

Direction départementale de Paris

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

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées  
dépendantes « Les Musiciens » (EHPAD)  
5/7 rue Germaine Tailleferre 75019 Paris**

**N° FINESS : 750019358**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2022\_0185**

**Déplacement sur site les 14/02/2022 et 17/02/2022**

Mission conduite par

- Monsieur Martin BEGAUD, 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
- Madame Servanne JOURDY, adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie / Ville de Paris, coordinatrice de la mission d'inspection,
- Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical / Ville de Paris

Accompagnés par

- Madame Yamina NOURI, personne qualifiée, chargée de mission secteur personnes âgées / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, personne qualifiée, conseiller médical / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France
- Madame Liliane COMENSOLI, personne qualifiée, cheffe du bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie / Ville de Paris

<u>Textes de référence</u>	<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. 1421-6 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 discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

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

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

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

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

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

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de 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>I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>10</b>
A.    La situation des effectifs.....	10
1.    Répartition des effectifs.....	10
2.    Gestion des contrats de travail.....	12
B)    L'encadrement des équipes et l'organisation du travail.....	14
1.    Modalités .....	14
2.    Accueil des nouveaux salariés :.....	16
3.    La formation.....	16
4.    L'organisation du travail .....	17
<b>II – LA COMMUNICATION INTERNE AVEC LES RESIDENTS ET LES FAMILLES ET LES MODALITES DE PRISE EN COMPTE ET DE TRAITEMENT DE LEURS DEMANDES ET LA POLITIQUE DE BIENTRAITANCE .....</b>	<b>19</b>
A)    Les modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents.....	19
1.    Accès aux informations réglementaires .....	19
2.    Gestion des dossiers administratifs individuels des résidents .....	20
B)    La communication avec les familles et le CVS .....	21
C)    La gestion des réclamations et des évènements indésirables.....	22
1.    Gestion des réclamations des résidents et des familles.....	22
2.    Prévention de la maltraitance .....	22
3.    Gestion des évènements indésirables .....	23
<b>III – LA DISPENSATION DES PRODUITS, DISPOSITIFS ET PRESTATIONS FIGURANT DANS LA LISTE RELEVANT D'UN FINANCEMENT AU TITRE DES FORFAITS SOINS ET DEPENDANCE .....</b>	<b>25</b>
A)    Les prestations hôtelières et la sécurité des locaux .....	25
1.    Propreté et sécurité des locaux .....	25
2.    Restauration.....	26
B)    Aide à la vie quotidienne, prestations dépendance et achats de consommables .....	26
C)    L'équipement médicalisé et les installations à visée thérapeutique .....	29
<b>IV– ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE .....</b>	<b>31</b>
A) La prise en charge médicale des résidents.....	31
1.    L'équipe de soin .....	31
2.    La prise en charge gériatrique des résidents .....	33
3.    La prise en charge nutritionnelle .....	33
4.    Soins des plaies et suivi de la douleur .....	34
5.    Prévention des chutes .....	35

6.	Les soins bucco-dentaires .....	35
7.	Le repérage des troubles de la déglutition .....	36
8.	L'évaluation multidimensionnelle des résidents .....	36
<b>B) L'organisation des soins .....</b>	<b>37</b>	
1.	La visite de préadmission.....	37
2.	La coordination des soins.....	37
3.	Le dossier soins du résident.....	38
4.	La prise en charge de l'urgence .....	39
<b>C) Le plan de formation .....</b>	<b>39</b>	
<b>D) Le circuit du médicament .....</b>	<b>39</b>	
<b>V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES.....</b>	<b>41</b>	
<b>VI – CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>	
<b>VII – LISTE DES SIGLES UTILISES.....</b>	<b>47</b>	
<b>VIII – ANNEXES.....</b>	<b>48</b>	
Annexe 1 : Lettre de mission.....	49	
Annexe 2 : Liste des documents consultés.....	51	
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées .....	54	

## **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 les 14 et 17 février 2022 au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection a été effectuée de manière inopinée et il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre à disposition de la mission sans délai les documents suivants :

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

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

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

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

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

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

- Une dénutrition de la majorité des résidents
- Un glissement des tâches vers des fonctions d'aide-soignante par des professionnels non diplômés
- Un recours massif, récurrent, disproportionné et non réglementaire aux contrats de remplacements
- Un manque de clarté dans la répartition des rôles entre la directrice de l'établissement (directrice d'exploitation) et la direction régionale
- Des contrats de prestations de service fournis en lieu et place de contrats de fournisseurs interrogeant sur la réalité des prestations de services fournies ayant pour contrepartie une rémunération d'ORPEA sur la base d'un pourcentage du montant des factures payées initialement par le Groupe ORPEA.

## **INTRODUCTION**

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

Cette mission d'inspection, qui n'est pas inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (PRIC), a été diligentée conjointement par la Directrice générale de l'ARS et par la Maire de Paris, en sa qualité de présidente du Conseil Départemental, dans le contexte sensible provoqué par la parution le 24 janvier 2022 dans la presse des extraits de l'enquête d'un journaliste sur le groupe ORPEA<sup>1</sup>.

La parution récente de ce livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés » incite à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements appartenant au groupe ORPEA.

### **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.

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, à compter du 14 février 2022 par l'équipe d'inspection suivante :

- Monsieur Martin BEGAUD, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Madame Servanne JOURDY, adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie / Ville de Paris, coordinatrice de la mission d'inspection,
- Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical / Ville de Paris
- Madame Yamina NOURI, personne qualifiée, chargée de mission secteur personnes âgées / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, personne qualifiée, conseiller médical / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- Madame Liliane COMENSOLI, personne qualifiée, cheffe du bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie / Ville de Paris

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur site<sup>2</sup>. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD la journée du 14 février et l'après-midi du 17 février 2022. Au cours de ces deux jours de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la directrice de l'établissement, a mené des entretiens avec le médecin coordonnateur, l'IDEC, plusieurs aides-soignantes, un agent des services hôteliers, le gouvernant, l'animatrice, la présidente du conseil de la vie sociale (CVS), résidente, un représentant des familles au CVS, ainsi qu'avec l'épouse d'un résident qui, par ailleurs, anime au sein de l'EHPAD un atelier philosophie. En outre, la directrice régionale était présente toute la journée mais il n'y a pas eu d'entretien avec elle.

A l'issue de chacune de ces 1,5 journées de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice.

---

<sup>1</sup> A paraître dans un livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés »

<sup>2</sup> Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe

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

Situé 5/7 rue Germaine Tailleferre à Paris XIXème, l'EHPAD « Résidence Les Musiciens » est géré par le groupe ORPEA depuis 2017.

Dans le cadre de la réorganisation du parc ORPEA à Paris et la création d'un EHPAD dénommé Assomption, la répartition des places a été revue et l'EHPAD les Musiciens est passé d'une capacité de 117 places à 85 places (arrêté 2017-319 13 octobre 2017), avec une mise en œuvre au 1/01/2020.

L'EHPAD « Résidence Les Musiciens » dispose de 85 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.

Les 85 chambres sont réparties sur 7 étages comme suit :

- 14 au 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et, 3<sup>e</sup> ;
- 13 au 4<sup>e</sup> ;
- 10 au 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>

L'établissement « Les Musiciens » dispose d'une unité de soins adaptés (USA) de 13 lits, et d'une unité pour personnes fragilisées par la grande dépendance (UGD) de 14 lits.

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

Le jour de la visite, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 81 résidents. Soit un taux d'occupation de [REDACTED].

Une entrée supplémentaire s'est effectuée le 14 février, jour de l'inspection. L'EHPAD comptabilise donc à ce jour 82 résidents au total.

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

Les 81 résidents accueillis le jour de l'inspection étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Les Musiciens, 2020 <sup>3</sup>	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
EHPAD Les Musiciens, 2021 <sup>4</sup>	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
EHPAD Les Musiciens, 14 février 2022 <sup>5</sup>	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Le budget de fonctionnement réalisé en 2020 par l'EHPAD est réparti comme suit :

- 492 271,04 € au titre de l'hébergement,
- 450 648,54 € au titre de la dépendance,
- 1 337 860,11 € au titre des soins.

<sup>3</sup> Source : ERRD 2020 sur la base de 69 résidents

<sup>4</sup> Source : EPRD 2021 sur la base de 83 résidents

<sup>5</sup> Source : données recueillies lors de l'inspection du 14/02/2022 sur la base de 81 résidents

Les produits de la tarification 2020 couvrent les postes de dépenses suivants :

- **588 542,25 € au titre de la dépendance** (████ sont des charges de personnel, soit : 30% des charges du personnel hôtelier (ASH), 30% des charges d'AS/AMP/AES) et 100% de la psychologue ; les protections entrent dans le budget dépendance.
- **1 253 806,94 € au titre des soins** (████ sont des charges de personnel, parmi lesquelles plus de la moitié couvrant les 70% restant des AS/AMP/AES).

Les sections dépendance et soin affichent respectivement des déficits de :

- **137 893,70 € (dépendance)**
- **50 410,77 € (soin)**

En 2019, la section dépendance était en déficit de -172 471,69 € et le soin en excédent de 45 106,31 €.

Une convention tripartite est signée le 10 février 2012 avec la ville de Paris, et la direction générale de l'Agence régionale de santé d'Ile de France.

## I – LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

### A. La situation des effectifs

#### 1. Répartition des effectifs

Il a été difficile de reconstituer les effectifs théoriques. Plusieurs tableaux ont été fournis, différents, ne permettant d'avoir une vision certaine de la situation.

Toutefois, il est possible d'interpréter le dernier tableau des effectifs théoriques transmis qui fait état de 56.6 ETP répartis comme suit :

- 24 AS/AMP et 14 auxiliaires de vie dont 4 « restaurant »

	AS/AMP			AV		
	EQUIPE 1	EQUIPE 2	ETP	EQUIPE 1	EQUIPE 2	ETP
1er étage						
2ème étage						
3ème étage (UGD)						
4ème étage (USA)						
5ème étage						
6ème étage						
7ème étage						
Nuit						
Restaurant						

- [REDACTED]

Le temps de présence du médecin coordonnateur est conforme aux dispositions de l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles. Il a la qualification requise à l'article D. 312-157 du CASF.

- [REDACTED]

A noter, que les documents fournis ne permettent pas de faire la distinction entre personnels ASH et personnels AV, suivant les tableaux les terminologies sont soit l'une soit l'autre. Cela interroge sur la répartition des tâches entre professionnels. En effet, il existe bien dans les plannings des personnels ASH et d'autres AV et la mission a pu l'observer le jour de la visite d'inspection.

Par ailleurs, la direction de l'établissement a communiqué le nombre de postes vacants qui s'élève à 9 postes au total : 4 postes d'AS (deux le jour et deux la nuit), 2 postes d'IDE, un psychomotricien, un second de cuisine, un commis de cuisine. La direction a indiqué également que les difficultés de recrutement des soignants étaient récurrentes sur l'ensemble de ces fonctions. A cela s'ajouteraient la difficulté de faire accepter des postes en contrat à durée indéterminée aux AS et IDE.

Le jour de l'inspection, le MEDEC était présent, ainsi que l'IDEC, le gouvernant et l'équipe de direction.

Auprès des résidents, 1 IDE sur 2 était présente. 9 AS étaient positionnées dans les 7 étages. 2 étages sont occupés par des résidents plus dépendants : le 3<sup>e</sup>, unité des personnes fragilisées par la grande dépendance (UGD) et le 4<sup>e</sup>, unité de soins adaptés (USA), terminologie propre au groupe ORPEA. A ces étages, la charge en soin est supérieure et les soignants sont normalement plus nombreux.

La mission d'inspection constate également au 4<sup>e</sup> étage, 1 AS diplômée et une autre disposant du badge d'AS mais qui en réalité est auxiliaire de vie en cours de validation des acquis de l'expérience (VAE).

Au 7<sup>e</sup> étage, on relève la présence d'une assistante de vie aux familles, qui devrait être accompagnée par une AS selon le planning du jour. La mission d'inspection n'a pas pu observer la présence d'une aide-soignante le jour de l'inspection à cet étage.

Ces 2 personnels (assistante et auxiliaire de vie) effectuent des missions d'AS alors même qu'elles n'en ont pas le diplôme (vérification faite).

Si l'on se réfère seulement aux AS diplômées, elles ont en moyenne en charge une dizaine de résidents. Mais le glissement de tâches observé des AV (diplômés AVF ou diminué cette moyenne.

Il a été également observé que les personnels s'organisent entre eux pour pallier les absences à certains étages en s'appelant pour demander de l'aide (toilette, mobilisation d'une résidente par exemple). Une fiche de procédure a été consulté indiquant les modalités de réattribution des tâches en cas d'absence d'une ou de deux AS (mode dégradé).

La pénibilité, la fatigue, la charge de travail, le manque de personnel ont été relevés ainsi que le peu de temps de pause ne permettant pas de se reposer suffisamment. Cela n'est pas sans conséquences sur la prise en charge des résidents.

Ainsi, lors de l'inspection, une résidente attendait qu'un soignant vienne lui changer sa protection, qui était par ailleurs tombée de son lit. L'odeur forte à l'extérieur de la chambre signifiait que l'attente était longue et la mission d'inspection a signalé la situation afin qu'il y soit remédié rapidement.

Une aide-soignante a également indiqué que, faute de temps, elle renonçait souvent à aller chercher le lève-malade disposé dans les étages inférieurs.

Toutefois, au sein de l'établissement, malgré ces difficultés d'organisation et de fonctionnement, la mission a ressenti une ambiance globale favorable entre les équipes qui s'entraident mais aussi avec l'équipe de direction considérée comme aidante et à l'écoute.

#### Remarque n°1 :

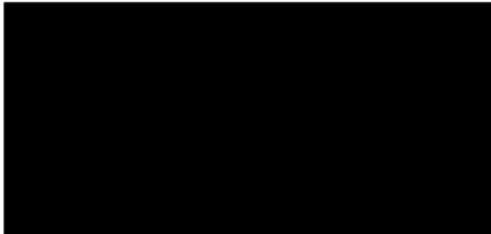
Le jour de l'inspection, 8 AS de jour ont été vues et comptabilisées et non 10 tel qu'annoncé dans le tableau théorique par étage. En outre, une AS avait en charge en moyenne 10 résidents, ce qui est relativement élevé dans le cadre de la convergence tarifaire. De la même manière une IDE était présente au lieu de 2 annoncées. En comptabilisant l'IDEC, le

taux d'encadrement minimum est inférieur à 0,05 ETP d'IDE par résident, soit 0,02 ETP d'IDE.

