

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « « EHPAD RESIDENCE GOBELINS »
35/40 RUE LE BRUN 75013 PARIS
N° FINESS GEOGRAPHIQUE : 750040149**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_00284
Déplacement sur site le 24 novembre 2022**

Mission conduite par

- ✓ Madame Candie SOLLE, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Direction de l'Autonomie, Agence régionale de Santé Île-de-France.
- ✓ Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.
- ✓ Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

Accompagnés par

- ✓ Docteur Martine LE NOC SOUDANI, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie.
- ✓ Madame Angélique VARLET, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie.

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none">- Article L.313-13-V du Code de l'action sociale et des familles- Article L. 133-2 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 du Code de la santé publique- Article L.1421-3 du Code de la santé publique
----------------------------	---

AVERTISSEMENT

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

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

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

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

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

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de 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'appréhender au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	4
INTRODUCTION	6
A/ Contexte de la mission d'inspection.....	6
B/ Modalités de mise en œuvre	6
C/ Présentation de l'établissement	7
I – CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT.....	8
A/ Cadre institutionnel et gouvernance.....	8
B/ L'organisation des ressources humaines	11
II – LES LOCAUX	14
A/ Les locaux de l'unité classique	14
B/ Les locaux de l'unité protégée	18
III- LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS	22
A/ Profil des résidents accueillis	22
B/ Modalités d'accueil et d'accompagnement :	22
C/ Conditions d'hébergement, prestations hôtelières :	23
D/Respect des droits des résidents.....	24
E/ Evaluation de la qualité de la prise en charge	25
IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE	27
A/ La continuité des soins	27
B/ La prise en charge gériatrique.....	29
C/ L'organisation des soins.....	36
D/ Les locaux de soins et le circuit du médicament	40
V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES.....	44
VI - CONCLUSION.....	46
VII – LISTE DES SIGLES UTILISES	47
VIII – ANNEXES	48
<i>Annexe 1 : Lettre de mission</i>	
<i>Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection</i>	
<i>Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection</i>	

SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce plan rejoint la volonté de Maire de Paris de procéder au contrôle de l'ensemble des EHPAD parisiens.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOUVERNANCE

- Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Bâtiments, espace extérieurs et équipement

PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne - Hébergement
- Soins

Principaux écarts et remarques formulés par la mission

Après avoir procédé à l'inspection sur place et à l'analyse des documents transmis par le gestionnaire, la mission d'inspection émet 13 écarts et 20 remarques, parmi lesquels :

Principaux écarts :

- Des salariés sont affectés à des tâches d'aide-soignant sans savoir la qualification requise.
- L'équipe d'inspection a constaté l'état dégradé/non entretenu des installations, du bâti et des conditions d'accueil des résidents.

- L'absence de système d'appel malade dans les chambres de l'UVP ne permet pas de garantir la sécurité des résidents.

Principales remarques :

- L'organisation des ressources humaines de l'UVP ne permet pas aux résidents de chaque étage d'avoir en permanence un soignant présent pour répondre à leurs besoins et assurer leur sécurité.
- La culture de sensibilisation et de déclaration des EI ou EIG ne semble pas appropriée par les agents alors même qu'une procédure très complète existe.
- Le changement de protection en journée de la plupart des résidents de l'UVP sont réalisés dans les toilettes communes du rez-de-chaussée du bâtiment UVP, ce qui est contraire aux bonnes pratiques en matière d'hygiène.
- L'agencement de l'UVP, l'absence de dispositif signalant les chutes et l'absence d'analyse collégiale des chutes sont de nature à mettre en danger les résidents.

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Les informations connues par l'ARS et la ville de Paris ont conduit à l'inscription de l'EHPAD les Gobelins, situé 35/40 rue Lebrun 75013 PARIS, n° FINESS 750040149, dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

B/ Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection est organisée conjointement par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France et la Ville de Paris, conformément à l'alinéa V de l'article L. 313-13 du CASF¹ et a pour objectif de vérifier :

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

L'équipe d'inspection est constituée de trois agents de l'ARS Ile-de-France et deux agents de la Ville de Paris.

La mission d'inspection a été réalisée de façon inopinée et n'a pas fait l'objet d'un courrier d'annonce.

¹ Article L. 313-13-V : « Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil départemental et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels des agences régionales de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives ».

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place². Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 24 novembre 2022, de 8h30 à 19h.

Au cours de cette journée de visite, l'équipe d'inspection a rencontré des membres de la direction, des membres du personnel, un usager et la fille d'une résidente de l'EHPAD.

Elle a mené des entretiens avec différents membres du personnel de l'EHPAD et a consulté des dossiers du personnel, des dossiers administratifs des résidents et des dossiers médicaux des résidents, consultés par un médecin.

A l'issue de cette journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice, la directrice adjointe et la directrice régionale³.

C/ Présentation de l'établissement

Situé au 35/40 rue Lebrun 75013 PARIS, l'EHPAD Résidence Les Gobelins est géré par le groupe Domusvi, dont le siège est situé au 46/48 rue Carnot 92150 Suresnes.

Autorisée en 2008 et ouverte en 2010, la résidence les Intemporelles est devenu l'EHPAD Résidence les Gobelins suite à son rachat par le groupe Domusvi en 2015. Cette structure dispose de 93 places en hébergement permanent et ne comprend pas de places en accueil de jour.

L'établissement est conçu pour accueillir également des personnes âgées atteintes de maladies de type Alzheimer, puisqu'il dispose d'une unité de vie protégée (UVP).

