte à clef dédiée à la clef du coffre des stupéfiants n'est pas fermée à clef la journée (articles L.311-3 1° du CASF, R5132-80, R5126-109 du CSP, OMEDIT ARS Normandie 2018)
E26	Il n'existe pas de convention avec un établissement de santé pour la gestion des urgences médicales (non incluse dans les conventions avec les deux centre hospitaliers) ; cette situation n'est pas conforme avec l'article 311-3 du CASF.
E27	La mission constate que de nombreux professionnels libéraux n'ont pas signé de convention avec l'EHPAD. Cette situation n'est pas conforme à l'article R313-30-1 du CASF.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R1	Au jour de l'inspection, le 30.10.2023, le taux de présence en hébergement permanent égal à █%, est légèrement inférieur à l'objectif cible du CPOM fixé à 95% ; celui de l'HT (█) est largement en-deçà de l'objectif cible du CPOM fixé à plus de 70% ; ainsi que celui de l'AJ de █% également en-deçà du taux cible de 70%.
R2	Le projet de service relatif à l'UVP transmis à la mission n'est ni signé, ni daté ; sans mention de l'EHPAD le Flore ; non intégré au PE 2023-2027 (HAS).
R3	La mise en place de la nouvelle direction a été suivie d'une vague de départs de plusieurs professionnels, le climat social reste fragile, différents professionnels exprimant leurs craintes et/ou leurs difficultés à s'adapter aux nouvelles organisations. Le climat social et les voies de communication entre l'équipe de direction et l'ensemble des professionnels restent à restaurer.
R4	Seule, une fiche de poste générique, relative à la fonction de directeur d'établissement, a été remise concernant la directrice.
R5	En cas d'absence de la directrice, il existe une procédure « conduite à tenir en cas d'absence ponctuelle d'un directeur d'établissement » peu explicite et illustrée d'un logigramme succinct.

Numéro	Contenu
R6	Le climat social, les tensions encore persistantes constituent des facteurs de risque de dégradation des conditions de travail, susceptibles d'avoir des conséquences sur la qualité des prises en charge et sur lesquels l'attention doit être portée en priorité. Les professionnels ont une connaissance et une utilisation insuffisantes des outils relatifs à la promotion de la bientraitance (procédure, référents bientraitance, etc). Il n'y a pas de groupes d'analyse de pratiques par un intervenant extérieur. ; les numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA, ...) ne sont pas affichés.
R7	Sur le document suivi des objectifs du CPOM 2022 la charge de soins pour le personnel de soins AS/AMP est fixé à 1898.Or le nombre d'ETP nécessaire pour atteindre cet objectif de 1898 en charge de soins (AS AMP) est de [REDACTED] ETP d'AS-AMP dans l'EHPAD. Or cet objectif n'est pas atteint.
R8	La mission constate que les dossiers administratifs des agents sont incomplets sur les thématiques suivantes : traçabilité à la vérification de l'extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire, diplôme d'un agent.
R9	Les actions de formations / sensibilisation relatives à la thématique de la maltraitance figurent dans un calendrier dédié mais ne figurent pas dans les plans de formation 2022 et 2023.
R10	Le protocole d'accueil des nouveaux arrivants transmis par la direction ne contient aucune référence au tutorat ou à l'accompagnement des nouveaux arrivants par un autre professionnel.
R11	L'organigramme de l'établissement contient une erreur. Il précise la présence de [REDACTED] ETP d'AS en journée alors qu'il s'agit de [REDACTED] ETP d'As en journée au total.
R12	Les agents ne disposent pas de fiches de postes individualisés et signés.
R13	Les informations incluses dans le RAMA ne font pas l'objet d'une validation formalisée, et, les thématiques explorées ne sont pas étendues, notamment aux unités de vie protégées et aux évènements indésirables ; les données ne font pas l'objet d'une analyse.
R14	Le taux de vaccination anti-grippale des salariés en 2022 était relativement faible ([REDACTED] %), au regard de la population à risque des EHPAD.
R15	La mission constate une discordance des données concernant le nombre de contention prescrites.

