

Président Directeur général
Groupe ORPEA
12 rue Jean Jaurès
92800 PUTEAUX

Département de Seine-et-Marne / Direction de l'autonomie

Saint-Denis, le

21 JUIN 2022

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Directeur général,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS IDF) et le Conseil départemental de Seine et Marne le 15 février 2022 au sein de l'EHPAD Résidence Malka situé 11 rue Pasteur, 77350 Boissise la Bertrand (N° FINESS : 770802668) a été inscrite au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2022 sur l'ensemble du territoire national à la demande la ministre déléguée chargée de l'Autonomie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous vous avons adressé le 29/03/2022 le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que l'injonction, les 7 prescriptions et 10 recommandations que nous envisageons de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, vous nous avez transmis le 11/04/2022 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Ces éléments portaient notamment sur :

- La mise en place d'une politique RH favorisant l'attractivité des postes notamment IDE au vu du nombre d'ETP IDE insuffisant au regard de la charge en soins.
La direction a adressé en réponse à la mission plusieurs conventions de partenariat avec des agences de recrutement permettant de pallier les postes IDE vacants (Adecco, Vacation et Medelse, annexe 3,4,5) ainsi qu'une annonce de poste IDE (annexe 2) mentionnant la possibilité d'horaires aménagés pour renforcer l'attractivité des candidatures. Les équipes de l'EHPAD sont également sollicitées pour l'intégration de nouveaux salariés par le biais de la cooptation assortie de motivations financières (Annexe 5). Ces différents éléments permettent de caractériser une politique RH volontariste favorisant l'attractivité des postes IDE sur la structure.
- Le respect de l'obligation de qualification adéquate pour exercer la fonction d'aide-soignant.
Le diplôme du professionnel aide-soignant manquant lors de la visite a été transmis à la mission (annexe 8).
- L'absence de roulement des temps de pause des personnels de nursing ne permettant pas de sécuriser la continuité et la qualité des prises en charge.
La direction a transmis à la mission le nouveau planning du mois d'avril 2022 (annexe 11) ainsi que les fiches horaires des soignants de jour modifiées en conséquence (annexe 13) permettant d'apporter la preuve du décalage des pauses des personnels de nursing permettant de sécuriser les prises en charge.
- Le respect des obligations de tenue du registre des décès imposant sa côte et paraphe.

La directrice a adressé une copie du registre côté et paraphé (annexe 44) et une attestation d'une formation suivie depuis l'inspection par l'agent en charge de la tenue du document cité (annexe 22).

- L'absence d'information sur le numéro 3977 et des contacts « Alma » au sein de l'établissement. L'établissement a fourni à la mission des photos de l'affichage du numéro 3977 sur le panneau de l'accueil. L'établissement a également fourni l'ordre du jour du CVS prévoyant un rappel sur l'utilisation du numéro 3977. Ces éléments permettent de conclure que l'établissement a réalisé un travail de sensibilisation auprès des usagers et de leurs familles sur le bon usage de ce numéro.
- L'absence de formalisation de propositions de collation en soirée aux résidents. L'établissement a transmis à la mission les fiches horaires des aides-soignants de nuit sur lesquelles figurent la proposition d'une collation en soirée ainsi qu'une procédure interne relative à la distribution des collations nocturnes.
- Le respect des règles d'hygiène et de recommandations de bonnes pratiques lors de l'aide à la prise des repas. L'établissement a fourni une attestation de la lingère spécifiant que le matériel d'hygiène adéquat est proposé au personnel. L'établissement a également fourni une copie du courriel de prise de rendez-vous avec l'infirmière mobile d'hygiène afin de former 2 référents hygiène au sein de l'EHPAD. Malgré les éléments transmis, l'établissement doit rester vigilant sur la bonne appropriation des pratiques d'hygiène et des recommandations pour l'aide au repas.

Cependant les éléments de réponse apportés ne permettent pas de lever les mesures suivantes figurant en annexe au présent courrier :

- La mise en œuvre d'une part, d'une procédure de traçabilité des appels malade et du temps de décroché, et d'autre part un renforcement des rondes, et des temps de pause différés entre les agents de nursing permettant de garantir la sécurité et qualité des prises en charge des usagers ;
 - L'établissement a fourni à la mission un bon de réparation des appels malades (annexe 29) qui étaient défectueux lors de la visite ainsi qu'un tableau de suivi de ces appels (annexe 31). Le tableau de suivi transmis à la mission fait cependant état de temps de décrochés largement supérieurs pour certains aux recommandations de bonnes pratiques (25min) et impose à l'établissement d'engager un travail sur l'amélioration des temps de réponse (formation, mise en place d'une procédure dégradée pour apporter une réponse même au moment des toilettes).**L'injonction n°1 relative au renforcement de la traçabilité et suivi des appels malades et du temps de décroché est donc maintenue.**

- La mise en place d'un échéancier permettant de doter l'établissement d'un projet d'établissement à jour valide.