En outre, le glissement de tâches observé vers des fonctions d'aide-soignante par au minimum 2 professionnelles non diplômées, l'une auxiliaire de vie, l'autre assistante de vie aux familles est interdit et de nature en mettre en péril la prise en charge des résidents.

### Comparaison avec EPRD et ERRD

EPRD 2021



Cet état prévisionnel des effectifs s'inscrivait dans une reconduction par rapport aux EPRD 2019 et 2020.

Le rapport accompagnant l'EPRD 2021 mentionnait : « Le résultat prévisionnel 2021 est excédentaire du fait des revalorisations salariales prévisionnelles du Ségur de la santé et de la compensation au titre de la perte d'activité 2021 prises en compte à l'EPRD. »

ERRD 2020



#### Remarque n°2 :

Les effectifs déclarés dans les EPRD et ERRD sont quasiment identiques. En revanche, les ERRD et EPRD présentent un écart de plusieurs postes avec les effectifs communiqués dans le cadre de l'inspection, inférieurs aux données communiquées aux autorités de tutelle. Sans préjuger des recrutements effectifs et dans l'hypothèse où l'état des effectifs serait conforme à ceux constatés après la visite, il y aurait donc potentiellement de manière récurrente un écart à la baisse entre les effectifs réels et les données communiquées dans les EPRD / ERRD.

Enfin, l'absence de tableaux stabilisés permettant d'identifier les fonctions d'ASH et les fonctions d'AV est de nature à interroger d'une part sur la connaissance et le suivi des effectifs par la direction de l'établissement et d'autre part sur la répartition des tâches entre les professionnels.

## 2. Gestion des contrats de travail

Lors de l'inspection, la mission a consacré un temps très important à l'examen de dossiers de personnels, de contrats de travail et en particulier de contrats de remplacements. Les

contrats de remplacements sont signés par la directrice après validation de la direction régionale.

Les dossiers RH sont correctement tenus même si des documents sont trop rapidement archivés et donc peu facilement accessibles.

La mission d'inspection a examiné les tableaux des effectifs en CDI. Au 14 février 2022, le tableau des effectifs relevait 50 agents (dont 6 agents absents).

A noter à nouveau des tableaux remis (extraction des contrats depuis 2019, tableau Excel des CDI au 9 février 2022, fichier pdf des CDI en février 2022) avec des informations sensiblement différentes qui rendent très compliquée l'analyse des données à la fois sur le nombre et la qualification des personnels.

Il y a donc lieu d'en conclure à un recours massif aux CDD. Par ailleurs, il a été constaté que des personnels vacataires l'étaient depuis de nombreux mois voire plusieurs années.

Par exemple, une AS a signé [REDACTED] contrats depuis 2019, une autre [REDACTED] et de nombreux comptabilisent plus de 50 contrats. Le phénomène est particulièrement visible pour les AS mais s'observe aussi parmi les AMP, ASH, IDE.

Sur le mois de janvier, 106 personnes ont eu au moins une fiche de paie. 45 ont un CDI, les autres sont en CDD. Cela a donné lieu à l'établissement d'environ 200 fiches de paie.

Ainsi, [REDACTED] présente au sein de l'établissement depuis plus de 3 ans était toujours en contrat à durée déterminée. L'examen de son dossier 2021 a permis de comptabiliser 62 contrats de remplacement effectués sur l'année.

Ce phénomène a pu être observé pour un autre personnel, même si c'était dans une moindre mesure.

La réponse apportée par la direction de l'établissement a consisté à indiquer que les personnels refusaient de signer des CDI pour des raisons personnelles, notamment la flexibilité pour avoir des périodes de congés (en l'occurrence d'absence d'activité).

Lorsque la mission a demandé de pouvoir examiner l'ensemble des contrats à durée déterminée depuis 2021, il a été répondu que c'était impossible car il y en avait 4103 depuis donc 3 ans et 2 mois. L'extraction sous format Excel a été fournie.

Du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 14 février 2022, l'EHPAD compte 4043 CDD signés sur les 4103 contrats signés pendant cette même période.

Des anomalies ont également été repérées à l'analyse de quelques dossiers:

- [REDACTED] Cela signifie que des contrats de remplacement ont été établis à partir de personnels non titulaires
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Sur ces deux situations, il a été indiqué à la mission d'inspection, que les 2 personnes en question n'avaient jamais signé de contrat avec l'EHPAD.

- L'examen de 2 autres contrats a permis de conclure que le même jour, un agent intérimaire remplace mais est aussi remplacé.

Remarque n°3 :

- La multiplicité des tableaux fournis avec des discordances dans les informations ne

- permet d'avoir un suivi précis des effectifs qu'ils soient en CDI ou en CDD et manifeste un manque de rigueur dans la gestion des ressources humaines
- Le recours aux CDD est massif et récurrent et disproportionné au regard des effectifs théoriques de cet établissement. Cela induit une charge de travail supplémentaire très importante pour les équipes d'encadrement et les équipes administratives, et est source de dysfonctionnements quant au respect du droit du travail.

Ecart n°1 :

- Des salariés de l'EHPAD sont vacataires en contrat de remplacement depuis des mois, voire des années, cumulant un nombre très important de contrat de travail.
- Des irrégularités ont été observées dans la rédaction des contrats de remplacement, dont les motifs sont en infraction des dispositions de l'article L. 1242-2 du Code du travail :
  - Des contrats pour le remplacement de personnels non titulaires
  - Des contrats conclus dans l'attente de l'embauche du titulaire, sans que l'embauche en question ne soit confirmée par une promesse d'embauche
  - Un même jour, un salarié remplace et est remplacé

## B) L'encadrement des équipes et l'organisation du travail

[REDACTED] 5<sup>e</sup> directeur du site les Musiciens depuis 2016.  
A noter également, la terminologie utilisée par le groupe ORPEA pour cette fonction : directrice d'exploitation. Les directeurs d'exploitation sont rattachés à des directeurs régionaux, eux-mêmes rattachés à des directeurs de division.

La fiche de poste signée par la directrice a pu être fournie. Les missions recouvrent des missions classiques de responsables d'EHPAD (définition et animation du projet d'établissement, « gestion » des relations avec les résidents et leurs familles, gestion des ressources humaines, management de l'équipe, pilotage de la sécurité des personnes et des biens et promotion d'une démarche qualité, gestion des équilibres économiques).

Dans le contexte d'un EHPAD commercial, la mission de développement du chiffre d'affaires et de maîtrise des charges est particulièrement appuyée.

[REDACTED]

Un document de délégation de compétences et de missions co-signé par le directeur général d'ORPEA et la directrice d'exploitation a pu être fourni. Il reprend les éléments de la fiche de poste. Il précise par ailleurs son rôle dans le champ de la gestion financière, budgétaire et comptable. Il a pu à ce titre être constaté que la directrice d'exploitation, bien que prenant son poste depuis peu, semblait peu associée aux sujets budgétaires et comptables.

Il est indiqué également que la directrice effectue les recrutements décidés en accord avec la direction régionale et signe les contrats de travail des salariés non cadres après validation par la direction régionale.

### 1. Modalités

14/54

#### Au niveau régional :

La direction se réunit une fois par mois avec la direction régionale. La directrice explique que le siège intervient en appui en cas de besoin pour répondre aux problématiques rencontrées par l'établissement, par exemple dans la gestion de plaintes. En termes de reporting formalisé, la direction de l'établissement est chargée de faire remonter les données relatives à la masse salariale et au taux d'occupation dynamique deux fois par mois. Les commandes sont également validées par la direction régionale, après une pré-validation par la direction. Celles-ci doivent entrer dans un budget pré-défini. Malgré nos demandes, il n'a pas été possible de connaître les modalités de fixation de ces budgets.

[REDACTED]. La direction régionale demande alors des précisions et il a été indiqué que chaque fois les commandes étaient finalement validées malgré le dépassement. La directrice a indiqué vouloir travailler sur ce point afin de définir un budget correspondant à la réalité des besoins.

#### Au niveau de l'établissement :

L'équipe d'encadrement se réunit une fois par semaine, le jeudi (directrice, IDEC, médecin coordinateur, gouvernant, psychologue, psychomotricien (poste vacant depuis de nombreux mois), chef cuisinier, adjointe de direction, et animatrice). Ces réunions ont pour objet de faire le point sur l'évolution des taux d'occupation, le suivi des plans d'actions qualité, les admissions (entrées et réservations), les problématiques particulières telles que les chutes même si les situations individuelles ne sont pas examinées lors de ces points. Elles permettent par ailleurs de relayer des questions générales et non urgentes d'ordre médical à l'équipe soignante ou exposer des dysfonctionnements techniques. Des comptes rendus sont réalisés selon un modèle type fourni par le siège. Les thématiques abordées sont :

- Analyse et pilotage de l'activité
- Point qualité (Analyse des indicateurs qualité mensuels / Statistiques [REDACTED] Analyse et traitement des réclamations, fiches d'amélioration, Suivi des plan d'action du PAQ, Suivi des suites évaluations trimestrielles/semestrielles)
- Point RH (Planning mini-formations, respect des planning, fonctionnement et suivi de l'encadrement de l'équipe de nuit, plan de formations internes /externes, recrutement)
- Point hôtellerie restauration (chambre à blanc / chambre témoins, commandes, etc...)
- Coordination médicale (Projets personnalisés, reporting [REDACTED] des « soins non signés », rondes de nuit, contrôles des temps de réponses aux appels malades, etc....)
- Animation, vie sociale (Plannings animations, intervenants, etc...)

En parallèle, les équipes se réunissent en format pluridisciplinaire une fois par semaine (le lundi) également afin de faire un point sur les entrées, sorties, décès et d'assurer la transmission des informations à la contre équipe (alternance de deux équipes). Ces réunions sont l'occasion également d'analyser les pratiques et postures professionnelles, afin par exemple d'adapter la posture des AS / AMP (par exemple à l'occasion d'une chute ou d'une fugue). Le personnel interrogé accorde une place importante à ces temps réflexifs afin d'ajuster la prise en charge et de se montrer rassurant vis-à-vis des résidents et familles dans le traitement des événements. Ils témoignent également de la disponibilité de l'IDEC et de la directrice. Des réunions de transmission d'une demi-heure ont lieu également quotidiennement. Enfin, le gouvernant a indiqué à l'équipe d'inspection s'être fixé l'objectif de réunir son équipe une fois par semaine.

#### Remarque n°4 :

Il n'a pas été possible de préciser exactement le cadre des relations entre la direction de l'établissement et la direction régionale malgré les demandes de la mission. Celle-ci semble

très présente et intervient pour validation à de nombreux niveaux. L'absence de connaissance du budget réservé aux fournitures est un exemple qui tend à montrer que la direction régionale pilote ces sujets.

Les temps de travail collectifs sont organisés de manière régulière et les interactions existent entre les professionnels. Toutefois, au moment de l'inspection ou à travers les entretiens, il est apparu que le renforcement de la coordination des AS dans les étages constituait un axe d'amélioration. En effet, une AS est positionnée à chaque étage pour une dizaine de résidents et les ajustements en fonction des besoins de renfort ponctuels reposent sur l'entraide et les initiatives individuelles.

## 2. Accueil des nouveaux salariés :

Des fiches de postes formalisées sont fournies pas le siège pour le MEDEC, l'IDEC, les AS et les ASH ainsi que des fiches de tâches heurées et journalières pour les AS et ASH. La prise de fonction démarre par une journée d'intégration, l'IDEC procède à l'accueil et l'intégration des nouveaux collaborateurs, à la présentation des procédures et missions par plage horaire, et participe aux mises en situations professionnelles conformément à sa fonction de coordination de l'équipe soignante. Il existe un protocole de formation courte à partir de mises en situations ou d'étude de cas pratiques (par exemple, comment gérer un retour d'hospitalisation). Des protocoles formalisés sont communiqués aux nouveaux arrivants. Le siège fournit à la direction des référentiels métiers et des cartographies des métiers. La direction bénéficie d'une formation spécifique dispensée par le siège et correspondant au fonctionnement du groupe.

Concernant le gouvernant dont l'arrivée au sein de l'établissement est intervenue il y a un an, l'accompagnement à la prise de poste a été mis en œuvre par l'adjointe de direction et une transmission a pu être faite par l'ancienne gouvernante. L'équipe s'appuie également sur les formations des fournisseurs (1 seul fournisseur par type de produit) concernant l'utilisation du matériel ou l'utilisation des produits.

En termes de structuration du parcours, les AS changent d'étage tous les 4 mois afin de connaître l'ensemble des résidents et de se familiariser à la diversité des situations pour pouvoir être en capacité d'apporter une réponse en fonction des besoins.

## 3. La formation

Les diplômes des salariés présents le jour de l'inspection du 14 février ont pu être fournis.

S'agissant de la formation continue :

En 2020, seulement **3 salariés ont pu bénéficier de 5 journées de formation**. 3 sessions de formation externes ont été dispensées et 25 journées annulées.

En 2021, **les salariés ont pu bénéficier de jours 18 jours** de formations internes ou externes (un salarié a bénéficié d'un mois de formation. Les thèmes sont très variés : prévention de la maltraitance, des risques suicidaires, gestes d'urgence, douleur, communication avec les familles, nutrition, formateur à la prévention de la maltraitance, etc...)

A noter, toutefois seulement 19 personnes ayant participé.

En 2022, sont programmées à la fois des formations concernant des VAE, mais également 48 jours de formation pour en théorie 33 participants sur des thèmes à nouveau très variés.

**Remarque n°5 :**

- Les salariés interrogés le jour de l'inspection ont indiqué avoir bénéficié de quelques formations liées aux postures professionnelles et à la prise en charge des personnes, mais peu nombreuses au demeurant (exemple de formation cité sur les thématiques de la dénutrition, [REDACTED]). A noter, une place importante semble accordée aux formations assurées par les fournisseurs ([REDACTED]). Un salarié a indiqué que le sujet des formations n'avait pas été abordé au cours de l'entretien professionnel.
- Peu de formations ont été mises en œuvre en 2020, mais cela est justifié par le contexte sanitaire. Toutefois le plan de formation prévu pour 2022 est plus étayé et davantage en adéquation avec les besoins, s'agissant de personnels à l'ancienneté très peu élevée. Il est axé sur les pratiques professionnelles, l'encadrement et la bientraitance / prévention de la maltraitance, et la prise en charge de la personne âgée. Mais globalement, au regard notamment du nombre élevé de vacataires, l'accent n'est pas suffisamment mis sur les formations.