Numéro	Contenu
R16	La mission n'a pas été destinataire d'un programme d'animations spécifique à l'UVP (HAS 2009).
R17	Il n'existe pas de volet à part entière relatif à l'animation dans le projet d'établissement 2022-2027.
R18	La mission constate des discordances des données concernant le nombre de résidents à risque de dénutrition selon les différentes sources transmises.
R19	Les protocoles en cas d'urgence relatives à l'EHPAD existent mais ne sont pas identifiés / connus de l'ensemble des professionnels.
R20	Les procédures sont insuffisamment connues de l'ensemble des soignants.
R21	Il n'y a pas, au sein de l'EHPAD, de « référent Prise en charge médicamenteuse » nommé et désigné conformément aux dispositions de l'article 7 de la convention de collaboration co-signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine.
R22	La mission n'est pas en mesure de dire quelle est la liste préférentielle de médicaments utilisée au sein de l'EHPAD et si celle-ci est connue et utilisée des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD (Recommandations OMEDIT-ARS Normandie 2022).
R23	La mission n'a pas été destinataire de CR de réunion d'évaluation de la convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine, conformément aux dispositions de l'article 16 de la convention co-signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine qui prévoit une réunion semestrielle.
R24	Absence d'interface entre le logiciel NETSoins® et le logiciel de la pharmacie d'officine, ne permettant pas à cette dernière d'accéder aux ordonnances des résidents enregistrées dans NETSoins®, bien qu'indiqué dans la procédure Korian PECM.
R25	Absence de photographie du résident sur les prescriptions imprimées, sur les blisters par la pharmacie d'officine, absence de photographie du résident sur les casiers nominatifs des résidents dédiés au stockage des médicaments hors PDA.
R26	Le contrôle de la préparation des médicaments doit être systématiquement tracé par les IDE, lors de la livraison par la pharmacie d'officine1 (ARS PACA 2017).

Numéro	Contenu
R27	L'enregistrement de la traçabilité de l'administration des médicaments dans NETSoins® est effectuée en différé, malgré la mise à disposition de tablettes numériques auprès des professionnels, pratique à risque d'erreur médicamenteuse, ce qui contrevient aux recommandations de bonnes pratiques et à la procédure KORIAN (OMEDIT ARS Normandie 2018).
R28	L'établissement ne dispose pas d'une liste de médicaments écrasables (recommandations ARS PACA 2017).
R29	L'établissement devrait compléter la composition de son chariot d'urgence par un obus d'oxygène, en parallèle des deux extracteurs d'oxygène présents sur site.
R30	Il existe une convention signée avec une pharmacie d'officine mais celle-ci n'est pas datée.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Le Flore géré par le groupe KORIAN a été effectuée le 30 octobre 2023 de façon inopinée.

La mission d'inspection a constaté des points positifs.

- Une équipe récente de direction et d'encadrement en poste depuis six derniers mois lors de l'inspection, disposant des qualifications requises, avec une cohésion entre la directrice en poste depuis avril 2023, un médecin coordonnateur depuis juillet 2023, une IDEC depuis octobre 2023 ;
- La présence de professionnels ayant la perspective de poursuivre leurs missions au sein de l'EHPAD, après la période des licenciements d'une partie du CODIR ;
- La mise en place de réunions de direction et de transmissions institutionnalisées quotidiennes ;
- Une quotité du temps de travail du MedCo (■ ETP) supérieure au temps réglementaire de 0.8 ETP pour un établissement de ■ résidents, mais pour lequel le contrat, bien que demandé, n'a pas été transmis ;
- Une équipe composée majoritairement d'IDE en CDI (■ IDE en CDI sur les ■ postes) ; et un ratio d'encadrement des infirmiers conforme.
- Une absence de recours à l'intérim, avec appel à du personnel vacataire et du personnel en poste via des heures supplémentaires, quand celui-ci est remplacé.
- Un Conseil de Vie Sociale en place.
- Une politique de la bientraitance en cours de structuration ;
- En termes de culture de la qualité et de la sécurité, la présence d'un responsable régional Qualité une fois par semaine depuis la prise de poste de la directrice ; un accompagnement du MedCo par le médecin territorial du siège, plusieurs commissions pluridisciplinaires en cours de mise en place (chutes, commission contention, CLAN, CLUD, etc.).

- Un bâtiment datant de 2007, propre et spacieux ; une Infirmerie propre, bien tenue ; des fenêtres sécurisées en lien avec la prévention du risque suicidaire) ;
- Une dynamique d'actualisation et un suivi des projets de vie individualisés portée par la psychomotricienne avec une réunion de synthèse pluri professionnelle hebdomadaire effective et un calendrier en regard;
- Une animation assurée par plusieurs professionnels ; avec une ouverture de l'EHPAD vers des structures extérieures, appréciée des résidents ;
- Une prise en charge en soins en voie d'amélioration suite aux recrutements récents (MedCo et IDEC) : nombreuses procédures dites « Fiches réflexe » élaborées par KORIAN, dont l'appropriation doit être renforcée auprès des équipes ; dossiers de soins papier classés et qui ont fait l'objet d'une révision de classement ; DLU accessibles via NETSoins® et accessibles aux AS la nuit, réévaluation gériatrique pour l'ensemble des résidents engagés et dont la finalisation est prévue d'ici fin 2022, actions d'amélioration engagées avec des temps de mini-formations dispensées par le MedCo; temps de transmissions quotidiennes au sein des équipes de jour et de nuit.; sensibilisation sur la traçabilité des actes de soins/ transmissions qui doit être poursuivie
- Un circuit du médicament encadré par des procédures, des armoires de médicaments bien tenues, un chariot d'urgence scellé, complet et vérifié, une formation aux gestes d'urgence effectuée, un circuit du médicament globalement bien tenu grâce à l'implication d'une IDE en poste depuis 14 ans.