Il comprend 15 places habilitées à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

L'EHPAD est divisé en deux bâtiments distincts et séparés par la rue le Brun, l'un au 35, l'autre au 40. Le bâtiment du 40 rue le Brun abrite l'UVP et a une capacité de 33 places.

Le bâtiment du 35 rue le Brun accueille des personnes plus autonomes et a une capacité de 60 places.

L'EHPAD ne dispose que de chambres simples.

Son budget de fonctionnement est de 2 185 945,01 € en 2021, dont 514 948,37 € au titre de l'hébergement et 1 670 996,64 € au titre du soin.

L'établissement a signé une convention tripartite avec l'ARS et le Département de Paris en 2015. La négociation du futur CPOM est prévue pour l'année 2024, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

L'établissement est inscrit dans le projet de l'ARS Ile-de-France d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse.

² Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 2

³ Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 3

I - CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

A/ Cadre institutionnel et gouvernance

Conformité à l'autorisation et caractéristiques de la population accueillie :

L'établissement était initialement autorisé pour 97 places mais seules 93 places ont été installées depuis le début et jusqu'à aujourd'hui, en raison de travaux non effectués. Un arrêté modificatif était prévu par l'ARS, dont nous n'avons pas retrouvé la trace. La capacité de l'établissement est donc bien de 93 places.

Dans les années à venir, il est prévu le transfert de [redacted] places dans un autre EHPAD du groupe Domusvi, afin de pouvoir gagner de la place et créer de nouveaux espaces pour accueillir les résidents. Il n'y a pas de date arrêtée, mais ce transfert est estimé par la directrice d'ici 2 ou 3 ans, ce qui portera à [redacted] le nombre de places de la Résidence les Gobelins et fera l'objet d'une modification de l'autorisation.

Au jour de l'inspection, le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 86 résidents, soit un taux de présence de 92,47 %.

Selon l'ERRD 2021, le GMP s'élève à [redacted] et le PMP à [redacted]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 739 et 222.

Aussi, les données de l'EHPAD sont un peu en dessous des chiffres médians régionaux susmentionnés concernant le GMP et conformes à la moyenne concernant le PMP.

En 2021, la part des résidents très dépendants était de [redacted] % (GIR 1, 2 et 3). Les résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD N, 2021	[redacted]				
EHPAD N, 2020 ⁴	[redacted]				
IDF ⁵	18%	40%	18%	17%	7%

Gouvernance et projet d'établissement :

Le projet d'établissement est à jour. Il a été actualisé en 2020 et couvre la période 2020-2025. Il a été travaillé avec l'ancienne directrice. La directrice actuelle informe l'équipe d'inspection que le projet de l'UVP est en cours de construction, avec des groupes de travail, afin de l'intégrer au futur projet d'établissement.

Concernant l'appropriation du projet d'établissement par le personnel et le Conseil de la vie sociale, l'équipe d'inspection n'a pas pu recueillir beaucoup d'informations, les différents entretiens n'ayant pas permis d'approfondir ce sujet.

⁴ Source : RAMA 2020 .

⁵ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2021, EHPAD

Le projet d'établissement ne précise pas les modalités de sa construction, notamment l'éventuelle contribution des équipes ou la consultation du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Il intègre un projet de soin.

L'établissement dispose d'un règlement de fonctionnement récent (2021) et complet, qui couvre l'ensemble des domaines de la vie quotidienne et dans lequel sont présents également le numéro à composer en cas de maltraitance, ainsi qu'une fiche de sécurité de l'établissement.

Il dispose également d'un règlement intérieur entré en vigueur en mai 2021.

La directrice est titulaire [REDACTED], qui est un diplôme de niveau [REDACTED] ce qui est conforme à l'article D312-176-7 du CASF relatif au niveau minimal de certification attendu pour un directeur d'EHPAD.

La directrice, initialement embauchée comme directrice adjointe dans un autre établissement du groupe Domusvi, est devenue directrice de la Résidence les Gobelins en [REDACTED].

Une directrice adjointe est également présente dans l'établissement depuis le mois de [REDACTED] en contrat [REDACTED].

La directrice de l'établissement a bien signé une délégation unique de pouvoirs donnée par le directeur général du groupe Domusvi, document que l'équipe d'inspection a pu voir.

La directrice n'a pas subdélégué sa signature à la directrice adjointe et reste donc seule à avoir la faculté de signer les documents relevant de la compétence de la direction dans l'établissement.

En cas d'absence de la directrice, celle-ci explique à l'équipe d'inspection que la directrice adjointe la remplace. Au cas exceptionnel où les deux seraient absentes (formation, maladie...), l'IDEC ou la responsable hôtellerie peuvent prendre le relais pour des missions particulières et temporaires.

Les modalités de remplacement de la directrice ne sont pas formalisées par un document écrit.

Les astreintes du soir en semaine sont assurées par la directrice et la directrice adjointe.

Les astreintes du week-end sont assurées en alternance par l'IDEC, la responsable hôtellerie, la directrice et la directrice adjointe. La psychologue effectue 1 jour d'astreinte par mois.

Le planning est formalisé et déposé sur le portail en ligne du groupe, accessible aux salariés. Il n'y a pas d'astreintes administratives ou techniques, les astreintes sont généralistes.

Médecin coordonnateur (MedCo) : Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement tous les jours, à raison d'une demi-journée par jour, excepté les samedis et dimanches.

Son contrat de travail signé [REDACTED], à temps partiel de 50%. Ce ratio est compatible avec la réglementation. Cependant, ce ratio réglementaire passera à 0.6 ETP à compter du 1er janvier 2023.