#### **4. L'organisation du travail**

L'EHPAD les Musiciens dispose de 7 étages avec un nombre de chambres entre 10 et 14 suivant les étages. 2 étages sont dédiés aux résidents très dépendants, l'un appelé Unité pour personnes fragilisées par la grande dépendance (UGD) et l'autre appelé Unité de Soins adaptés (USA). Au sein de ces unités, le personnel est normalement plus nombreux (cf supra) afin d'assurer le nursing des personnes souvent alitées et qui donc ont besoin d'aide dans de nombreux actes de la vie quotidienne. Si une absence imprévue était à noter, les collègues des autres étages s'organisent pour venir en appui.

L'établissement accueillant globalement, à l'analyse des GIR un nombre de résidents peu dépendants important, cette organisation qui nécessite souplesse et ajustement au quotidien entre collègues est facilitée, même si à nouveau, il faut souligner que l'insuffisance du nombre de soignants couplée à un recours massif aux CDD rend l'organisation du travail compliquée soumise à beaucoup de turn-over.

Parmi le personnel, il existe des « fixes » qui restent 4 mois sur un étage et des « volants » qui relèvent de plusieurs étages et ajustent aussi leurs présences en fonction des effectifs.

Ont été mis à disposition de la mission les fiches de tâches heurees des AS et des ASH. Il manque toutefois la fiche de tâches heurees du 4<sup>e</sup> étage qui accueille les résidents grands dépendants.

Elles sont établies par le siège d'ORPEA et datent de 2018.

Les fiches de tâches sont détaillées :

- Par étage
- Nuit/jour

Elles comportent par heure toutes les missions à accomplir. Il n'a pas pu être vérifié qu'elles étaient vraiment suivies. N'y sont pas intégrées les fréquences des douches. A ce sujet, les éléments récupérés tendent à montrer que les résidents sont douchés 2 fois par semaine pour la grande majorité.

Comme déjà indiqué plus haut, il a pu être observé que l'organisation du travail était souvent bousculée par la réalité de la présence ou de l'absence du personnel et que les ajustements reposaient essentiellement sur l'entraide entre collègues.

L'organisation du travail est aussi étroitement liée à la question du turn-over et de l'absentéisme et de l'ancienneté.

Lors de l'inspection, la direction a indiqué qu'aucun ajustement n'était effectué, ni à la hausse, ni à la baisse en fonction des absences. Au cours de la journée, des ajustements peuvent être opérés souvent entre les équipes elles-mêmes.

Pour identifier les présents et les absents chaque jour, la personne identifiée en charge de ce suivi des salariés est le premier référent qui arrive sur l'établissement (Directrice, adjointe de direction, gouvernant, IDEC). Selon les déclarations de la direction, un planning d'arrivée est réalisé pour ces 4 encadrants. Le même mode de fonctionnement est opéré lors de l'arrivée des soignants de nuit.

Le contrôle des présences à chaque changement de service est effectué par les infirmiers pour les équipes de nuit, et les équipes de nuit pour les équipes de jour. En cas d'absence constatée, la direction est contactée.

Au sein de l'EHPAD les Musiciens, le taux d'absentéisme est important et a crû entre 2019 et 2021 avec un pic en 2020, expliqué très certainement par la crise sanitaire. En 2021, il est de [REDACTED]

D'après l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), en juin 2018 la médiane du taux d'absentéisme est de 10 %. Il y a lieu toutefois d'être prudent car depuis 2020, la crise sanitaire a eu un impact important sur l'ensemble du secteur en matière d'absentéisme.

Cela a des conséquences en terme d'organisation des collectifs de travail, induit aussi une charge supplémentaire de travail pour les équipes notamment d'encadrement et de direction chargées de gérer les remplacements.

A ce taux d'absentéisme important vient s'ajouter un turn-over lui-même élevé de l'ordre [REDACTED] avec un pic en 2020 de [REDACTED] qui peut s'expliquer là encore par la crise sanitaire.

Enfin, un dernier élément vient compliquer l'organisation du travail, il s'agit de l'ancienneté du personnel. Il était en décembre 2021 de 5,08 années en moyenne sur les CDI. L'établissement ayant une politique de recours récurrent aux vacataires, il intègre aussi dans ses données les CDD et là l'ancienneté passe à 3.91. Il faut par ailleurs noter une tendance assez nette à la baisse depuis 2019.

Enfin, il est à noter qu'il n'existe dans cet établissement aucun délégué du personnel ce qui n'est pas de nature à favoriser le dialogue social. Il règne toutefois dans la structure une ambiance qui semble plutôt bonne.

Remarque n°6 :

- Les taux d'absentéisme, le turn-over sont relativement élevés. Il faut cependant mettre ces informations en regard de la crise sanitaire qui a eu un impact majeur sur l'organisation du travail.
- Il ne semble pas qu'il y ait une politique très définie pour lutter contre les impacts de ces situations sur la prise en charge des résidents mis à part un recours récurrent aux mêmes vacataires, ce qui n'est pas sans poser d'autres interrogations.

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

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

#### **1. Accès aux informations réglementaires**

L'équipe d'inspection a vérifié les dispositions prises en termes d'affichage des informations réglementaires au sein des locaux.

Une charte d'engagement du groupe ORPEA quant à la qualité de vie des résidents et familles est affichée au rez-de-chaussée, à distance de l'entrée principale. Les tarifs d'hébergement et prestations pratiqués par l'établissement sont affichés dans le sas d'accueil de l'EHPAD.

La mission n'a pu constater l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie à l'accueil, ni dans les espaces collectifs du rez-de-chaussée. La liste des personnes qualifiées n'est de la même manière pas affichée.

Enfin, l'affichage des dispositifs visant à alerter sur les situations de maltraitance (3977 et ALMA) n'est pas assuré.

La liste des personnes qualifiées définie à l'article L. 311-5 du CASF est annexée au livret d'accueil. Son objet y est rappelé.

Un livre d'or, un cahier de suggestions et fiches d'amélioration sont mis à disposition des familles, résidents et salariés à l'entrée de l'établissement.

Le planning des activités journalières est affiché à l'entrée de l'établissement.

Les menus journaliers sont accessibles à l'entrée de la salle de restaurant.

Le registre des entrées et des sorties a été mis à disposition des autorités administratives tel que défini aux articles L. 331-2 et R. 331-5 du CASF.

Les dossiers des décès et sorties des résidents sont placés dans une salle sécurisée et accessible par tous les professionnels de l'EHPAD.

Le projet d'établissement date de 2014-2019, et est en cours d'actualisation.

Ecart n°2 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas visible dans le sas d'accueil de l'EHPAD, conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Ecart n°3 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF

Remarque n° 7 : Les dossiers des décès et sorties des résidents comprennent des données à caractère sensibles et doivent par conséquent n'être accessibles qu'aux personnes habilitées à lire et traiter ces informations.

Remarque n°8 : Le numéro national à destination des personnes âgées victimes de maltraitance mentionné à la page 24 du livret d'accueil, n'est pas assez visible ou mis en évidence : pas d'affichage au mur observé par la mission d'inspection.

## 2. Gestion des dossiers administratifs individuels des résidents

La mission a procédé à la vérification de plusieurs dossiers administratifs individuels de résidents à raison de :

- trois projets personnalisés de vie
- deux contrats de séjour signés dont un appartenant à un résident sous tutelle/curatelle

Le livret d'accueil est transmis systématiquement aux nouveaux résidents et leurs familles. Les annexes au livret d'accueil sont constituées du règlement de fonctionnement (annexe 1), la charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie et charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (annexe 2), notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (annexe 3), composition du conseil de la vie sociale (annexe 4) et enfin la liste des personnes qualifiées (annexe 4).

Le contrat de séjour est remis le jour de l'admission au résident et accompagnant.

Une « check liste » administrative permet aux membres de la direction et à l'équipe soignante de vérifier que les documents ont tous été remis au résident et sa famille, en amont (pré-admission), pendant et un mois après l'admission.

Un formulaire de consentement est présenté systématiquement à chaque nouvelle admission.

Les coordonnées de la personne de confiance et les directives anticipées sont demandées à chaque entrée. Le formulaire de désignation de la personne de confiance – prévue à l'article D. 311-5-1 du CASF fait partie des documents à remplir à l'entrée du résident.

Si le résident présente des troubles cognitifs ou est en incapacité d'exprimer sa volonté, alors l'avis de la famille est pris en compte.

Les dossiers sont globalement bien structurés et complets. L'étude des dossiers administratifs montre que les contrats de séjour sont systématiquement insérés et signés par le résident ou son représentant légal ou accompagnant.

Le médecin coordonnateur est sollicité systématiquement pour valider une demande de préadmission. Le projet de vie personnalisé est ensuite établi par la psychologue, et complété par le médecin et infirmière de coordination.

Remarque n°9 :

Aucun référent n'est désigné ou identifié par résident, conséquence du fort turn-over au sein des soignants

Des réunions de travail pluridisciplinaires réunissent de manière hebdomadaire la directrice ainsi que son adjointe, l'infirmière et médecin de coordination, l'animatrice, le gouvernant, la psychologue et chef de cuisine. Lors de ses réunions sont abordés entre autre les nouvelles entrées et réservations des résidents. Des objectifs sont alors fixés selon les besoins du résident, et présentés lors du bilan d'intégration un mois après l'admission du résident. Lors de ce bilan sont alors évalués l'état dentaire, la marche, l'audition, la vue, la couverture vaccinale, et l'évaluation douleur. Cela vient nourrir l'élaboration des projets de vie<sup>6</sup> et de soins des résidents.

<sup>6</sup>Référence : article D. 312-155-0, 3° du CASF : Les EHPAD « (...) mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies.»

Par ailleurs, il est indiqué à la mission d'inspection que les projets personnalisés de vie et de soins sont réévalués tous les ans pour les résidents de l'USA et de l'UGD, tous les deux ans pour les autres résidents.

Ces projets personnalisés de vie et de soins sont inclus dans les dossiers des résidents, et intégrés dans le système d'information [REDACTED] accessible à l'ensemble des professionnels.

Remarque n°10 : le délai de réévaluation tous les deux ans des projets de vies des résidents hors USA et UGD semble insuffisant au regard de leurs besoins et état de dépendance.

Remarque n°11 : les projets personnalisés de vie, s'ils ne contiennent pas d'informations d'ordre médical, peuvent être classés dans le dossier administratif du résident. En revanche, toutes les données à caractère sensible doivent pouvoir être sécurisées et accessibles uniquement aux professionnels qui concourent à la prise en charge soignante du résident.

## B) La communication avec les familles et le CVS

Conformément à l'article D. 311-16 du CASF des réunions CVS sont organisées tous les 3 mois. En 2021 le CVS s'est réuni à trois reprises seulement. La direction a indiqué que les échéances ont dû être réduites en raison de la crise sanitaire.

Le conseil se compose d'une présidente, résidente de l'EHPAD, de 4 représentants de familles (2 titulaires, 2 suppléants), 3 représentants de résidents (2 titulaires, 1 suppléante), deux représentants du personnel et un représentant de direction.

L'ordre du jour effectué conjointement par la direction et la présidente du CVS. Les représentants peuvent l'amender.

La direction ne participe pas aux votes, seuls participent aux votes les représentants de familles et des résidents.

La mission d'inspection a pris connaissance du compte-rendu d'une réunion CVS du 08 novembre 2021 signé et validé par la présidente du CVS et par la directrice de l'établissement. L'ordre du jour était le suivant :

- Point sur les ressources humaines : annonce des arrivées/départs de professionnels, et recrutement en cours d'une psychomotricienne et de deux aides-soignantes.
- Suivi des actions du CVS : adaptation des équipements en chambres (poussoirs sanitaires, crochets aux murs ...) par l'agent de maintenance en cours.
- Point sur la vie quotidienne et prise en charge des résidents : questionnement sur la prise en charge infirmier de nuit (existence d'une astreinte) ; interrogation sur le suivi médical des résidents atteint de troubles cognitifs. Un retour sur ce suivi est fait aux familles une fois par an.
- Point qualité : enquête de satisfaction lancée auprès de l'ensemble des résidents et familles tous les ans. Résultats présentés au prochain conseil.
- Point divers : préparation du repas de Noël et animations spéciales. Organisation sur plusieurs jours en raison de la crise sanitaire.

Ecart n°4 : En ne présentant pas de bilan des évènements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.

La mission d'inspection a par ailleurs rencontré deux représentants élus au conseil de la vie sociale de l'EHPAD, dont la présidente en exercice de cette instance, ainsi qu'un membre de la famille d'un résident. Ces personnes n'ont pas signalé de difficultés particulières par rapport aux conditions de vie et d'hébergement au sein de l'EHPAD.

Il est exprimé un ressenti favorable vis-à-vis de l'établissement de manière générale. La qualité d'écoute et de dialogue avec la nouvelle directrice est soulignée.

Le témoignage des familles de résidents révèle une confiance et une satisfaction accordées aux personnels dans la prise en charge de leur proche.

La nourriture est jugée de qualité et servie en quantité suffisante, les animations sont décrites comme « assez nombreuses » et « intéressantes ».

L'ouverture culturelle de l'établissement est saluée. Des ateliers de philosophie sont organisés par l'épouse d'un résident.

En revanche, le turn-over important impacte négativement la continuité des prises en charge, renforcé par le système de rotation d'étages des professionnels plusieurs fois par an, qui est vécu difficilement par les résidents et familles interrogés. Ces derniers pointaient la perte des professionnels référents, et des repères et habitudes.

## C) La gestion des réclamations et des évènements indésirables

### 1. Gestion des réclamations des résidents et des familles

Un livre d'or et cahier de suggestions disponible à l'accueil de l'établissement, accessible librement aux résidents et/ou familles.

Le livre d'or ne contient qu'un seul message daté du 08 février 2022. La mission d'inspection a alors demandé à consulter l'ancien livre d'or qui lui contient des messages de familles notant une satisfaction générale de la prise en charge des résidents.

Le cahier de suggestions contient plusieurs messages principalement des familles, de 2018 à 2020. En revanche aucun message n'a été rédigé jusqu'au début de l'année 2022.

Les messages inscrits sont pour certains des remerciements de l'accueil qui est réservé aux familles, d'autres sont des réclamations d'informations et d'affichage (menus journaliers, dates de péremption ...). A la suite de chaque message, on note une réponse du directeur de l'EHPAD.

Sur la question des affichages, la mission d'inspection note qu'actuellement les informations sont pour l'essentiel bien présentes à l'accueil ou à proximité de la salle de restauration.

### 2. Prévention de la maltraitance

Le livret d'accueil mentionne « qu'un dispositif de veille et d'actions en faveur de la bientraitance » existe au sein de l'EHPAD.

Un numéro national contre la maltraitance est disponible et est indiqué dans le livret d'accueil.