La direction indique que les deux dernières années de crise sanitaire ont rendu difficile l'élaboration de ce projet. Des groupes de travail initiés ont permis d'engager les démarches et des référents sont identifiés pour la réalisation du projet (annexe 14 : copie de la fiche de présence du CODIR du 07/09/2021). La direction s'engage également à respecter les échéances transmises dans le planning d'organisation de groupes de travail dont le dernier se termine mi-avril (annexe N°16 : rétro-planning PE), puis à solliciter le CVS (annexe N°35 : CVS du 14/09/2021 et annexe N°17 : ordre du jour du CVS du 14 avril 2022). Néanmoins, l'échéancier fourni ne permet pas de garantir la bonne élaboration du projet d'établissement. **Cet écart fait l'objet de la prescription n°1 qui reste maintenue et sera levée lorsque le projet d'établissement sera transmis aux autorités de tutelle.**

- L'absence d'élaboration d'un plan d'action et d'un échéancier permettant de rédiger les projets individualisés de la totalité des résidents de l'EHPAD Malka. La perte des projets individualisés de la totalité des résidents consécutive à la défaillance de l'outil informatique ne peut impacter la réalité de leur déclinaison. Aussi, au-delà du rétro-planning (annexe 19), un suivi de l'échéancier, une preuve des actions mises en place (projets personnalisés anonymisés) sont demandés, et une extraction de Netsoins des projets personnalisés réalisés et validés devra être transmis à la mission. **La prescription n°2 est maintenue.**

- L'absence de traçabilité des échanges entre la direction régionale et l'établissement ne permettant pas de garantir la connaissance par l'organisme gestionnaire des difficultés éventuelles de l'EH PAD et des dispositions prises le cas échéant par la direction régionale d'Orpéa pour les résoudre.

La direction n'a ni transmis de comptes rendus des derniers échanges mensuels avec la direction régionale, ni apporté d'engagement à prendre en compte la remarque faite par la mission. La direction oppose à la mission qu'il serait trop chronophage de tracer ces échanges mensuels et impacterait l'autonomie de la direction, en poste depuis plusieurs années et ayant intégré les mécanismes d'alertes à la direction régionale si nécessaire. La mission rappelle l'importance de retranscrire ces échanges, permettant d'une part de garder une trace des points abordés notamment en cas de renouvellement dans l'équipe de direction de l'établissement, et d'autre part afin de garantir une transparence et sécurisation dans le processus d'alerte et de décision.

La mission maintient ainsi la remarque qui fait l'objet de la recommandation n°1.

- L'absence de procédure formalisée de gestion des manquements professionnels.

La direction n'a pas transmis de procédure permettant de lever la remarque. Une description du diplôme détenu par la direction et les éléments décrits concourant à la politique qualité mise en œuvre avec l'IDEC (analyses de pratiques, appui à la montée en compétence des professionnels (annexe 1 et annexe 1 bis) démontrent l'engagement de l'équipe de direction de l'établissement à prévenir les éventuels manquements professionnels, mais n'excluent pas la mise en place d'une procédure cadre de gestion de ces manquements, communiquée et partagée avec les équipes, et permettant de garantir la neutralité et continuité d'une réponse institutionnelle en cas de manquement professionnel (notamment en cas de renouvellement dans l'équipe de direction ou difficulté).

La mission maintient ainsi la remarque qui fait l'objet de la recommandation n°2.

- L'absence de méthode de pointage ou de contrôle formalisé des présences et absences journalières des professionnels.

Les IDE de jour et de nuit contrôlent les présences des soignants chaque jour. Depuis le 01/04 l'établissement a mis en place un cahier d'émargement journalier de présence à l'infirmerie (annexe 9). Ce cahier d'émargement ne mentionne que le nom du soignant, la date, et sa signature.

La mission demande à l'établissement de mettre en place une méthode de contrôle des présences et absences de tous les professionnels (y compris hôteliers), et **maintient sa remarque qui fait l'objet de la recommandation n°3.**

- L'absence de procédure de suivi des absences temporaires des résidents.

La structure a transmis un cahier des sorties temporaires des résidents issu d'un support ORPEA en date de 2014 (annexe 32) et une fiche de pointage des repas (annexe 37). Les éléments de traçabilité transmis n'attestent pas des mouvements des résidents. La mesure sera levée lors de la transmission d'une preuve de l'utilisation réelle pour avril 2022 du cahier présenté ainsi que d'une extraction du logiciel Netsoins y correspondant.

La mission maintient ainsi la remarque qui fait l'objet de la recommandation n°4.

- L'inaccessibilité aux professionnels chargés de les mettre en œuvre, des informations relatives à la désignation des personnes de confiance, et aux directives anticipées.

La réponse apportée, indique à l'attention des résidents une remise des formulaires et l'existence d'une mention adjointe dans l'annexe 2 du livret d'accueil (annexe 41 et 41bis). Toutefois, il est attendu au travers de l'action dévolue à la psychologue, un état de situation auquel succèdera la complétude des dossiers résidents sur la désignation des personnes de confiance, et les directives anticipées.