Il travaille par ailleurs également à temps partiel dans un autre EHPAD du groupe Domusvi dans le [REDACTED], ce qui pose la question d'une augmentation éventuelle de son temps de présence à la Résidence les Gobelins, puisqu'il a déjà des obligations par ailleurs.

Au jour de l'inspection, il travaille à la Résidence les Gobelins depuis environ [REDACTED]. Le médecin coordonnateur est titulaire, outre son diplôme de docteur en médecine, [REDACTED].

Infirmière Diplômée d'Etat Coordonnatrice (IDEC) : L'infirmière coordinatrice a pris ses fonctions en [REDACTED] après avoir été infirmière vacataire de nuit aux Gobelins, de [REDACTED] à [REDACTED]. Elle est embauchée en contrat [REDACTED].

Elle est titulaire [REDACTED], elle énonce lors de l'entretien avoir ensuite suivi une formation [REDACTED]. Elle possède une fiche de poste conforme aux missions d'une IDEC en EHPAD.

Affectée à temps complet sur l'EHPAD, elle est présente du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30.

Communication interne et relations avec le siège :

Au niveau du groupe Domusvi, il existe des réunions régulières, une fois par mois, entre les directeurs des différents établissements (une vingtaine environ). Ces réunions ne font pas l'objet de comptes rendus, mais de synthèses de présentation (Powerpoint).

La directrice de la Résidence les Gobelins décrit ses relations avec le siège comme étant un véritable appui, par son aide pour les fonctions support mais aussi pour la partie soins, avec la présence d'une IDEC et d'un médecin régional.

Par ailleurs, un tour de garde d'astreinte des directeurs est prévu pour être joignable si besoin.

Au sein de l'établissement, les cadres se réunissent une fois toutes les deux semaines. A ces réunions, les comités de direction, sont présents : la directrice, la directrice adjointe, l'IDEC, la responsable hôtelière, la psychologue.

Par ailleurs, une autre réunion pluridisciplinaire élargie à d'autres membres de l'équipe (psychomotricienne, ergothérapeute, animatrice) a lieu une fois par semaine pour évoquer les résidents, la vie de l'établissement, les animations...

Des comptes rendus sont élaborés pour les deux réunions.

Par ailleurs, la directrice rencontre l'ensemble des salariés une fois par trimestre pour transmettre des informations qui concernent tout l'établissement et répondre aux questions des équipes. Ces réunions ne font pas l'objet de comptes rendus formalisés ce qui peut constituer une perte d'information pour les salariés absents.

Climat social :

La directrice décrit des relations sereines et de confiance avec les représentants du personnel et n'évoque pas de conflit particulier au sein de l'EHPAD.

Elle participe aux réunions du Comité Social et Economique (CSE).

Concernant les manquements professionnels, la directrice indique à l'équipe d'inspection que dans les cas les plus graves, un courrier de sanction est rédigé et une trace écrite est laissée dans le dossier du salarié.

B/ L'organisation des ressources humaines

L'encadrement des équipes :

Un organigramme récent (2022) de la Résidence Les Gobelins a été fourni à l'équipe d'inspection.

L'établissement est organisé en 4 pôles distincts : soin, hôtellerie, administration et entretien. L'ensemble est piloté par la directrice de l'établissement. Les pôles soin et hôtellerie sont gérés par un responsable : le médecin coordonnateur pour les soins, la responsable hôtelière pour l'hôtellerie.

L'organigramme est complet et présente de façon détaillée les différentes équipes de jour et de nuit sur les deux bâtiments.

L'établissement emploie une équipe pluridisciplinaire dans laquelle sont représentées les catégories professionnelles attendues pour un EHPAD.

Néanmoins, il apparaît, après vérification de la liste nominative des personnels, que certains professionnels Agent de Service Hôtelier (ASH) sont présentés dans la liste des personnels présents ce jour comme aides-soignants (AS).

Par ailleurs, l'établissement a mis en place des fiches de poste nommées : « agent de service hôtelier(e) affecté au service soins remplissant partiellement des missions aide-soignant ». Ces fiches de poste reprennent globalement les missions des aides-soignants, de façon moins détaillée, sans exiger le diplôme d'aide-soignant. La mission d'inspection a également pu consulter un contrat de travail qui stipulait explicitement cette « fonction ». Ces fiches de postes créent de la confusion et favorisent grandement les glissements de tâche, et ne sont pas de nature à clarifier les fonctions de chaque profession et leur rôle auprès des résidents.

Ecart n°1 : Des salariés sont affectés à des tâches d'aide-soignant sans savoir la qualification requise, ce qui contrevient à l'article L4391-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

Ecart n°2 : En affectant à des postes de soins des personnels qui n'en ont pas la qualification, l'établissement met en péril la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF.

Remarque n°1 : Le glissement de tâche des ASH exerçant certaines missions d'aide-soignant est acté par la rédaction de fiches de poste spécifiques, mention reprise dans les contrats de travail, et légitime une pratique illégale.

La situation générale des effectifs :

Actuellement, l'établissement emploie [REDACTED] salariés en CDI (dont [REDACTED] ASD et [REDACTED] ASH).