L'établissement a mis en place un certain nombre d'outils et de supports permettant d'œuvrer en faveur de la bientraitance :

- nomination de référents
- formations spécifiques auprès du personnel,

- évaluation régulière des pratiques professionnelles,
- procédure sur les actions préventives permettant de repérer les situations à risques et de mettre en place les actions qui s'imposent.

Des fiches actions présentes dans les procédures internes hors soins, ont été élaborées (version du 15 novembre 2018) au titre de la maltraitance des personnes accueillies, des actions préventives et curatives à mener, et procédure disciplinaire à mettre en œuvre.

Par ailleurs, le plan de formation des personnels fait état pour 2021 du suivi de la formation bientraitance par l'infirmière coordinatrice de même que le médecin coordinateur.

Le plan de formation 2022 prévoit que cinq personnes suivront la formation prévention maltraitance.

### 3. Gestion des évènements indésirables<sup>7</sup>

Une procédure écrite est rédigée par le siège (version du 01 novembre 2020) sur le signalement des évènements indésirables, à destination du personnel de l'établissement et services supports du siège. Elle indique que le formulaire de déclaration doit être transmis au siège puis dans les plus brefs délais aux autorités de tarification et de contrôle (ARS, CD). Elle décrit également le protocole pour le suivi et le traitement des évènements indésirables graves (EIG et EIGS).

Le protocole précise que le directeur de l'EHPAD est tenu d'enregistrer l'événement dans un tableau de suivi des événements indésirables et archiver le récapitulatif du signalement dans le classeur prévu à cet effet.

La mission d'inspection a pris connaissance du classeur archivant les déclarations d'EI/EIG ainsi que leur suivi et retours effectués auprès des familles.

Les fiches de déclaration des évènements indésirables (FEI) sont connues, cependant l'existence des procédures ou du circuit général de déclaration n'est pas connu de tous les professionnels. La mission d'inspection relève une absence de culture d'EI/EIG au sein de l'EHPAD.

La mission a constaté lors de la visite du lundi 14 février, la présence d'un médicament au sol à l'entrée de l'EHPAD sans explication. Lorsque cela a été précisé au personnel soignant sur place, le médicament a été placé à la poubelle. Les médecins de la mission ont alors indiqué que cela nécessitait une analyse des causes et risques, dans le cadre d'une déclaration d'évènement indésirable. L'établissement s'est engagé à déclarer l'évènement indésirable.

Un signalement a effectivement été transmis à l'ARS par la suite (réception d'une FEI le 24 février 2020).

Par ailleurs, la mission d'inspection relève qu'il n'existe pas de temps consacré à un échange pluridisciplinaire à la suite à un EI/EIG afin de revenir sur les conséquences de l'évènement et de discuter autour de bonnes pratiques à suivre et améliorer.

Enfin, comme noté précédemment, les bilans des EI/EIG ne sont pas présentés au Conseil de la vie sociale (cf écart n°4).

#### Remarque n°12 :

L'établissement ne transmet pas les pré-signalements (EI/EIG) à l'adresse générique de déclaration des évènements indésirables de la Ville de Paris

<sup>7</sup> Références : articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 du CASF, articles L. 1413-14 et R. 1413-68 du CSP ; infections associées aux soins (IAS) : articles L. 1413-14 et R. 1413-79 du CSP.

**Remarque n°13 :**

Il existe une insuffisance de culture en matière d'EIG au sein de l'établissement. Or les équipes soignantes doivent être formées à caractériser les évènements pouvant être qualifiés d'indésirables et en assurer les déclarations et l'analyse.

**Remarque n°14 :**

La direction de l'établissement doit pouvoir organiser et tracer systématiquement un temps d'échange, d'écoutes et de recueil de bonnes pratiques à la suite d'un EI/EIG, ouvert à l'ensemble des professionnels.

Une cellule de soutien psychologique doit pouvoir être mise en place en soutien des professionnels pour les EIG le nécessitant.

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

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

##### **1. Propreté et sécurité des locaux**

Les locaux sont propres. Les sols des parties communes et des chambres sont carrelés, ou revêtus de linoleum, certains salons sont moquetteés. Des pièces à usage des professionnels (local réserve) possèdent un système de fermeture. Seul l'accès à la cage d'escalier du 4<sup>e</sup> étage est verrouillé par digicode. Il a par ailleurs été constaté que certains locaux de réserve n'étaient pas fermés lors de la visite. Cela peut représenter un danger si un résident y pénètre et chute ou ne peut en ressortir seul.

La commission de sécurité et d'accessibilité de la préfecture de police a consigné dans son compte-rendu de visite du 24 juin 2021 la nécessité de poursuivre les formations du personnel sur la conduite à tenir en cas d'incendie et d'en annexer les attestations de formation dans le registre de sécurité. La mission n'a pu consulter de manière exhaustive les annexes du registre incendie et ne peut constater l'effectivité des formations du personnel. Toutefois, la mission ne retrouve pas trace d'une formation incendie dans les plans de formation 2021 et 2022.

Remarque n°15 :

La mission observe que l'accès à la cage d'escaliers dans la plupart des étages n'est pas sécurisé. Seul l'accès au 4<sup>e</sup> est sécurisé.

Remarque n°16:

La mission n'a pu constater la réalisation de formations sur les conduites à tenir en cas d'incendie, contrairement à la mesure de sécurité demandée par la commission sécurité et accessibilité de la préfecture de police

Il y a deux ascenseurs desservant les étages de l'EHPAD ainsi que deux cages d'escalier encloisonnées et un escalier à l'air libre destiné à l'accès des services de secours. Les ascenseurs sont étroits, ce qui allonge les déplacements notamment lors des repas. Les barres de maintien de l'un des ascenseurs sont mal fixées. Un ascenseur dans la cuisine permet l'accès au sous-sol, où sont situés les lieux de stockage des déchets, la buanderie, les réserves cuisines et divers locaux de stockage et de maintenance.

Le circuit du sale depuis les étages jusqu'au local de la buanderie est convenablement défini, avant traitement du linge à la laverie ou envoi vers les prestataires [redacted]

Un protocole de circuit linge propre/linge sale figure dans la liste de protocole de soins (version de 2017).

Entendue par la mission, une résidente s'est plainte du délai de remise du linge et de la récupération de son linge sale sans son accord.

Concernant en particulier le premier niveau, la mission constate qu'un équipement contribuant à la qualité de la prise en charge des résidents n'est pas utilisé. L'espace SNOEZELEN au 1<sup>er</sup> étage est délaissé, faute de l'embauche d'un poste de psychomotricien. Il a été indiqué à la mission que cet espace servait de salle de repos pour le personnel ce qui n'est en aucun cas conforme aux objectifs voués à cet espace.

La mission constate toutefois l'inscription de 5 professionnels figurant sur le plan de formation à une séance le 14 avril 2022 intitulée « SNOEZ projet d'espace multi sensoriel Snoëzelen ».

Remarque n°17 :

La mission relève l'existence d'un équipement de qualité qui est non utilisé et qui pourtant figure dans la galerie de photos<sup>8</sup> de l'établissement sur le site internet du groupe ORPEA.

Les chambres sont spacieuses et claires, cependant certaines sont très exiguës, la mission d'inspection a pu observer dans certaines chambres le fauteuil du résident bloquant l'accès à la salle de bain par manque de place. Egalelement a pu être observé dans une chambre la partie aération d'une fenêtre cassée et au sol.

Les lits et salles de bains sont tous équipés d'appels malade. Ceux-ci néanmoins sont tous de couleur blanche facilement fondus avec le mobilier et donc pas assez repérables. Les relevés d'appels malade du jour de la visite et de la veille ont été consultés par la mission : si la grande majorité des appels sont traités en moins de 5 minutes plusieurs atypies ont été relevées, de 10, 50 minutes, voire 14h, notamment pour des résidents multi-appelants.

## 2. Restauration

Une grande salle à manger commune au rez-de-chaussée accueille les résidents pour les repas, ainsi qu'un salon famille cloisonné.

Il existe par ailleurs 2 salons, servant de salles à manger, au 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étage.

Les repas sont servis à l'assiette, des serveurs font le service, tournent sans cesse dans la salle offrant une surveillance continue des résidents. Les habitudes des résidents sont connues (vin, style de pain, ...). Selon une famille interrogée par la mission, lorsque les résidents le demandent, ils peuvent être resservis. Par ailleurs, un des représentants des familles au CVS a indiqué que le choix des menus peut être discuté, une résidente ayant demandé plus de carottes, proposition suivie des faits. La mission a toutefois noté des quantités limitées de fruits et légumes, ceux-ci n'étant pas frais mais réfrigérés, compte tenu d'une fréquence de livraison hebdomadaire.

L'aide au repas et les déplacements des résidents sont effectués par quelques soignants des étages. L'espace limité des ascenseurs constraint les flux d'arrivée dans le réfectoire. Des chevalets nominatifs sont disposés sur les tables, la mission a noté une décoration des tables pour la journée de la Saint-Valentin, la liste des anniversaires des résidents figurant dans les cuisines, ce qui démontre une volonté de personnaliser les temps de restauration.

Un tableau alimentaire des régimes et textures par résident figure sur un mur central dans les cuisines. Bien que le recours aux produits surgelés et conserves soit très important et le recours aux produits frais très réduit, l'aspect dans l'assiette est appétissant et odorant. La directrice a indiqué qu'un travail devait être mené avec le chef pour favoriser l'accès à des produits frais.

Les résidents grabataires ou ponctuellement fatigués peuvent prendre leur repas en chambre.

## B) Aide à la vie quotidienne, prestations dépendance et achats de consommables

La mission fait les constats suivant :

<sup>8</sup> <https://www.ORPEA.com/maison-de-retraite-les-musiciens-paris-19>

- selon les soignants et la direction entendus, l'établissement dispose d'assez de protections et de matériel ;
- le planning des toilettes fait apparaître la proposition de deux douches par semaine et par résidents en moyenne ;
- l'EHPAD recourt aux compléments alimentaires remboursés par la Sécurité Sociale en plus de la confection de repas enrichis<sup>9</sup>.

- *Achats des protections contre l'incontinence :*

	2019	2021
Nombre de protections achetées	68914	75616
Nombre de jours de présence des résidents en GIR 1, 2 ou 3	15210	13980
Nombre de protections/jour/résident	4,53	5,40

Sources : Factures [REDACTED] et liste des résidents avec GIR 1, 2 et 3 accueillis par mois

Entre 2019 et 2021, le nombre de protections achetées a augmenté de 9%, alors que le nombre de résidents les plus dépendants (GIR 1 à 3) a diminué. Cela a contribué à améliorer le ratio du nombre de changes réalisés par résidents dépendants, ce ratio ne prenant toutefois pas en compte les résidents en GIR 4 à 6 qui auraient besoin de protections. Ainsi, si en 2019, les résidents étaient changés en moyenne toutes les 5 heures et 20 minutes, en 2021, ils l'étaient toutes les 4 heures et 30 minutes.

Les modalités de gestion des changes sont consignées dans les classeurs de soins à chaque étage. Un planning étage synthétise les heures et types de changes pour tous les résidents (extraction « dotation journalière » issu du logiciel d'évaluation du besoin [REDACTED], et les changes ou l'aide à l'élimination aux toilettes sont rappelées dans les fiches individuelles de soins journaliers, ainsi que dans la grille de recueil de données pour l'élaboration du projet personnalisé. La réalisation des actes est consignée sous [REDACTED] manuellement actuellement, avant la mise en place d'une solution mobilité, consistant à flasher le code barre dédié à l'acte de changes à l'aide d'une scannette. L'accompagnement au sanitaire peut être demandé quand bien même ce n'est pas indiqué dans la fiche de soins journaliers.

A l'instar des plannings de change étage et résidents, et de l'évaluation des capacités d'autonomie d'élimination, les documents consultés par la mission font état des besoins et des fréquences de toilette pour les résidents. Il n'a pas été fait état, de la part des soignants, familles et résidents entendus, d'un nombre de douche ou de toilettes insuffisant par semaine.

La mission a été destinataire par ailleurs, d'un contrat de prestations de services signé le 30 août 2021 entre ORPEA et la société [REDACTED]. Ce dernier prévoit, en son article 4, « [qu'] en contrepartie des services rendus par ORPEA, [...] le client versera une rémunération trimestrielle correspondant à quinze (15) % du chiffre d'affaires hors taxes qu'il réalise avec les établissements ».

La mission a demandé les factures liées à ces prestations de service, la direction n'a pas été en mesure de les adresser. Questionnée sur le sujet du devenir de ce qui peut s'apparenter à des remises forfaitaires annuelles, la directrice n'a pas pu confirmer leur destination, mais a assuré qu'elles n'étaient pas reversées au budget de la résidence.

Remarque n°18 :

<sup>9</sup> Selon le tableau alimentaire des régimes et textures affichés dans les cuisines de l'EHPAD et consulté par la mission, 11 résidents ont un régime alimentaire enrichi dont 9 pour des repas en texture mixée ou hachée au 28/01/2022

Le contrat fourni n'est pas un contrat fournisseur mais un contrat de prestations de services entre ORPEA (fournisseur) et [REDACTED] (client). L'absence de factures liées à cette prestation de services et le peu de détails intégrés dans le contrat interroge sur la réalité de ces prestations, et les conséquences en terme d'amélioration du service pour les usagers.

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

	2019	2021
Montant des achats HP/HC <sup>10</sup>	3 254	4 408
Montant des achats d'eaux gélifiées	449	985
Montant des HP/HC/jour/résident dénutri	0,55	0,34
Montant de l'eau gélifiée/jour/résident Alzheimer	n.c.	0,08

Sources : Factures [REDACTED] liste des résidents avec GIR et dates d'entrée/sortie, pour les résidents Alzheimer, rapprochement avec le nombre de lits médicalisés Alzheimer loués en 2021 (nb de résidents non produits par l'établissement)

Il n'a pas été possible de calculer le nombre de grammes de protéines dans ces aliments HP/HC afin d'objectiver les apports. La mission n'a pu avoir le dénombrement des résidents Alzheimer en 2019 et 2021, la donnée est reconstruite sur la base des locations 2021 de lits médicalisés dédiées aux personnes présentant un trouble apparenté Alzheimer. La mission ne s'est pas vue adressée de factures d'autres fournisseurs que [REDACTED]

Toutefois, il apparaît que le montant des achats réalisés en nourriture HP/HC a été augmentée de 35% et plus que doublé pour les eaux gélifiées entre 2019 et 2021. Il n'a pas été noté de rationnement des repas des résidents, les volontaires pouvant selon les familles obtenir un réassort à la demande.