Cependant, la mission a identifié de nombreux écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles, avec des points de non-conformité ciblés majoritairement sur un système d'appel malade complexe et dysfonctionnant, la gouvernance, la prévention de la maltraitance et la culture sécurité, les ressources humaines, le circuit du médicament, les partenariats. La mission a relevé plus précisément les points suivants :

- Un dispositif d'appel-malade complexe et dysfonctionnant avec pour conséquence une absence de réponse des professionnels (dysfonctionnements déjà relevés lors de précédentes inspections) ; point d'attention : Une visite préventive datée du 66.2023 concluait cependant à un fonctionnement opérationnel,
- Un avenant au contrat de séjour des résidents non systématiquement établi en cas de prescription de contention ;
- Un taux d'occupation (TO) en hébergement temporaire en deçà des objectifs fixés par le CPOM régional ;
- Un projet d'établissement 2022-2027 élaboré par la précédente direction, non signé et non mis en œuvre et un projet de service relatif à l'UVP sans élément permettant d'en attester la validité ;
- Un affichage réglementaire non conforme ;
- Sur le plan des ressources humaines : plusieurs postes vacants; un ratio d'encadrement des AS-AMP-AES n'ayant pas pu être évalué, compte-tenu de données manquantes ; un objectif imparti de █ agents d'AS-AMP-AES par jour dans l'équipe de soins non respecté allant de █ agents selon les jours, un glissement de tâches pour cinq agents qui ne disposent pas des diplômes d'AS-AES-AMP, un protocole pour les nouveaux salariés avec une prise de poste sans tutorat indiqué ; des dossiers RH incomplets ; un remplacement du personnel aléatoire ;
- Une politique de promotion de la bientraitance sur laquelle il est nécessaire que la Direction porte attention au regard d'un climat social tendu; absence de groupes d'analyse de pratiques par un intervenant extérieur ; procédures et outils nécessitant une appropriation des professionnels, un défaut d'aide à la prise alimentaire des

résidents au moment des repas, une absence d'affichage des numéros d'appel pour les victimes de maltraitance (3977, ALMA) ;

- Une sous-déclaration des dysfonctionnements et EI graves auprès des autorités de contrôle et de tarification ;
- Tant en matière de qualité-gestion des risques, de gouvernance, de documents RH que de prise en charge en soins, des discordances entre les différents supports transmis et des documents manquants bien que demandés à la direction, ce qui a impacté défavorablement l'analyse de certains items par la mission.
- Un stockage des dossiers de soins papier des résidents insuffisamment sécurisés,
- Des locaux dont la sécurisation est à renforcer au regard du risque respectif de fugue et de chute avec une UVp du 1^{er} étage volontairement ouverte, des locaux de stockage et des bureaux de professionnels exigus ou en nombre insuffisant,
- Un programme d'animation à soutenir et à développer, notamment dans les UVp,
- Concernant la prise en charge médicale et en soins, des retours de résidents pointant un défaut de surveillance par les équipes, notamment au moment des pauses des professionnels ;
- Concernant le circuit du médicament, un stockage des médicaments insuffisamment sécurisé, un circuit du médicament relatif aux stupéfiants à renforcer, une traçabilité des actes de soins et de l'administration des médicaments effectuée en différé malgré la présence de tablettes numériques ; un stock tampon non constitué avec conservation de médicaments non utilisés, quelques médicaments périmés et un défaut de traçabilité des contrôles de péremption, bien que faits mensuellement selon les professionnels ;
- Des partenariats non formalisés par des conventions, notamment avec des services d'urgence, la majorité des professionnels libéraux et une convention avec la pharmacie d'officine non datée.

Au total, il est constaté 27 écarts à la réglementation et à la formulation de 30 remarques, qui nécessitent que le gestionnaire et la directrice de l'établissement engagent des actions de correction / d'amélioration.