Au mois d'octobre, [REDACTED] CDD ont été signés, dont [REDACTED] concernaient des postes ASH et [REDACTED] des postes de soignants (Aide-soignant diplômé et Accompagnant Educatif et Social).⁶

Les infirmiers sont au nombre de [REDACTED] en CDI, 1 poste reste à pouvoir. Les absences des infirmiers sont compensées par des heures supplémentaires de leurs collègues ou le recours à des CDD/vacataires. Un infirmier inscrit sur le planning qui fait des remplacements en CDD n'est pas inscrit dans le registre unique du personnel. Article L1221-13 du code du travail.

⁶ Source : registre unique du personnel de la Résidence les Gobelins.

La multitude de contrats à durée déterminée qui sont parfois de 1 ou 2 jours rend difficile le décompte exact du nombre total de salariés de l'établissement, qui peut de ce fait être changeant.

Par ailleurs, seuls les bulletins de paie d'une aide-soignante et non ceux de tous les personnels ont été fournis par l'établissement, ce qui rend difficile l'analyse de la présence des différents salariés.

Le registre unique du personnel laisse apparaître à la fin du mois de novembre 16 salariés (tous statuts confondus) sous contrat, à durée déterminée ou indéterminée, avec la Résidence les Gobelins.

Le jour de l'inspection, 1 salarié normalement prévu ce jour-là était en absence justifiée.

3 postes d'aide-soignant et 1 poste d'IDE sont vacants.

L'équipe d'inspection dispose d'un taux d'absentéisme de 8,47% pour l'année en cours, ce qui n'est pas un taux inquiétant au regard de la moyenne des EHPAD d'Ile-de-France et du taux maximal établi dans les documents de contractualisation.

Organisation des modalités de travail :

Le jour de l'inspection, 32 salariés sont présents dans l'établissement, sans compter l'équipe de nuit, ni la directrice qui était prévue de repos ce jour mais qui est revenue dans l'établissement en raison de l'inspection inopinée par les autorités de contrôle.

Sur le premier bâtiment situé 35 rue Le Brun, qui compte 60 résidents, un infirmier, 6 aides-soignants et une stagiaire aide-soignante sont présents.

A noter que le nombre d'aides-soignants doit être relativisé en raison de la remarque ci-dessus dans ce rapport, puisque sur les 6, seuls 3 salariées ont effectivement la qualification d'aide-soignante.

Sur le deuxième bâtiment, situé au 40 rue Lebrun, et qui contient l'UVP de 33 résidents, 4 soignants sont présents, dont l'une est en réalité ASH.

Sur ce bâtiment, où les résidents sont accueillis sur 6 étages différents, les soignants sont répartis sur 2 étages chacun, avec une personne supplémentaire présente en renfort soignant.

Remarque n°2 : L'organisation des ressources humaines de l'UVP ne permet pas aux résidents de chaque étage d'avoir en permanence un soignant présent pour répondre à leurs besoins et assurer leur sécurité.

Sur le bâtiment au n°40 (UVP), une aide-soignante est prévue pour la nuit et sur le bâtiment au n°35, deux aides-soignantes sont prévues.

Une infirmière est présente pour les deux bâtiments.

La politique de formation :

Au jour de l'inspection, la directrice a indiqué qu'un plan de formation pour 2022 avait été élaboré, celui de 2023 n'était pas finalisé.

Un tableau des formations 2018-2022 a été fourni par l'établissement. Pour 2023, seule une formation Montessori est pour l'instant programmée, à destination de différents types de salariés (ASH, animateur, ASD, infirmière), ce qui est cohérent avec la volonté exprimée par la directrice de développer l'approche Montessori au sein de l'unité protégée durant l'entretien. La mission note qu'aucune formation sur la bientraitance ou la lutte contre la maltraitance n'apparaît dans les plans de formation depuis 2020.

Recrutements :

Les recrutements des personnels cadres sont effectués par la directrice qui les rencontre tous. Le siège aide aux recrutements en publiant les annonces, via le logiciel [REDACTED].

Pour pallier aux absences, la direction emploie des vacataires, des intérimaires, et utilise les heures supplémentaires. Certains personnels remplaçants viennent régulièrement travailler dans l'établissement et connaissent donc bien les résidents et le fonctionnement de l'établissement.

Pour les nouveaux salariés, il existe un document d'accueil, le « pocket du salarié », qui informe la personne du fonctionnement de l'établissement pour les salariés (hygiène, repas, vestiaire, tabac...), rappelle quelques règles de bonne conduite, décrit la résidence et donne les numéros utiles.

La directrice explique à la mission d'inspection que les nouveaux soignants sont mis en binôme avec un soignant qui connaît bien l'établissement le premier jour.

Un système de soignant référent est mis en place pour accueillir les nouveaux.

II – LES LOCAUX

A/ Les locaux de l'unité classique

La mission d'inspection a visité le bâtiment numéro 35 rue le Brun, dit « unité classique ».

Elle constate la nécessité de poursuivre la rénovation de certaines pièces de ce bâtiment.



Dans ce bâtiment, la mission d'inspection a également constaté la présence d'objets susceptibles d'entraver la circulation des personnes et provoquer la chute notamment des résidents et/ou des visiteurs.



Les espaces extérieurs du bâtiment 35 sont propres et entretenus. Les terrasses sont sécurisées par des codes d'accès au niveau des ascenseurs et des escaliers fermés.

La visite des étages n'a pas relevé de non-conformité particulière hormis l'accès aux appels malades.

En effet, un test d'appel sonnette a été réalisé par la mission dans la salle de bain d'une chambre. Soignant non venu.

Remarque n° 3 : Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.

Dans la chambre où le test appel malade a été réalisé, la sonnette était inaccessible et son utilité méconnue par le résident (emmêlée, sous le lit, et démêlée longuement par la direction).