La directrice montre à la mission les modalités de validation des commandes de consommables. Les commandes sont passées par l'IDEC, la directrice valide sur un premier niveau qui est ensuite confirmé par la direction régionale. Le logiciel de commande fait figurer un indicateur portant sur la consommation du budget de l'établissement dédié à cet achat. Interrogée sur la construction de ce budget, la directrice indique qu'il s'agit de budgets mensuels, elle précise qu'elle pense que l'enveloppe est dépendante du taux d'occupation. La mission constate que bien qu'un budget ait été dépassé, la commande a été validée par ses soins et confirmée par l'échelon régional. La directrice indique que cette situation a régulièrement été rencontrée, et qu'il peut arriver parfois qu'elle ait à se justifier sur le dépassement du budget mensuel. Toutefois, elle précise qu'on ne lui a jamais refusé une commande. La mise en place de cette procédure de validation au regard d'un budget mensuel, si elle n'a pas conduit dans le cas de la résidence Les Musiciens à rationner les achats, apparaît toutefois comme un frein dans l'approvisionnement en consommables, au regard des contraintes et spécificités locales de l'établissement.

#### Remarque n°19:

La mission relève l'existence d'une procédure de validation des achats d'équipement et de consommables qui fait primer la gestion comptable, ne laissant la prise en considération des besoins des résidents et des contraintes de la résidence qu'à l'appréciation personnelle de la chaîne hiérarchique

<sup>10</sup> HP/HC : Hyperprotidique / Hypercalorique

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

Trois lève-malades mobiles sont visibles dans les étages lors des visites de la mission, compte tenu des espaces de stockage disponibles. Les 28 chambres de ces étages sont par ailleurs équipées de rail pour armer un lève-malade.

Une aide-soignante du 5e étage a indiqué ne pas se servir des lèves-malades disponibles pour des résidents qui en ont besoin néanmoins. En effet, le temps consacré à aller le récupérer empiéterait sur la tournée du matin. Par ailleurs, il n'existe pas de local de réserve au 5<sup>e</sup> étage, et donc laisser le lève-malade dans les couloirs représenterait un risque de chute pour les résidents.

Remarque n°20:

Le non recours aux aides techniques disponibles (lèves-malades mobiles) pour les transferts n'est pas sécurisant lors de la manutention aussi bien pour les résidents avec risque de chute, que pour le personnel avec l'apparition de troubles musculo-squelettiques.

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

	<b>2021</b>
Nombre de jours de lits médicalisés loués dans l'année	19138
Nombre de lits Alzheimer loués / mois	11187
Nombre de matelas anti-escarres loués / mois	7998
Nombre de résidents GIR 1 ou 2	25

*Sources : Factures [REDACTED] et liste des résidents avec GIR par mois*

L'EHPAD accueille jusqu'à 85 résidents. En 2021, en moyenne, 85 lits étaient loués par mois<sup>11</sup>. Les UGD et USA des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étage, destinées à l'accueil spécifique des résidents Alzheimer comportent 28 chambres, alors que 33 lits étaient loués en 2021. Les patients en GIR 1 et 2 sont le plus susceptibles, au regard de leur plus faible mobilité, de développer des escarres, mais seuls 22 matelas étaient loués en moyenne contre 25 résidents en GIR 1 et 2. La mission relève une absence de formation sur la prévention des escarres. Plusieurs personnels sont inscrits en 2021 et 2022 à des formations « prise en charge de la douleur physique » ou « plaies et cicatrisation » mais aucune portant spécifiquement sur les escarres.

Une convention cadre de promotion commerciale a été signée entre ORPEA et la Société [REDACTED] le 1<sup>er</sup> janvier 2019. En son article 2 « Prix – Facturation », le principe énoncé est « qu'en contrepartie des prestations décrites [...], le client [ORPEA] percevra une rémunération variable par établissements pour le coût de stockage du matériel mis en dépôt dans les établissements ». La directrice de la résidence n'a pu nous confirmer si cette rémunération pour les coûts de stockage (dont il n'a pas été possible de vérifier de quoi il s'agissait exactement) assumés aux Musiciens était reversée sur le budget propre de l'établissement.

Remarque n°21 :

<sup>11</sup> Il n'a pas été possible de compter le nombre de lits médicalisés réellement présents dans l'établissement.

Le contrat fourni n'est pas un contrat fournisseur mais un contrat de prestations de services entre ORPEA (fournisseur) et [REDACTED] (client). L'absence de factures liées à cette prestation de services et le peu de détails intégrés dans le contrat interroge sur la réalité de ces prestations, et les conséquences en termes d'amélioration du service pour les usagers.

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

### **A) La prise en charge médicale des résidents**

#### **1. L'équipe de soin**

Le MEDEC :

Le médecin coordonnateur est à pris ses fonctions le 23 aout 2021, suite au départ en juin 2021 du précédent MEDEC.

C'est un médecin généraliste qui dispose de compétences en gériatrie du fait de son cursus universitaire. Elle est titulaire.

[REDACTED]

Elle est affectée à hauteur de 0,6 ETP sur l'EHPAD, répartis sur 3 jours : le lundi de 9h à 19h, le jeudi de 9h à 16 h et le vendredi de 9h à 16h. Elle ne participe pas à l'astreinte mais reste joignable si besoin. L'établissement dispose de son numéro de téléphone comme le stipule son contrat de travail. Pendant ses congés l'organisation de la continuité des soins devrait se faire avec l'EHPAD Edith Piaf, EHPAD parisien de proximité appartenant au même groupe ; cette organisation n'étant pas calée à ce jour.

L'IDEC :

L'infirmière coordinatrice est présente dans l'EHPAD depuis près de 2 ans. Elle a pris ses fonctions le 27 janvier 2020, mais elle a réintégré l'équipe récemment, en décembre 2021, de retour de congés maternité.

Elle est affectée à temps complet sur l'EHPAD, sur un temps de présence réparti du lundi au vendredi de 9h à 17h. Elle contribue au planning d'astreinte partagé entre la directrice l'adjoint de direction, le gouvernant. Cette astreinte requiert une présence sur site le WE

L'IDEC partage son bureau avec le MEDEC avec laquelle elle dit entretenir des relations fluides. Une IDE coordinatrice régionale intervient en appui.

La psychologue :

Elle est salariée de l'établissement, affectée à temps plein dans l'EHPAD les Musiciens. Elle a pris ses fonctions dans l'établissement le 18 octobre 2021. Ses jours de présence sont du lundi au vendredi de 9h à 17heures. Elle n'assure pas de permanence le week-end.

Dans le cadre de la coordination des équipes, elle participe à :

- ✓ La réunion interdisciplinaire les lundis avec MEDEC ou IDEC et l'équipe de soins ;
- ✓ Une réunion de direction tous les jeudis (Compte rendu du 10 février 2022 fourni à l'équipe d'inspection)
- ✓ Ses comptes rendu d'observation et d'évaluation sont consignés sur le logiciel [REDACTED] et les transmissions se font de manière informelle avec l'équipe de soins.

Il n'y a pas de moment prévu chaque jour pour faire lien avec IDEC et/ou les infirmières (en dehors des transmissions sur [REDACTED])

Elle a en charge la production et le suivi des projets de vie individualisés des résidents (PVI). En pratique, le PVI est initié sur la troisième semaine de vie à la résidence. C'est elle qui prend contact avec la famille pour faire un point sur le vécu, le ressenti du résident, mais aussi ses habitudes de vie et ses loisirs. Sur la base de ces observations, elle rédige un pré projet qu'elle fait relire au Médecin coordonnateur, à une IDE, à l'animatrice, au kinésithérapeute du résident, puis suite à des échanges bilatéraux elle finalise le document. Ce document est soumis à la directrice pour validation. Une fois validé en interne, il est proposé au résident et/ou à sa famille lors d'un échange d'intégration sur site, et se conclut par la signature du résident et/ou de sa famille.

Remarque n°22 : l'organisation de temps d'échange collectif sur le projet de vie des résidents serait de nature à renforcer l'analyse collégiale des problématiques rencontrées et l'efficience globale des pratiques.

Le bon déroulé du bilan d'intégration est suivi par la psychologue qui a réalisé un document de synthèse partagé pour suivre les PVI des résidents. Bon nombre n'en avaient pas à son arrivée en novembre dernier. Petit à petit, elle rattrape le retard accumulé. Aujourd'hui il reste 12 résidents sans PVI, les autres sont signés ou en voie d'être signés.

#### Les kinésithérapeutes :

Trois kinésithérapeutes interviennent à titre libéral dans l'établissement depuis 2004 pour deux d'entre eux. Ils interviennent sur prescription du médecin traitant, ou à défaut du médecin coordonnateur, et sont en contact direct avec les familles pour la rémunération de leurs actes.

Deux d'entre eux sont présents tous les matins de 10h à 12 heures, quatre jours par semaine pour l'un, cinq jours par semaine pour l'autre, un troisième est présent l'après-midi. Il est rapporté qu'une convention et un contrat de location d'un montant de 475 euros mensuel pour chacun d'entre eux ont été signés.

La salle de kinésithérapie est dotée d'une table de mobilisation, de barres parallèles, d'un vélo [REDACTED], d'un espalier, de mousses de marche et d'équilibre, de galettes... . Le gros matériel appartient aux kinés mais le petit matériel est fourni par l'établissement. Ils disent apprécier particulièrement le vélo [REDACTED], budgétisé par l'ARS, qu'ils utilisent largement dans leur pratique.

Les kinésithérapeutes sont autonomes dans leur organisation, ils se répartissent par étage. Ils décrivent des rapports simples avec IDEC et Med CO et des échanges informels avec l'équipe de soin en général pour l'accès aux informations des résidents.  
Nous n'avons pas retrouvé de planning dans la salle de soin et /ou les étages.

Remarque n°23 : La mise à disposition du planning des interventions des kinésithérapeutes et de l'identité du kinésithérapeute devrait faciliter les conditions d'une bonne coordination des soins.

Les kinésithérapeutes disposent d'un accès individuel au logiciel [REDACTED] dans lequel ils consignent leurs interventions. Ils se disent peu familiarisés avec ce logiciel qu'ils renseignent à minima en cas d'évolutions significatives.

Les bilans fonctionnels ne sont pas saisis depuis la mise en place de [REDACTED]. Seules des informations générales sont saisies relatives à la marche, l'équilibre, les transferts. Auparavant, Le bilan initial réalisé était collé sur papier et rangé dans un placard de la salle de kinésithérapie.

Cette absence de traçabilité, électronique ou papier, des actes de kinésithérapie (bilans et suivis), est de nature à pénaliser l'EHPAD lors de la validation de la prochaine coupe Pathos.

**Ecart n°5 : L'absence de traçabilité des bilans et objectifs de soins et des séances relatives aux interventions des masseurs-kinésithérapeutes contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP.**

De plus, les kinésithérapeutes donnent des conseils aux soignants en matière de postures, et pour la bonne utilisation du matériel à titre individuel. Les kinésithérapeutes rencontrés nous font part d'un projet de formation sur la bonne posture des soignants au sein de l'EHPAD.

La diététicienne :

Elle est présente le lundi. Elle intervient dans le lien avec la cuisine pour la gestion des régimes et se dit préoccupée par le nombre de personnes dénutries. Elle a en projet la mise en place d'un atelier cuisine à destination des résidents du 3<sup>ème</sup> étage, grands dépendants.

## 2. La prise en charge gériatrique des résidents

Le logiciel utilisé pour la prise en charge des résidents est le logiciel [REDACTED]. Chaque personnel contribuant à la prise en charge dispose d'un accès personnel avec des droits propres spécifiques à sa qualification professionnelle.

Le dossier médical partagé est saisi sur le logiciel [REDACTED], ainsi que tous les éléments constitutifs de la prise en charge ce qui permet d'éditer le dossier de liaison d'urgence.

## 3. La prise en charge nutritionnelle

Les repas sont servis en salle à manger en priorité, ou en chambre plus rarement selon les souhaits des résidents, chaque étage disposant de sa propre salle à manger.

Les informations divergent concernant les régimes hyper protéinés ou enrichis. Il n'a pas été retrouvé mention de régimes hyper protéinés ou enrichis alors que 13 résidents auraient un régime enrichi selon un document anonyme et non daté fourni. On relève que la soupe du soir est systématiquement enrichie par la cuisine pour tous les résidents. Certains desserts, comme des madeleines et du fromage blanc, peuvent être enrichis.

Bien que réalisés majoritairement à base de surgelés, les plats préparés le jour de la visite sont appétissants et bien présentés.

Une fiche alimentation est affichée à chaque étage à destination de l'équipe de distribution des repas. Cette fiche trombinoscope comporte une photo du résident, sa chambre et le type de repas en termes de texture mixé / haché. Il est observé que la fiche alimentation affichée au 4 ème étage date du 9 février 2022.

**Remarque n°24 :** La fiche alimentation d'étage mentionne le type de repas haché ou mixé mais ne mentionne ni le régime diabétique d'un des résidents du 4<sup>ième</sup> étage (selon les données du tableau de soins), ni les régimes hyperprotéiques et les compléments nutritionnels oraux (CNO), crème ou bouteille.

En matière de prévention de la dénutrition, la procédure en vigueur est celle d'une surveillance systématique mensuelle du poids des résidents et d'une surveillance de l'albuminémie à l'entrée puis au minimum une fois par an.

Selon les données fournies, daté du 14 février 2022, on relève que 63 résidents sont identifiés comme dénutris, soit 77% des résidents. Parmi eux, et selon les données biologiques, 48 résidents (59%) sont dénutris et 14 résidents (17%) sont dénutris sévèrement. Ces pourcentages sont à peu près identiques à ceux du rapport d'activité médicale (RAMA) de 2020.

**Remarque n°25 :** Nonobstant le fait que l'on se situe dans une période d'épidémie COVID 19, on observe que le nombre de personnes identifiées comme dénutries est particulièrement élevé au sein des résidents présents, et notamment si on le rapporte au pourcentage relativement peu élevé de résidents en perte d'autonomie importante (GIR 1 à 3).

Il n'a pas été identifié de critères clairs pour la prescription de CNO. En effet, alors que 63 résidents sont dénutris, seuls 24 résidents ont des compléments nutritionnels oraux. Pour les 14 résidents sévèrement dénutris, 1 résident à 3 CNO par jour, 1 autre en a 2, 10 n'en ont qu'un et 2 n'en ont aucun. Pour les 49 autres résidents dénutris, 4 ont 2 CNO par jour et 8 en ont un seul.

Les compléments nutritionnels oraux sont donnés par les infirmières aux soignants qui se chargent de les donner aux résidents. La traçabilité de la prise de ces compléments n'a pas été apportée.