Aussi, il conviendra d'apporter la preuve de ces deux indicateurs. **La recommandation n°5 est donc maintenue.**

- L'intégration de la liste des personnes qualifiées et modalités pratiques de leur saisine au livret d'accueil et leur affichage au sein de l'établissement.

L'affichage présenté (annexe 18) identique aux observations établies le jour de l'inspection, est tronqué de l'affichage de l'annexe de l'arrêté comme il est stipulé dans l'article 1 du dit-arrêté. Le livret d'accueil évoque en page 15 la possibilité pour le résident de se faire assister par une personne qualifiée, sans nulle autre précision.

La recommandation n°6 est ainsi maintenue en absence de présentation de l'affichage adéquat et précisions adaptées dans le livret d'accueil.

- La formalisation d'une procédure relative au recueil des réclamations et signalements.
L'établissement a fourni des procédures du groupe ORPEA relatives à la déclaration des EI et EIG et relatives à la gestion des réclamations. Ces procédures (annexe 42) prévoient une transmission pour des EIG au siège régional pour validation avant transmission aux autorités de contrôle ne permettant pas de garantir une transmission exhaustive des EIG de l'EHPAD.
La recommandation n°7 est maintenue.

- La communication auprès de tous les professionnels de l'établissement sur la procédure de déclaration des événements indésirables.
L'établissement a transmis à la mission des engagements à communiquer auprès de l'équipe de direction et du CVS. (Annexe N°24 : Copie Staff Dir. du 23/03/2022 ; Annexe N°25 : Copie réunion de service HEB ; Annexe N°25 bis : Copie réunion de service SOIN ; Annexe N°26 : Copie Fiche Réflexe « Equipes » EI et EIG ; Annexe N°42 : Fiche réflexe « Direction » ; Annexe N°33 : Tableau de suivi des EI /EIG ; Annexe N°45 : Nouvel ordre du jour des réunions pluridisciplinaires. ; Annexe N°17 : Ordre du jour CVS du 14/04 prochain.) Ces documents ne permettent pas de s'assurer que l'ensemble des agents ont été sensibilisés à la procédure de déclaration des EIG. L'établissement devra apporter la preuve que l'ensemble des salariés est en capacité de réaliser une déclaration d'EIG.
Ainsi, la mission maintient la recommandation n°8.

Aussi, nous vous notifions à titre définitif 1 injonction, 2 prescriptions et 8 recommandations.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Seine et Marne, en format papier et numérique (à l'adresse [redacted] les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions de façon définitive.

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

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

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

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

Le Directeur Général Adjoint
la Solidarité
Conseil départemental de
Seine-et-Marne

Amélie VERDIER

Copie :

[redacted]
Directrice d'exploitation
EHPAD Résidence Malka
11 rue Pasteur
77350 Boissise la Bertrand



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décision définitive concernant les mesures correctrices à mettre en place pour faire suite à l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD Résidence Malka le 15 février 2022

	Injonction	Texte de référence	Ref.rapport	Décision au terme de la procédure contradictoire et délai de mise en œuvre dès réception
1	Mettre en œuvre une procédure de suivi des appels malades et du temps de décroché permettant de garantir la sécurité et qualité des prises en charge des usagers	L313-4 CASF	E5	immédiat
	Prescription	Texte de référence	Ref. rapport	Décision au terme de la procédure contradictoire et délai de mise en œuvre dès réception
1	Mettre en place un plan d'action et un échéancier permettant de doter l'établissement d'un projet d'établissement à jour valide.	L.311-8 du CASF.	E3	1 mois
2	Mettre en place un plan d'action et un échéancier afin de rédiger les projets individualisés de la totalité des résidents accueillis sur l'EHPAD Résidence Malka	L311-3 CASF	E4	1 mois
	Recommandation	Texte de référence si existant	Ref. rapport	
1	Tracer les échanges mensuels entre la direction régionale et l'EHPAD Malka		R1	
2	Mettre en place une procédure formalisée de gestion des manquements professionnels		R2	
3	Mettre en œuvre une méthode de contrôle formalisé des présences et absences journalières des professionnels		R4	



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



	Recommandation	Texte de référence si existant	Réf. rapport
4	Mettre en œuvre une méthode de contrôle formalisée des présences et absences temporaires des résidents		R6
5	Adjoindre les informations relatives à la désignation des personnes de confiance et aux directives anticipées dans les dossiers des résidents		R7
6	Adjoindre la liste des personnes qualifiées ainsi que leurs modalités de recours au livret d'accueil remis à l'usager	Circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 (préconisations)	R8
7	Mettre en œuvre une procédure formalisée relative à la gestion des réclamations et signalements		R10
8	Diffuser et s'assurer de l'appropriation par l'ensemble des équipes de la procédure de déclaration des événements indésirables		R11