Dans les actions à poursuivre de la convention tripartite de 2015, il était mentionné: « *Présence d'un système d'appel malade fonctionnel et permettant de connaître les délais de réponse aux appels. Ce système doit faire l'objet de vérifications régulières et une analyse des temps de réponse doit être réalisée* ».

La mission a visité les locaux du personnel se trouvant au sous-sol du bâtiment. Globalement, les locaux sont propres et entretenus. Mais quelques irrégularités ont été constatées :

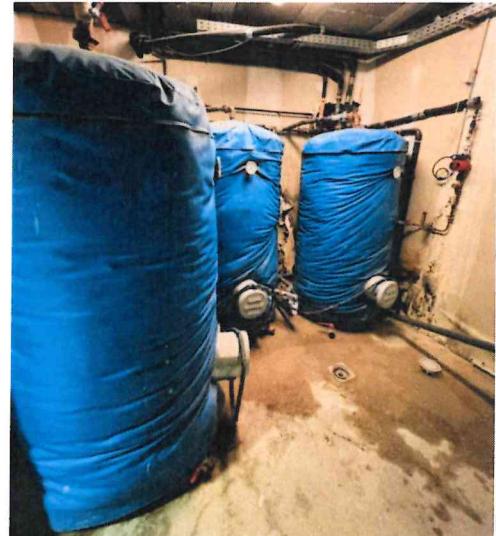
- Chasse d'eau des WC coulant à grande eau et cassée



- Trappe non fixée au-dessus des WC risquant de tomber sur un professionnel lors de l'utilisation des WC



- L'état de propreté des locaux techniques doit être amélioré.



- Etat dégradé des fauteuils de repos présents en salle de pause du personnel, d'autant plus que le personnel travaille en 10h avec des intervalles de 2h de coupure en milieu de journée. Certains professionnels ne pouvant rentrer chez eux doivent pouvoir se reposer dans de bonnes conditions.



Ecart n°3 : L'équipe d'inspection a constaté l'état dégradé/non entretenu des installations, du bâti et des conditions d'accueil des résidents (article L 311-3-1 du CASF) et des salariés, qui ne permet pas d'assurer la sécurité des personnes.

La lingerie

La lingerie située au sous-sol du bâtiment répond aux exigences de marche en avant avec une entrée pour le linge sale et une sortie pour le linge propre.

La cuisine :

Le chef cuisinier, issu de [REDACTED], est en contrat à [REDACTED] depuis février [REDACTED] au sein des Gobelins mais est entré dans le groupe en [REDACTED]. Cela lui permet une très bonne maîtrise des procédures en restauration.

La mission a pu effectuer une visite de l'ensemble des locaux de la cuisine avec le chef cuisinier, qui connaît parfaitement son sujet. L'ambiance de travail est bienveillante.

Les locaux (plan de travail, réfrigérateurs, cellule, chambre froide positive et négative, les ustensiles de cuisine, le gros électroménager, etc.) sont propres et entretenus.

La conservation des denrées alimentaires est conforme aux bonnes pratiques, y compris les plats témoins.

Les procédures (contrôle des températures, des dates de péremption, suivi du bio-nettoyage) sont bien détaillées et suivies.

Lors de l'entretien avec le chef cuisinier, il explique que la direction est accessible et n'hésite pas remplacer le matériel autant que de besoin, et aller se dépanner dans les commerces de proximité lorsque des denrées viennent à manquer à la livraison.

Le coût repas jour (CRJ) de l'établissement est d'environ [REDACTED] par résident et par jour du petit-déjeuner au diner. Selon le chef cuisinier, ce CRJ est intéressant car permet de choisir des produits, qualitatifs mais simples.

Sécurité des locaux :

La mission d'inspection n'a pas étudié la mise en œuvre du dispositif de vidéosurveillance. Néanmoins, elle a constaté que la mention d'information était incomplète. Il manque notamment la durée de conservation des données au regard des dispositions relatives au règlement européen sur la protection des données à caractère personnel. L'obligation de transparence est rappelée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.



B/ Les locaux de l'unité protégée

Le bâtiment situé au 40 rue le Brun, dont le groupe est locataire, accueille les résidents en unité protégée (capacité de 33 places). Il s'étend sur sept étages et possède un sous-sol composé de deux niveaux dont un parking non accessible aux personnes à mobilité réduite.

Il s'agit d'un ancien hôtel n'ayant pas bénéficié de travaux de réaménagement, adaptant les lieux à l'accueil de résidents atteints de troubles cognitifs.

L'entrée principale est dotée d'un digicode.

Un élévateur est installé pour permettre l'accès PMR et le transport des charriots repas entre les deux bâtiments séparés par la rue.

Les chambres sont réparties du 1er au 6^{ème} étage. Les couloirs sont étroits, sombres et peu propices à la déambulation des résidents surtout en présence des charriots de soins ou de linge.

Il a été constaté que l'extincteur du premier étage était posé à même le sol et non arrimé au mur, à côté d'unlève-malade qui entravait le passage.



Les accès à l'escalier sont sécurisés.

Chaque étage dispose de six chambres, elles sont majoritairement identifiées par un numéro, le nom et parfois un petit descriptif du résident. La mission a constaté que les noms des personnes ne sont pas toujours indiqués (chambre [REDACTED]: pas de noms mais résident présent et chambre [REDACTED]: pas de nom et chambre vacante) ce qui n'est pas recommandé pour des résidents atteints de troubles cognitifs.