**Remarque n°26 :** On observe que les CNO n'apparaissent ni dans la fiche alimentation d'étage, ni dans le tableau des résidents du poste de soin, ni dans le classeur d'étage projet de soins. Ces compléments CNO ne donnent pas lieu à prescription et leur délivrance est à la charge des aides-soignantes. Leur prise doit être tracée.

**Remarque n°27 :** Le protocole de prise en charge de la dénutrition date de 2019, il est à revoir en fonction des nouvelles directives de l HAS, en date du 10 novembre 2021.

#### 4. Soins des plaies et suivi de la douleur

Selon les éléments remis par la direction de l'établissement, aucune formation « plaies et cicatrisation » n'est prévue en 2022. On note qu'il existe un protocole de prévention des plaies du décubitus (escarres) et plaies chroniques dont la mise à jour date du 1<sup>er</sup> Juin 2021 (protocole fourni).

Une armoire sécurisée est à la disposition des soignants dans la salle de soins pour l'accès aux morphiniques avec des fiches de traçabilité à l'attention des IDE chargées de la délivrance.

Au jour de la visite, il est indiqué trois résidents qui reçoivent des soins pour escarres. Pour l'un d'eux, une demande est en cours pour une prise en charge par l'HAD de l'APHP compte tenu de la sévérité des escarres présentés.

Pour le suivi de la douleur, l'étude des dossiers des résidents montre l'utilisation des échelles Algoplus, EN, EVS et EVA pour évaluer celle-ci.

L'observation des dossiers montre que les échelles EN et EVS sont assez systématiquement utilisées pour évaluer la douleur lors de la réfection d'un pansement. Cependant, ces évaluations de la douleur ne sont pas régulièrement suivies (une personne cotée douloureuse début octobre 2021 n'a aucune nouvelle évaluation notée depuis).

Du 1<sup>er</sup> au 14 février 2022, 11 évaluations de la douleur ont été réalisées concernant 8 résidents, toutes avec l'échelle EN.

En 2021, selon les données fournies par l'établissement, on relève 52 évaluations de la douleur (39 ayant été évalué par EN, 1 par EVA et 12 par Algoplus) concernant au total 21 résidents.

Concernant les entrants de 2021, on ne retrouve pas d'évaluation douleur à l'entrée pour deux d'entre eux

A noter aussi de possibles difficultés pour l'interprétation des tests d'évaluation du risque d'escarres. En effet, il a été constaté, pour au moins une entrée, un risque d'escarres évalué faible à l'entrée alors qu'elle a une rougeur au niveau des fesses et un pansement aux 2 talons qui entraîneront 15 jours plus tard, une douleur lors des pansements.

**Remarque n°28 :** Seuls 26% des résidents ont été concernés par une évaluation de la douleur en 2021. La mission constate par ailleurs un non-respect du protocole d'analyse et de prise en charge de la douleur qui prévoit une évaluation systématique de la douleur à l'entrée de chaque résident.

## 5. Prévention des chutes

La prise en charge en masso-kinésithérapie est assurée par trois professionnels de santé libéraux. Les évaluations et les objectifs de prise en charge sont définis par eux sur prescription des médecins traitant, et à défaut du MEDEC.

Comme indiqué dans le protocole Prévention, gestion et analyse des chutes, les chutes font l'objet d'un signalement dans le logiciel [REDACTED] par l'équipe soignante. Cependant, il n'y a pas de RETEX, ni d'analyse approfondie au sein de l'équipe de soin.

Nous n'avons retrouvé aucune évaluation du risque de chutes dans les documents transmis et dans les dossiers étudiés au cours de l'année 2021.

**Remarque n°29 :** Absence d'évaluation du risque de chute à l'entrée et au cours du séjour, alors que, selon les protocoles ORPEA, il est noté que ce risque doit être dépisté dès l'admission d'un résident lors de l'évaluation multidimensionnelle.

## 6. Les soins bucco-dentaires

Les soins d'hygiène bucco-dentaires doivent faire l'objet d'une attention particulière. Une consultation spécialisée chez le chirurgien-dentiste est sollicitée par le MEDCO en tant que

de besoin selon son examen clinique. Les dentiers doivent être nettoyés quotidiennement à l'eau chaude. Il n'y a pas de référent bucco-dentaire dans l'établissement.  
La traçabilité des soins bucco-dentaires n'apparaît pas clairement.

Remarque n°30 : L'absence de traçabilité des soins bucco-dentaire est préjudiciable au bon suivi de la prise en charge des résidents.

## 7. Le repérage des troubles de la déglutition

Il est fourni à la mission d'inspection le protocole de prise en charge de dénutrition du sujet âgé et de suivi de poids (versions du 1er novembre 2019).

Les recommandations de bonne pratique prévoient le test au verre d'eau et la surveillance des symptômes relatifs aux troubles de la déglutition.

Le repérage des troubles de la déglutition n'a pas été retrouvé dans les dossiers examinés ni dans les évaluations réalisées.

De plus, il est noté la quasi-absence d'intervention d'une orthophoniste pour des bilans et des formations des soignants aux troubles de la déglutition dans les données transmises.

Lors des échanges, ce risque n'est pas évoqué par l'équipe soignante. Notons que les troubles de la déglutition sont parfois pauci symptomatiques mais ils sont source de complications majeures telles que des pneumopathies d'inhalation, dénutrition, chutes

Remarque n°31 :

L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition est préjudiciable au bon suivi de la prise en charge des résidents.

## 8. L'évaluation multidimensionnelle des résidents

Une évaluation gériatrique standardisée couvrant les principaux domaines déterminant la santé et la qualité de vie des personnes âgées est prévue systématiquement à l'entrée d'un nouveau résident selon les bonnes pratiques de soins en EHPAD et selon les protocoles ORPEA.

Peu après leur entrée, les résidents ont tous un examen gériatrique standardisé réalisé par le MEDEC. La prescription de vitamine D apparaît aussi systématisée.

Cependant, au vu des documents fournis, et tout particulièrement l'évaluation multidimensionnelle réalisée à l'entrée des huit nouveaux résidents accueillis au cours du dernier trimestre 2021 n'apparaît pas complète. Ces huit entrants ont tous eu une évaluation du GIR et une évaluation des troubles cognitifs, mais on observe que deux d'entre eux ont eu une évaluation du risque dépressif et du risque d'urgence dangerosité. Certains ont eu une évaluation de la douleur et/ou des troubles du comportement et/ou du risque d'escarres. Aucun n'a eu une évaluation du risque de chutes.

Ecart N°6 : L'absence d'évaluation complète et la faiblesse du suivi des paramètres de qualité de vie du résident (douleur, risque de chute, risque de déglutition, risque dépressif) induit le fait que ces risques ne sont pas maîtrisés et sont de nature à nuire au bien-être et à la qualité de vie du résident

Réf : Article L. 311-3 du CASF.

## **B) L'organisation des soins**

### **1. La visite de préadmission**

En pratique, le MEDCO est toujours sollicitée pour valider les admissions. Elle reçoit les demandes, et s'assure que l'établissement peut prendre en charge la personne. Parfois, elle demande à rencontrer le résident. Le plus souvent, le contact se fait par téléphone avec le médecin de l'unité de soins où est hospitalisé le patient. Si le résident est adressé par le service de gériatrie de l'hôpital Lariboisière, l'avis de l'EMGE de Lariboisière est sollicité. Depuis la crise sanitaire, les visites de préadmission sont rares.

### **2. La coordination des soins**

Liens avec la médecine de ville :

La prise en charge médicale des résidents se fait en lien étroit avec les médecins traitants des résidents. Sept médecins traitants se partagent le suivi des résidents. Parmi ces médecins libéraux, trois d'entre eux ont une forte activité dans l'EHPAD et suivent plus de 10 résidents, et jusque 22 résidents pour l'un.

Aujourd'hui, selon le tableau présent en salle de soins, il ressort que 92% des résidents ont un médecin traitant désigné. Seuls 7 résidents sur 82 n'ont pas de médecin traitant désigné ce jour, Le médecin coordonnateur se charge des prescriptions dans l'attente de la désignation d'un médecin traitant pour les résidents en hébergement permanent et pour les résidents en séjour de courte durée.

Les coordonnées téléphoniques des médecins traitants sont inscrites sur le tableau d'affichage du poste de soins.

Remarque n°32 :

La fiche de coordonnées des médecins traitants mise à jour le 27 avril 2018 mentionne 7 médecins traitants. Cependant cette liste n'est pas en cohérence avec le tableau des résidents présents actuellement ni avec le tableau des professionnels qui interviennent actuellement dans l'établissement (plusieurs médecins qui interviennent n'y figurent pas).

Le MEDEC entretient de bonnes relations avec les médecins traitants qui sont réactifs et disponibles. Seul un médecin traitant ne passe dans l'établissement qu'une fois par mois, ce qui amène le MEDEC à réaliser des prescriptions dans l'attente de sa visite. Les médecins traitants ont accès au logiciel [REDACTED] avec un code qui leur est propre. Ils le renseignent lors de leur passage à l'EHPAD. La plupart d'entre eux saisissent leurs ordonnances dans [REDACTED].

Le médecin coordonnateur tient une commission annuelle de coordination gériatrique, en lien avec l'équipe de direction, conformément à ses missions réglementaires.

Liens avec les filières, réseaux et les EMGE :

Selon le MEDEC, les relations sont très bonnes et de grande confiance avec l'EMGE de l'hôpital de Lariboisière.

La nuit l'établissement ne dispose pas d'IDE. Lorsque l'état de santé du résident requiert une prise en charge par un IDE (perfusion, soin IV, pansement ...) il est fait appel à l'HAD de l'APHP ou à Sante Service.

#### Les transmissions :

Elles sont organisées le matin (entre 7h30 et 8h00) et le soir (entre 19h30 et 20h00), sur une période de chevauchement entre les équipes de 30 minutes pendant lesquelles un soignant de nuit et une IDE de jour sont présents simultanément. Sur cette période les transmissions inter équipes ont lieu, oralement. Présente sur une large amplitude horaire le lundi, le MEDEC participe parfois aux transmissions du soir.

Une réunion de transmissions quotidienne des soignants a lieu de 15h30 à 16h.

Il existe aussi une réunion pluridisciplinaire qui a lieu les lundis après-midi de 15h à 16h. Des comptes rendus de cette réunion sont disponibles en version papier dans un classeur situé sur le bureau du MEDEC. Pour autant, celui-ci n'est pas diffusé aux équipes et les contributeurs interrogés n'ont pas connaissance de ce compte rendu. Il s'agit plutôt d'un déroulé des points abordés plus qu'un relevé de décisions ou d'informations.

Il est aussi fait état d'un cahier de transmission, à l'accueil pour la préparation des rendez-vous médicaux et/ou la sortie d'un résident.

**Remarque n°33 : La mission constate que l'essentiel des transmissions inter-équipes est fait oralement ce qui fragilise la prise en charge des soins.**

### 3. Le dossier soins du résident

#### Le dossier médical :

A l'admission, un examen gérontologique est systématiquement réalisé par le MEDEC qui le trace dans le dossier médical du résident. C'est d'abord un examen clinique standard complet, qui évalue l'état dentaire, la marche, l'audition, la vue, l'état d'hydratation et nutritionnel ...

Le dossier médical comporte en outre :

- Un volet médical qui fait état des traitements en cours, des pathologies actuelles, du relevé des constantes anthropométriques et cliniques relevées à l'entrée, des résultats biologiques d'entrée, des vaccins réalisés et ceux qui nécessitent d'être complétés, de la prescription de régime et de compléments alimentaires s'il y a lieu (Hyper protéiné HP ou HP+), et des consignes en matière de nutrition (texture, compléments, quantités, interdits).
- Un volet traitements à plusieurs compartiments : comprimés et gélules, gouttes, sirops et sachets, autres traitements, traitements arrêtés sur les 7 derniers jours.
- Un volet observations, destiné au MEDCO et aux médecins traitants.
- Un volet compte-rendu paramédicaux, destiné aux intervenants paramédicaux psychologue, kinésithérapeute, pédicure.
- Une photographie du résident.
- Un volet plan de soins pour un an.

#### Le plan de soins :

Le plan de soins est établi sur [REDACTED] dès l'arrivée du résident. Il comporte l'ensemble des soins que requiert le résident, heure par heure.

A chaque étage, un classeur est disponible, à destination de l'équipe de soins. Ce classeur contient une photographie en format A4 du résident et une fiche synthétique du plan de soin sur les domaines de la toilette, l'habillage, les transferts, l'alimentation, l'ouïe et la vue.

#### La traçabilité des soins :

La traçabilité des soins est consignée sur le logiciel [REDACTED] par les soignants, accessible sur les étages.

De plus, chaque soignant note sur [REDACTED] les informations notables concernant les résidents qu'il a pris en charge.

#### **4. La prise en charge de l'urgence**

En journée et en semaine, le MEDEC est présent 3 jours sur 5. Il est le premier interlocuteur en cas d'urgence. En l'absence du MEDEC, la nuit et les week-ends, le protocole stipule qu'il faut appeler l'IDE d'astreinte, et en deuxième niveau le SAMU (15).

Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) est imprimé à partir du logiciel [REDACTED]. Les soignants de nuit peuvent aussi l'imprimer si un résident doit être hospitalisé la nuit.

L'orientation se fait préférentiellement vers aux urgences de Lariboisière car il existe un lien privilégié et une relation de confiance avec le médecin de l'équipe de l'EMGE de cet hôpital, dite « très réactive ». La clinique [REDACTED] est aussi sollicitée préférentiellement pour l'accès aux examens d'imagerie. Lorsque les résidents sont hospitalisés via le SAMU, l'orientation se fait le plus souvent sur les urgences de l'hôpital Tenon.

Les orientations en psychiatrie sont moins fluides. Lorsqu'un avis psychiatrique est nécessaire, la demande est faite à l'EMGE qui se charge de faire intervenir l'équipe mobile de psychiatrie.

Dans le poste de soin, on trouve aussi deux classeurs importants : l'un destiné aux bilans biologiques à prévoir, classés dans un ordre chronologique calendaire ; un autre classeur, destiné aux rendez-vous médicaux des résidents

#### **C) Le plan de formation**

Des mini formations, réunissant aides-soignantes et IDE, animées par le MEDEC, l'IDEC, la psychologue selon le thème, sont organisées en interne

Diverses thématiques ont été abordées en 2021 : gestion des DASRI, accidents d'exposition au sang, hygiène bucco-dentaire, prévention de l'incontinence, prévention de la Légionnelle, troubles de la déglutition, fugue, troubles de la personnalité / comportement, organisation générale des soins en EHPAD, plan bleu, précautions standard et complémentaires, organisation du travail des équipes, échelles d'évaluation de la douleur transmissions ciblées, déshydratation, troubles du sommeil, prévention des chutes, utilisation du blader scan, sensibilisation à la vaccination contre la grippe, contre la covid, prévention du suicide, diabète, Covid-19. Certaines de ces formations ont été dispensées à 4 reprises (2 fois pour chaque équipe), comme par exemple celle sur la bientraitance.

#### **D) Le circuit du médicament**

Les prescriptions sont faites et renouvelées par les médecins traitants. Le MEDEC intervient en cas d'urgence et pour les quelques résidents en l'attente de désignation de leur médecin traitant.

Les prescriptions sont faites dans [REDACTED]. Elles sont faxées à l'officine de pharmacie avec laquelle l'EHPAD a passé convention. La préparation des piluliers est effectuée par la préparatrice de la pharmacie tous les mardis sur site. La pharmacie livre également les médicaments commandés en urgence.

Le stockage des piluliers se fait à la semaine, dans une pièce sécurisée par un digicode. Chaque pilulier contient 4 compartiments distincts (matin, midi, soir, coucher). Sur chaque compartiment, est visible la date, le nom, prénom et la photo du résident, l'étage et le numéro de chambre. A chaque jour de la semaine est affectée une couleur d'étiquette différente.

Une autre armoire contient des boîtes individuelles identifiées par trois traits d'identité : nom, prénom et chambre du résident pour les médicaments hors pilulier. Cette armoire contient aussi une réserve de médicaments stockés dans des boîtes en hauteur.

Les piluliers de la journée en cours sont stockés dans les chariots de distribution des médicaments (un par IDE).

La distribution des médicaments se fait 4 fois par jour (matin, midi, soir et coucher). L'identité-vigilance est sécurisée par la présence de la photo du résident sur les piluliers et sur le classeur des ordonnances permettant le contrôle de la similitude entre l'ordonnance et le contenu du pilulier.

Pour les résidents qui ont des difficultés de déglutition, les médicaments sont écrasés avec un broyeur à médicaments.

Il est indiqué par l'IDEC que l'administration est faite le jour par les IDE auprès des résidents en chambre ou en salle de restauration et la nuit par les AS/AES par délégation de l'IDE<sup>12 13</sup>. Des formations ont été délivrées en 2020 aux personnels AS/AES en interne pour l'aide à la prise des traitements.

La traçabilité des soins est faite à distance, sur un poste informatique dédié. Des tablettes donnant accès à [REDACTED] devraient être mises à disposition prochainement.

Le poste de soin dispose d'un stock de médicaments listés, dans un back scellé.

<sup>12</sup> Article L. 313-26, CASF.

<sup>13</sup> Le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD établi en 2020 et transmis à l'ARS considère que le circuit du médicament est sécurisé.

## V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	<b>Liste des écarts relevés par la mission</b>
E1	<p>Des salariés de l'EHPAD sont vacataires en contrat de remplacement depuis des mois, voire des années, cumulant un nombre très important de contrat de travail. Des irrégularités ont été observées dans la rédaction des contrats de remplacement, dont les motifs sont en infraction des dispositions de l'article L. 1242-2 du Code du travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des contrats pour le remplacement de personnels non titulaires</li> <li>• Des contrats conclus dans l'attente de l'embauche du titulaire, sans que l'embauche en question ne soit confirmée par une promesse d'embauche</li> <li>• Un même jour, un salarié remplace et est remplacé</li> </ul>
E2	La charte des droits et libertés de la personne accueillie n'est pas visible dans le sas d'accueil de l'EHPAD, conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).
E3	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
E4	En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
E5	L'absence de traçabilité des bilans et objectifs de soins et des séances relatives aux interventions des masseurs-kinésithérapeutes contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP.
E6	<p>L'absence d'évaluation complète et la faiblesse du suivi des paramètres de qualité de vie du résident (douleur, risque de chute, risque de déglutition, risque dépressif) induit le fait que ces risques ne sont pas maîtrisés et sont de nature à nuire au bien-être et à la qualité de vie du résident</p> <p>Réf : Article L. 311-3 du CASF.</p>
N°	<b>Liste des remarques formulées par la mission</b>
R1	<p>Le jour de l'inspection, 8 AS de jour ont été vues et comptabilisées et non 10 tel qu'annoncé dans le tableau théorique par étage. En outre, une AS avait en charge en moyenne 10 résidents, ce qui est relativement élevé dans le cadre de la convergence tarifaire. De la même manière une IDE était présente au lieu de 2 annoncées. En comptabilisant l'IDEC, le taux d'encadrement minimum est inférieur à 0,05 ETP d'IDE par résident, soit 0,02 ETP d'IDE.</p> <p>En outre, le glissement de tâches observé vers des fonctions d'aide-soignante par au minimum 2 professionnelles non diplômées, l'une auxiliaire de vie, l'autre assistante de vie aux familles est interdit et de nature en mettre en péril la prise en charge des résidents.</p>
R2	<p>Les effectifs déclarés dans les EPRD et ERRD sont quasiment identiques. En revanche, les ERRD et EPRD présentent un écart de plusieurs postes avec les effectifs communiqués dans le cadre de l'inspection, inférieurs aux données communiquées aux autorités de tutelle.</p> <p>Sans préjuger des recrutements effectifs et dans l'hypothèse où l'état des effectifs serait conforme à ceux constatés après la visite, il y aurait donc potentiellement de manière récurrente un écart à la baisse entre les effectifs réels et les données communiquées dans les EPRD / ERRD.</p> <p>Enfin, l'absence de tableaux stabilisés permettant d'identifier les fonctions d'ASH et les fonctions d'AV est de nature à interroger d'une part sur la connaissance et le suivi des effectifs par la direction de l'établissement et d'autre part sur la</p>

	répartition des tâches entre les professionnels.
R3	<p>La multiplicité des tableaux fournis avec des discordances dans les informations ne permet d'avoir un suivi précis des effectifs qu'ils soient en CDI ou en CDD et manifeste un manque de rigueur dans la gestion des ressources humaines</p> <p>Le recours aux CDD est massif et récurrent et disproportionné au regard des effectifs théoriques de cet établissement. Cela induit une charge de travail supplémentaire très importante pour les équipes d'encadrement et les équipes administratives, et est source de dysfonctionnements quant au respect du droit du travail.</p>
R4	<p>Il n'a pas été possible de préciser exactement le cadre des relations entre la direction de l'établissement et la direction régionale malgré les demandes de la mission. Celle-ci semble très présente et intervient pour validation à de nombreux niveaux. L'absence de connaissance du budget réservé aux fournitures est un exemple qui tend à montrer que la direction régionale pilote ces sujets.</p> <p>Les temps de travail collectifs sont organisés de manière régulière et les interactions existent entre les professionnels. Toutefois, au moment de l'inspection ou à travers les entretiens, il est apparu que le renforcement de la coordination des AS dans les étages constituait un axe d'amélioration. En effet, une AS est positionnée à chaque étage pour 11 à 12 résidents et les ajustements en fonction des besoins de renfort ponctuels reposent sur l'entraide et les initiatives individuelles.</p>
R5	<p>Les salariés interrogés le jour de l'inspection ont indiqué avoir bénéficié de quelques formations liées aux postures professionnelles et à la prise en charge des personnes, mais peu nombreuses au demeurant (exemple de formation cité sur les thématiques de la dénutrition, ou l'utilisation de [REDACTED]). A noter, une place importante semble accordée aux formations assurées par les fournisseurs [REDACTED]. Un salarié a indiqué que le sujet des formations n'avait pas été abordé au cours de l'entretien professionnel.</p> <p>Peu de formations ont été mises en œuvre en 2020, mais cela est justifié par le contexte sanitaire. Toutefois le plan de formation prévu pour 2022 est plus étayé et davantage en adéquation avec les besoins, s'agissant de personnels à l'ancienneté très peu élevée. Il est axé sur les pratiques professionnelles, l'encadrement et la bientraitance / prévention de la maltraitance, et la prise en charge de la personne âgée. Mais globalement, au regard notamment du nombre élevé de vacataires, l'accent n'est pas suffisamment mis sur les formations.</p>
R6	<p>Les taux d'absentéisme, le turn-over sont relativement élevés. Il faut cependant mettre ces informations en regard de la crise sanitaire qui a eu un impact majeur sur l'organisation du travail.</p> <p>Il ne semble pas qu'il y ait une politique très définie pour lutter contre les impacts de ces situations sur la prise en charge des résidents mis à part un recours récurrent aux mêmes vacataires, ce qui n'est pas sans poser d'autres interrogations.</p>
R7	Les dossiers des décès et sorties des résidents comprennent des données à caractère sensible et doivent par conséquent n'être accessibles qu'aux personnes habilitées à lire et traiter ces informations.
R8	Le numéro national à destination des personnes âgées victimes de maltraitance mentionné à la page 24 du livret d'accueil, n'est pas assez visible ou mis en évidence : pas d'affichage au mur observé par la mission d'inspection.
R9	Aucun référent n'est désigné ou identifié par résident, conséquence du fort turn-over au sein des soignants
R10	le délai de réévaluation tous les deux ans des projets de vies des résidents hors USA et UGD semble insuffisant au regard de leurs besoins et état de dépendance.
R11	Les projets personnalisés de vie, s'ils ne contiennent pas d'informations d'ordre

	médical, peuvent être classés dans le dossier administratif du résident. En revanche, toutes les données à caractère sensible doivent pouvoir être sécurisées et accessibles uniquement aux professionnels qui concourent à la prise en charge soignante du résident.
R12	L'établissement ne transmet pas les pré-signalements (EI/EIG) à l'adresse générique de déclaration des événements indésirables de la Ville de Paris
R13	Il existe une insuffisance de culture en matière d'EIG au sein de l'établissement. Or les équipes soignantes doivent être formées à caractériser les événements pouvant être qualifiés d'indésirables et en assurer les déclarations et l'analyse.
R14	La direction de l'établissement doit pouvoir organiser et tracer systématiquement un temps d'échange, d'écoutes et de recueil de bonnes pratiques à la suite d'un EI/EIG, ouvert à l'ensemble des professionnels. Une cellule de soutien psychologique doit pouvoir être mise en place en soutien des professionnels pour les EIG le nécessitant.
R15	La mission observe que l'accès à la cage d'escaliers dans la plupart des étages n'est pas sécurisé. Seul l'accès au 4e est sécurisé.
R16	La mission n'a pu constater la réalisation de formations sur les conduites à tenir en cas d'incendie, contrairement à la mesure de sécurité demandée par la commission sécurité et accessibilité de la préfecture de police
R17	La mission relève l'existence d'un équipement de qualité qui est non utilisé et qui pourtant figure dans la galerie de photos de l'établissement sur le site internet du groupe ORPEA
R18	Le contrat fourni n'est pas un contrat fournisseur mais un contrat de prestations de services entre ORPEA (fournisseur) et [REDACTED] (client). L'absence de factures liées à cette prestation de services et le peu de détails intégrés dans le contrat interroge sur la réalité de ces prestations, et les conséquences en terme d'amélioration du service pour les usagers.
R19	La mission relève l'existence d'une procédure de validation des achats d'équipement et de consommables qui fait primer la gestion comptable, ne laissant la prise en considération des besoins des résidents et des contraintes de la résidence qu'à l'appréciation personnelle de la chaîne hiérarchique
R20	Le non recours aux aides techniques disponibles (lèves-malades mobiles) pour les transferts n'est pas sécurisant lors de la manutention aussi bien pour les résidents avec risque de chute, que pour le personnel avec l'apparition de troubles musculo-squelettiques.
R21	Le contrat fourni n'est pas un contrat fournisseur mais un contrat de prestations de services entre ORPEA (fournisseur) et [REDACTED] (client). L'absence de factures liées à cette prestation de services et le peu de détails intégrés dans le contrat interroge sur la réalité de ces prestations, et les conséquences en terme d'amélioration du service pour les usagers.
R22	L'organisation de temps d'échange collectif sur le projet de vie des résidents serait de nature à renforcer l'analyse collégiale des problématiques rencontrées et l'efficience globale des pratiques.
R23	La mise à disposition du planning des interventions des kinésithérapeutes et de l'identité du kinésithérapeute devrait faciliter les conditions d'une bonne coordination des soins.
R24	La fiche alimentation d'étage mentionne le type de repas haché ou mixé mais ne mentionne ni le régime diabétique d'un des résidents du 4ème étage (selon les données du tableau de soins), ni les régimes hyperprotéiques et les compléments nutritionnels oraux (CNO), crème ou bouteille.
R25	Nonobstant le fait que l'on se situe dans une période d'épidémie COVID 19, on observe que le nombre de personnes identifiées comme dénutries est particulièrement élevé au sein des résidents présents, et notamment si on le rapporte au pourcentage relativement peu élevé de résidents en perte

	d'autonomie importante (GIR 1 à 3).
R26	On observe que les CNO n'apparaissent ni dans la fiche alimentation d'étage, ni dans le tableau des résidents du poste de soin, ni dans le classeur d'étage projet de soins. Ces compléments CNO ne donnent pas lieu à prescription et leur délivrance est à la charge des aides-soignantes. Leur prise doit être tracée.
R27	Le protocole de prise en charge de la dénutrition date de 2019, il est à revoir en fonction des nouvelles directives de la HAS, en date du 10 novembre 2021.
R28	Seuls 26% des résidents ont été concernés par une évaluation de la douleur en 2021. La mission constate par ailleurs un non-respect du protocole d'analyse et de prise en charge de la douleur qui prévoit une évaluation systématique de la douleur à l'entrée de chaque résident.
R29	Absence d'évaluation du risque de chute à l'entrée et au cours du séjour, alors que, selon les protocoles ORPEA, il est noté que ce risque doit être dépisté dès l'admission d'un résident lors de l'évaluation multidimensionnelle.
R30	L'absence de traçabilité des soins bucco-dentaire est préjudiciable au bon suivi de la prise en charge des résidents.
R31	L'absence constatée de repérage des troubles de la déglutition est préjudiciable au bon suivi de la prise en charge des résidents.
R32	La fiche de coordonnées des médecins traitants mise à jour le 27 avril 2018 mentionne 7 médecins traitants. Cependant cette liste n'est pas en cohérence avec le tableau des résidents présents actuellement ni avec le tableau des professionnels qui interviennent actuellement dans l'établissement (plusieurs médecins qui interviennent n'y figurent pas).
R33	La mission constate que l'essentiel des transmissions inter-équipes est fait oralement ce qui fragilise la prise en charge des soins.