18/55

Aucune chambre n'est équipée de système d'appel malade (les résidents doivent crier ou taper sur les murs pour solliciter une assistance) ce qui interroge notamment sur les délais d'intervention des personnels et leur traçabilité.

Le premier étage possède une terrasse dont l'accès est également sécurisé. On note toutefois une marche mal signalée et un carreau manquant à l'entrée de la terrasse qui pourrait être source de chutes.



Le poste de soins est situé au 4^{ème} étage.
Les espaces de stockage sont fermés à clé.

Le rez-de-chaussée dispose d'une petite salle d'animation qui peut servir aussi pour les repas de certains résidents à isoler ainsi que d'un bureau réservé aux professionnels. La configuration des locaux constraint d'utiliser l'espace salon de manière diversifiée ; il sert tour à tour de lieu de restauration, d'animation ou de rencontre avec les familles. La direction a informé l'équipe d'inspection d'un projet de réaménagement du rez-de-chaussée en cours d'élaboration associant les équipes dans le cadre d'un projet Montessori.

La commission de sécurité a condamné le 7^{ème} étage, hormis la salle de repos du personnel (local très lumineux mais mal entretenu), les locaux de balnéothérapie et du kinésithérapeute situés au premier niveau du sous-sol.

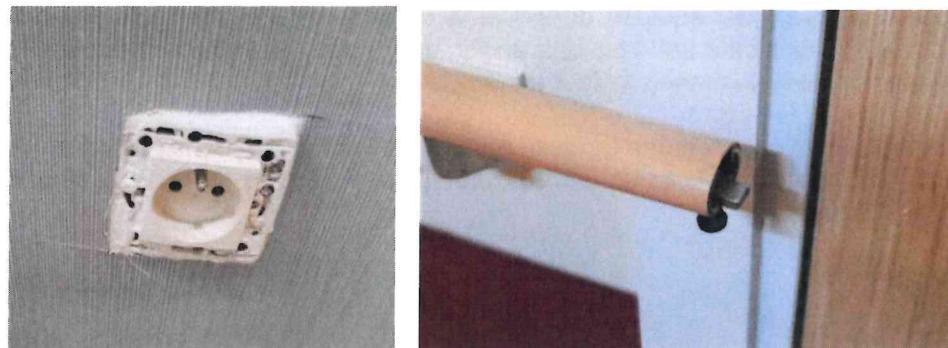
La gestion complète de la restauration et du linge sont gérés dans le bâtiment 35 rue le Brun.

Deux ascenseurs (un grand et un petit) desservent les étages. Il n'a pas été possible à la mission d'inspection de vérifier si le circuit du linge et de l'alimentation sont bien respectés.

Le bio-nettoyage du bâtiment est réalisé en interne par des ASH.

Lors de la visite le 24 novembre, la mission d'inspection a relevé en particulier :

- Des non-conformations liées aux installations (exemples : prises électriques ; barre d'appui et plinthe défectueuses) ; à ce titre, les locaux peuvent présenter un danger pour les résidents et/ou les visiteurs



- Des non-conformités relatives à la mise en place des extincteurs (placard ouvert, emplacement gênant la circulation des personnes, défaut de fixation)



- Des locaux parfois à rénover



- Dans le salon/activités, la salle est réduite et encombrée



- L'escalier de service et la salle de repos du personnel ne sont pas propres

Les plans des locaux du 40 rue le Brun n'ont pas été adressés à la mission.

La configuration des locaux ne permet pas aux familles de disposer d'une pièce dédiée. En revanche, un espace est installé à l'accueil de l'unité classique pour permettre aux familles de se retrouver mais ce lieu manque d'intimité.

L'agencement de l'UVP est inapproprié en lien avec la configuration des locaux.

Ecart n°4 : L'absence de système d'appel malade dans les chambres de l'UVP et les difficultés d'accès aux appels malades dans certaines chambres de l'unité classique, ne permettent pas de garantir la sécurité des résidents et contreviennent aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

III- LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS

A/ Profil des résidents accueillis

Le jour de la visite, 86 résidents étaient présents dans l'établissement (29 à l'UVP et 58 au 35 rue le Brun) ; 2 résidents étaient au titre du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. 24 résidents relevaient de l'aide sociale. La plus jeune des résidentes avait [REDACTED] ans, la doyenne [REDACTED] ans et la moyenne d'âge s'élevait à 87 ans. Parmi les 25 résidents bénéficiant d'une protection juridique (par un tuteur ou la famille) 12 résidaient à l'UVP. Pour 17 résidents le GIR est de 4 à 5 et pour 68 résidents le GIR est de 1 à 3 (25 de l'UVP).

On dénombre, à partir de la liste des sorties des résidents transmis par l'établissement :

- 44 sorties définitives depuis décembre 2021 dont :
 - 15 décès dans l'établissement,
 - 8 décès lors d'une hospitalisation,
 - 10 retour à domicile
 - 11 personnes ont été transférées vers un autre établissement.

Aussi ,19 sorties temporaires pour des raisons d'hospitalisations programmées ou aux urgences ou de convenance personnelle.

B/ Modalités d'accueil et d'accompagnement :

Procédure d'admission :

Le projet d'établissement indique les modalités d'admission du résident. Par ailleurs, les diverses procédures spécifiques sont élaborées par le groupe et retracent les différentes étapes de pré admission et d'admission.

Lors de l'entretien avec la directrice, celle-ci mentionne que : « la visite de pré admission s'organise avec le Médecin coordonnateur ou la psychologue. Le résident et sa famille sont reçus dans l'établissement, mais il est fréquent que les résidents soient vus à l'hôpital [REDACTED] qui procède à de nombreuses orientations. »

La procédure mentionne également que la visite de pré admission est tracée dans le portail DomusVi et dans [REDACTED]. Lors de l'admission, le résident est accueilli par l'IDEC ou une IDE, une aide-soignante référente lui est attribuée. Les familles sont contactées le lendemain pour leur transmettre les premières informations.

Dossiers administratifs des résidents :

La mission a procédé à la vérification de plusieurs dossiers administratifs de résidents. Ils sont entreposés dans une armoire dans le bureau de la Directrice adjointe et sont globalement bien remplis. Le contrat de séjour est systématiquement signé par le résident ou son représentant légal ou accompagnant, la personne de confiance est majoritairement identifiée, aucun élément médical n'a été relevé dans les dossiers examinés. Aucun projet de vie individualisé n'était consigné dans le dossier résident.

Accompagnement des résidents :

Les projets de vie individualisés (PVI) sont supervisés par la psychologue. Le suivi est effectué par un binôme formé entre les 3 professionnels : psychologue / ergothérapeute / psychomotricienne.

La liste des PVI transmise à la mission le jour de l'inspection révèle un retard dans les mises à jour des projets, expliqué par des mouvements des psychologues de l'établissement. Sur les 85 projets, 29 sont à jour, 12 sont des premiers projets à réaliser dans les 6 mois suivants l'entrée du résident, 13 sont en cours et 33 à réactualiser de façon urgente.

La participation des aides-soignants aux projets de vie individualisés est indiquée dans leur fiche de poste et fiche de tâches heures.

Ecart n°5 : certains projets de vie ne sont pas à jour ni signés, ce qui contrevient à l'article 311.3.3 du CASF relatif à l'accompagnement individualisé des résidents.

C/ Conditions d'hébergement, prestations hôtelières :

Animations :

L'équipe d'animation est constituée de 2 animatrices, chacune intervenant dans un des bâtiments auprès de son public dédié. Elles travaillent à temps plein et proposent des animations plusieurs fois par jour tous les jours de la semaine. En l'absence d'une des deux animatrices, les résidents rattachés à celle-ci ne bénéficient pas d'animations.

Les animatrices accueillent des stagiaires. Des partenariats seraient créés avec la Fondation Pompidou dont les bénévoles interviennent pour les travaux manuels et des jeux de société et les bénévoles des [redacted] viennent visiter des résidents. Il semblerait qu'il y ait des contacts avec le conservatoire et une interruption avec l'école du quartier, bien que l'ouverture de la résidence sur l'extérieur via des rencontres intergénérationnelles et l'accueil de bénévoles soit un des axes du projet d'établissement.

La programmation des activités est différente pour l'unité protégée avec des ateliers sensoriels (chant, musique, jardinage, zoothérapie...) et des animations ciblées : notamment « comme à la maison », activité en lien avec la vie quotidienne de la résidence (préparer la table, petite vaisselle à disposition, accompagnement pour courrier ou affichage ...).

Les activités du bâtiment 35 sont diversifiées, 45% des animations sont dédiées aux activités cognitives (jeux de mots, quiz, jeux de société...), des sorties payantes sont organisées (restaurant, atelier des lumières...).

Les week-ends, les aides-soignantes prennent le relai des activités mais les activités manquent de variété (atelier crêpes le dimanche, écoute musicale, activité mandala, activités cognitives, films, karaoké). Le projet d'établissement évoque la mise en place d'animations flash et d'un meuble à tiroirs de rangement contenant du matériel thématique à disposition des soignants afin de proposer des animations courtes et personnalisées.

Le projet d'établissement prévoit des commissions d'animation 2 fois par an. La mission a reçu les compte-rendu de cette commission datés du [REDACTED] pour l'unité protégée, et du [REDACTED] pour l'unité classique.

En 2018, 3 salariés ont suivi une formation sur l'animation en UVp. Au jour de l'inspection, la mission observe que les soignants semblent peu partie prenante aux activités.

Une des animatrices réalise les photos des nouveaux résidents, les animatrices sont informées des habitudes de vie par l'IDEC et complètent leur information par un contact direct avec le résident.

Remarque n°4 : il n'y a pas de relais/remplacement entre les animatrices, les programmations d'animations transmises ne mettent pas en évidence d'activités intergénérationnelles et il ressort des entretiens un sentiment d'isolement de l'équipe d'animation par rapport aux autres professionnels.

D/Respect des droits des résidents

Accès des résidents aux informations réglementaires :

L'équipe d'inspection a vérifié l'affichage des informations réglementaires au sein des locaux.

Les panneaux d'affichage comportent notamment le menu du jour, le programme des activités de la semaine et du jour, des informations sur la programmation de travaux dans la résidence, les tarifs des prestataires coiffeur et esthéticienne.

Les documents suivants sont disponibles à l'accueil dans un lutin ou sur demande : contrat de séjour, règlement intérieur du CVS avec la liste des membres et le dernier compte rendu, le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le projet d'établissement, la fiche de déclaration d'un dysfonctionnement, le protocole de signalement d'un fait de maltraitance, la liste des personnes qualifiées, la liste des praticiens intervenants dans l'établissement. Le numéro ALMA (allo maltraitance des personnes âgées) ainsi que les résultats de l'enquête de satisfaction sont apposés dans le sas d'entrée de l'établissement.