## **VI – CONCLUSION**

L'inspection s'est déroulée dans des conditions très satisfaisantes, chacun des professionnels rencontrés apportant les éléments demandés et répondant aux questions posées. En outre, de la journée et demi passée au sein de l'établissement, il ressort de l'observation et des échanges avec les équipes, une ambiance de travail favorable, une absence de tension palpable, des retours positifs de résidents et familles rencontrées, un appui de la direction aux équipes notamment celles qui sont auprès des résidents, un engagement fort et une entraide importante entre collègues.

L'équipe médicale et paramédicale nouvellement arrivée (médecin coordonnateur, en poste depuis 5 mois ; psychologue en poste depuis 4 mois ; reprise de poste depuis 2 mois de l'IDEC) travaille en bonne collaboration et manifeste une volonté commune de faire avancer les choses. Au vu des éléments dont les médecins de la mission ont disposé, une attention particulière et bienveillante est portée à la prise en charge sanitaire des résidents.

Toutefois, la mission a noté des points de dysfonctionnements susceptibles d'impacter l'organisation du travail et la prise en charge des résidents et donc des points d'amélioration à apporter :

La dénutrition concerne 77% des résidents. Quelle qu'en soit la cause (possible majoration de la dénutrition du fait de la crise sanitaire), cette dénutrition doit être activement traitée. La mission a aussi identifié des points d'amélioration en matière d'évaluation multidimensionnelle (évaluation du risque de chutes et de la douleur, repérage des troubles de la déglutition, évaluation et prise en charge de l'état bucco-dentaire) et de la traçabilité des pratiques et du suivi. La cohésion de cette équipe devrait les y aider.

Un glissement des tâches vers des fonctions d'aide-soignante a été observé le jour de l'inspection, concernant deux professionnels.

Le personnel présent auprès des résidents a paru insuffisant le jour de l'inspection obligeant les professionnels à passer d'étage en étage pour aider les collègues.

Le recours aux contrats de remplacements (CDD) est massif, récurrent, disproportionné au regard des effectifs théoriques de l'établissement. Il ne respecte pas non plus les règles du droit du travail (recours récurrent aux mêmes professionnels depuis plusieurs années qui cumulent plus de 100 contrats, des personnes remplacées qui ne sont pas dans les effectifs de l'établissement, des personnes vacataires elles-mêmes remplacées).

Cela induit enfin une charge de travail supplémentaire très importante pour les équipes d'encadrement et les équipes administratives en charge de la gestion. Cela ne permet pas non plus de stabiliser les équipes auprès des résidents qui ne peuvent avoir de référents fixes.

La communication avec les familles si elle existe mériterait d'être intensifiée. Même si le CVS se réunit, il est regrettable qu'il ne l'ait pas été plus pendant la crise. Par ailleurs, lors de ces rencontres aucune remontée des événements indésirables graves n'est réalisée contrairement à ce que prévoit la réglementation. En outre, la culture des EIG n'est pas suffisamment partagée au sein de l'établissement. Enfin, l'information apportée aux résidents sur les droits et libertés de la personne accueillie, sur les systèmes d'alerte en cas de maltraitance est insuffisante.

Enfin, la mission a pu observer et analyser des sujets qui mettent aussi en question le rôle de la direction régionale, et plus largement du siège.

Un manque de clarté dans la répartition des rôles entre la direction régionale et la direction d'exploitation rend manifestement le positionnement de celle-ci compliqué au quotidien et pourrait être de nature à limiter sa capacité à agir.

S'agissant des fournitures, équipements, les contrats fournis à la mission ne sont pas des contrats fournisseurs classiques mais à l'inverse des contrats de prestations de services dans lesquels le fournisseur de matériel de protections devient client d'ORPEA contre rémunération basée sur un pourcentage du chiffre d'affaire des commandes effectuées par les établissements. L'absence de factures fournies de ces prestations de service malgré les demandes n'a pas permis de vérifier la réalité des prestations, peu explicites dans les contrats eux-mêmes par ailleurs. Ces contrats qui peuvent être apparentés à des remises forfaitaires annuelles ne donnent pas lieu à réversion aux établissements alors que la rémunération est basée sur les commandes qu'ils effectuent.

Paris, le 1er mars 2023



## VII – LISTE DES SIGLES UTILISES

**AES** : Accompagnant éducatif et social  
**AMP** : Aide médico-psychologique  
**ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**AS** : Aide-soignant  
**ASH** : Agent de service hôtelier  
**AV** : Auxiliaire de vie  
**CASF** : Code de l'action sociale et des familles  
**CVS** : Conseil de la vie sociale  
**EHPAD** : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes  
**EI** : Evènement indésirable  
**EIG** : Evènement indésirable grave  
**EIGS** : Evènement indésirable grave associé aux soins  
**EPRD** : Etat prévisionnel des ressources et des dépenses  
**ERRD** : Etat réalisé des ressources et des dépenses  
**ETP** : Equivalent temps plein  
**FEI** : Fiche de déclaration des évènements indésirables  
**GIR** : Groupe iso-ressource  
**GMP** : GIR moyen pondéré  
**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat de coordination  
**MEDEC** : Médecin coordonnateur  
**PAQ** : Plan d'assurance qualité  
**PMP** : Pathos moyen pondéré  
**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle  
**SAMU** : Service d'aide médicale urgente  
**TPAVF** : Titre professionnel d'auxiliaire de vie aux familles  
**UGD** : Unité de personnes fragilisées par la grande dépendance  
**USA** : Unité de soins adaptés  
**VAE** : Validation des acquis de l'expérience

## **VIII – ANNEXES**

**Annexe 1 :** Lettres de mission des agents de l'Agence Régionale de Santé et de la Ville de Paris

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

**Annexe 3 :** Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection

## 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'action sociale, de l'enfance et de la santé  
Ville de Paris

Affaire suivie par Martin BEGAUD

Monsieur Martin BEGAUD, inspecteur de l'action sanitaire et sociale / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Madame Yamina NOURI, personne qualifiée, chargée de mission secteur personnes âgées / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, personne qualifiée, conseiller médical / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical / Ville de Paris

Madame Servanne JOURDY, adjointe de la sous-direction de l'Autonomie / Ville de Paris

Madame Liliane COMENSOLI, personne qualifiée, cheffe du bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie / Ville de Paris

Saint-Denis, le 10 février 2022

Mesdames, Messieurs,

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 Musiciens » du groupe ORPEA (FINESS 750019358), sis au 7/9 rue de Germaine Tailleferre, à Paris (75019).

La parution récente du livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos ainés » a été fortement médiatisée, et invite en effet à une vigilance particulière vis-à-vis des établissements de ce groupe.

Aussi, nous avons décidé de diligenter une inspection conjointe dans cet 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 diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L. 133-2 et L. 313-13 à L. 313-20 du CASF, par les articles L. 1421-1, L. 1435-7, L. 1421-3 et L. 1421-7 du Code de la santé publique (CSP) comprendra :

Pour l'ARS Ile de France :

- Monsieur Martin BEGAUD, inspecteur de l'action sanitaire et sociale / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France
- Madame Yamina NOURI, personne qualifiée, chargée de mission secteur personnes âgées / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

13 rue du Landy  
93200 Saint-Denis

- Docteur Sylviane KOHN SCHERMAN, personne qualifiée, Conseiller médical / Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Pour la Ville de Paris, les personnes habilitées suivantes:

- Madame Servanne JOURDY, adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie / Ville de Paris
- Madame Liliane Comensoli, cheffe du bureau des actions en direction des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie / Ville de Paris
- Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical / Ville de Paris

L'inspection sera inopinée et débutera à compter du 14 février 2022 à 8h00. Cette inspection, selon les dispositions des articles L.1421-3 CSP et L.133-2 CASF, comprendra des contrôles sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, des entretiens pourront être menés avec les personnes jugées utiles de renconfrer dans le cadre de l'inspection.

Un rapport sera remis dans un délai de quinze jours à compter de la visite sur site, accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté, qui fera l'objet de la procédure contradictoire prévue par l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

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

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

Amélie VERDIER

Pour la Maire de Paris, et par délégation,  
Le directeur adjoint de l'action sociale, de l'enfance et  
de la santé

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

Jacques BERGER

## Annexe 2 : Liste des documents consultés

### **EHPAD Les Musiciens ORPEA LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR Inspection du 14 février 2022**

Documents à remettre à la mission d'inspection dès que possible ce jour :

- Liste nominative des résidents par chambre présents ce/ces jours ;
- Liste des salariés présents ce / ces jours
- Planning nominatif des salariés (y compris l'équipe de la nuit écoulée) de ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires ;
- Organigramme nominatif de l'EHPAD ;
- Plan des locaux.

N°	Nature du document demandé	Remis à l'équipe d'inspection (format papier ou dématérialisé) le 14/02/2022	Non remis le 14/02/2022 et à remettre à l'équipe d'inspection [REDACTED] au plus tard le 16/02/2022	Observations
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC			
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC			
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)			
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédures)			
5	Calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2022			
6	Projet d'établissement, projets de vie personnalisés (5 GIR 1, 5 GIR, 5 GIR 3, 5 autres GIR.			
7	Organigramme général détaillé de l'établissement			
8	Liste nominative des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf)			
9	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)			
10	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins			
11	Registre de recueil des évènements indésirables (EI)			
12	Protocole de signalement des évènements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)			
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents			
14	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse			
15	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant			
16	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (y-c les temps de transmission)			
17	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies			
18	Dossiers des résidents : projets de vie et de soins			
19	Dossiers RH des salariés dont les contrats de travail			

	(titulaires et vacataires), bulletins de salaires janvier 2022, nombre de postes vacants et avis de recrutement, tableau des ETP de janvier 2022, taux d'absentéisme			
<b>20</b>	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes, modalités de préparation/distribution			
<b>21</b>	Liste nominative des médecins traitants des résidents			
<b>22</b>	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)			
<b>23</b>	Convention entre l'EHPAD et un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil d'urgence			
<b>24</b>	Collaboration du médecin coordonnateur avec l'EMG, les réseaux de soins palliatifs, les services de HAD et les services de psychiatrie.			
<b>25</b>	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)			
<b>26</b>	Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) et rapport de la commission gériatrique annuelle			
<b>27</b>	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins			
<b>28</b>	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)			
<b>29</b>	Plan Bleu			
<b>30</b>	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1 et M 2022) ; extraction de J-1 et de la nuit écoulée			
<b>31</b>	Equipement lève malade et rails 2018-ce jour (dépense d'investissement)			
<b>32</b>	Registre de sécurité			
<b>33</b>	Les fiches de tâches heurees des AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) de jour et de nuit			
<b>34</b>	Les fiches de tâches heurees des ASH			
<b>35</b>	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection			
<b>36</b>	Copie des registres des délégués du personnel			
<b>37</b>	Copie des contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours			
<b>38</b>	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés			
<b>39</b>	Le récapitulatif des évènements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD			
<b>40</b>	Tableau remis à compléter sur la qualification du personnel			
<b>41</b>	Tableau remis sur la nutrition et les menus sur les 3 derniers mois			
<b>42</b>	Commandes effectuées en 2019 puis en 2021 de consommables <sup>14</sup> : -protections contre l'incontinence,			

- 
- <sup>14</sup> L'ensemble des factures de protections de l'établissement 2019 et 2021
  - L'ensemble des factures produits d'effleurage 2019 et 2021
  - L'ensemble des factures compléments nutritionnels oraux, eaux gélifiées 2019 et 2021
  - L'ensemble des factures d'achat ou location de lits médicalisés, matelas anti-escarres 2019 et 2021
  - Les contrats de fournisseurs (protections, produits d'effleurage, achats et locations de lits et matelas anti escarres)
  - Liste des résidents 2019 et 2021 avec entrées/sorties et GIR
  - Liste des patients ayant des troubles de la déglutition 2019 et 2021
  - Liste des patients dénutris 2019 et 2021
  - Liste des patients atteints de la pathologie d'Alzheimer 2019 et 20

	-achats de crèmes pour la prévention des escarres -produits diététiques enrichis et d'eaux gélifiées, Et de matériels : -locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres. - Solution hydro-alcoolique			
<b>43</b>	Grand livre comptable			

**EHPAD Résidence Les Musiciens**  
**LISTE DES DOCUMENTS A CONSULTER**  
Complément d'inspection du 17 février 2022

N°	Nature du document demandé	Remis sur place ou au plus tard le 18/02	Motifs de non production	Observations
<b>1</b>	Planning des astreintes 2021-2022			
<b>2</b>	Fiche de poste direction et adjointe			
<b>3</b>	Tableau théorique des effectifs (administratifs, soignants et hôteliers)			Type contrat, nominatif et quotité de travail
<b>4</b>	Diplômes DEI Mme [REDACTED] TPAVF Mme [REDACTED]			Copie lisible
<b>5</b>	Attestation AFGSU des personnes suivantes : - Directrice - AS : [REDACTED] / - Gouvernant			
<b>6</b>	Modalités de remplacement en cas d'absence imprévue			
<b>7</b>	Temps de chevauchement des équipes jour/nuit et modalités de transmissions (traçabilité)			Traçabilité : exemples de saisie du 14/02/22
<b>8</b>	Liste des participants aux formations internes et externes 2021			
<b>9</b>	Contrat du <b>fournisseur</b> [REDACTED] des commandes de la résidence			
<b>10</b>	Chartes ORPEA			Mentionnées dans les fiches de poste IDEC/MEDCO
<b>11</b>	Tableau synthèse nutritionnelle (quantité des rations <b>caloriques et protéiniques</b> des repas servis)			Pas le grammage du service restauration octobre 2018
<b>12</b>	Etat des actes facturés par les 3 kinésithérapeutes au résident au dernier trimestre 2021 et des prescriptions médicales			
<b>13</b>	Etat des bilans à 1 mois d'intégration des nouveaux résidents			Extrait de 3 bilans.
<b>14</b>	Evaluations réalisées sur le dernier semestre 2021			(Mini GDS, MMSE, RUD, EN, NPI ES, Algo Plus, EVA)
<b>15</b>	Dossiers médicaux listés			Noms donnés par les médecins de la mission

### **Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées**

- la directrice de l'établissement
- la médecin coordonnatrice
- l'infirmière coordonnatrice
- des professionnels salariés ou vacataires (aide-soignant ; infirmier ; ASH)
- l'animatrice
- deux kinésithérapeutes (activité libérale)
- le gouvernant
- un représentant des résidents au conseil de la vie sociale (CVS)
- un représentant des familles au conseil de la vie sociale (CVS)
- une membre de la famille d'un résident