Cependant, la mission d'inspection a constaté que les documents suivants n'étaient pas présents et/ou suffisamment visibles au sein de l'EHPAD :

- Le ou les PV des commissions de restauration ;
- Les menus à jour à afficher non seulement dans les ascenseurs mais aussi dans les étages ; à défaut, seules les personnes prenant les ascenseurs ont connaissance des menus ;
- Les coordonnées de la médecine préventive et de l'inspection du travail.

Le fonctionnement du Conseil de la vie sociale :

Le CVS est mis en place dans l'établissement. Les dernières élections ont eu lieu le [REDACTED]. Il ne s'est tenu qu'une fois en 2021 (le [REDACTED]) et deux fois depuis le début de l'année 2022 (le [REDACTED] et le [REDACTED]). La date du 3ème CVS est fixée au [REDACTED], cependant l'organisation de nouvelles élections pour renouveler les membres représentant les familles et les résidents doit avoir lieu en début d'année 2023.

Il est actuellement composé de :

- 2 représentants collège Résidents
- 1 représentant collège Familles à réélire
- 2 représentants collège Salariés
- 1 représentant organisme gestionnaire

8 familles invitées étaient présentes lors du CVS du [REDACTED] à l'occasion de la présentation des résultats de la commission des menus.

Les comptes rendus sont signés de la directrice et de la représentante des résidents, ils sont affichés dans l'établissement et diffusé avec la newsletter mensuelle.

La mission note l'absence de bilan sur les EIG dans les comptes rendu des CVS en 2021 et 2022.

E/ Evaluation de la qualité de la prise en charge

Démarche d'amélioration de la qualité :

Les établissements du groupe disposent d'une plateforme dans le portail qui permet de s'auto évaluer.

Par ailleurs, un kit plaintes, événements indésirables, inspections, crise élaboré par le groupe DomusVi proposant des procédures, supports, notes et affiches a été transmis à la mission d'inspection.

Une procédure ayant pour objectif d'assurer la qualité et le suivi des réponses apportées, décrit le traitement et l'enregistrement dans le portail du groupe des réclamations, plaintes, et rapports de contrôle.

Gestion des réclamations des résidents et des familles :

Le registre des réclamations à l'attention des familles est situé à l'accueil mais il est peu utilisé, les familles préférant solliciter directement la direction en cas de problème. Si la réclamation est orale, la réponse est transmise à l'oral. Si la demande émane d'un mail, la direction répond par mail ou appelle la famille pour un échange oral. En cas de réclamation écrite, une réponse écrite sera adressée.

Le projet d'établissement prévoit une fois par an l'analyse de toutes les plaintes et réclamations reçues afin d'améliorer les processus internes.

La procédure précise que chaque fiche de dysfonctionnement remontée est étudiée en réunion de COPIL.

Gestion des événements indésirables graves (EIG):

Il existe une procédure pour la déclaration des EIG. Cependant, l'établissement n'a pas remis à la mission le récapitulatif des événements indésirables recensés sur les 3 dernières années précisant les dates, motifs et si déclaration ou non à l'agence régionale de santé (ARS) et à la Ville de Paris, ce qui laisse un doute sur l'effectivité des déclarations.

Il est à noter également que certains EIG ont été déclarés à l'ARS mais pas à la Ville de Paris, autorité de contrôle conjointe.

25/55

Certains salariés ont déclaré ne pas savoir ce qu'était un évènement indésirable, et qu'ils relayaient à leur cadre les réclamations ou les plaintes. La directrice reconnaît qu'un point en réunion d'équipe pluridisciplinaire est nécessaire.

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir à la mission une extraction directe de la déclaration et du suivi des EI/EIG/plaintes, le logiciel ne le permettant pas.

Remarque n°5 : la culture de sensibilisation et de déclaration des EI ou EIG ne semble pas appropriée par les agents alors même qu'une procédure très complète existe.

Ecart n°6 : en ne déclarant pas à toutes les autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF et 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

Enquête de satisfaction :

Chaque semestre, en lien avec le groupe DomusVi l'établissement mène une enquête de satisfaction auprès de ses résidents et des familles. Le tableau des résultats de l'enquête du 1^{er} semestre 2022 est affiché dans le sas d'entrée de la résidence. La mission a reçu l'enquête de satisfaction du dernier semestre 2021.

Le questionnaire porte sur 9 thématiques :

- L'environnement extérieur : espaces verts, espaces de promenade...
- La résidence : facilité à circuler et à se repérer dans la résidence, confort, état de la résidence, propreté, sécurité, décoration...
- La chambre : confort, état, équipements, propreté...
- La restauration : qualité des plats, diversité des plats, horaires des repas, quantité servie, température des plats, goût et saveur des plats
- L'entretien du linge personnel : qualité du nettoyage, délai de récupération
- La qualité des soins : régularité des soins, attention apportée par le personnel lors des soins, respect de l'intimité, délai de réponse aux appels
- La qualité de vie : information apportée sur le fonctionnement de la résidence, prise en compte de l'avis du résident, ambiance de la vie quotidienne, animations, sorties, communication vers le résident et/ou votre famille, amabilité du personnel.

L'aménagement et l'entretien des espaces extérieurs ; l'amabilité du personnel ; les animations et sorties ressortent comme points forts. Les points faibles portent sur les délais de réponse aux appels malade ainsi que divers points de restauration (diversité, goûts, saveurs, présentation des plats...).

Politique de bientraitance et prévention de la maltraitance :

Le projet d'établissement aborde largement le sujet sur le plan de la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance.

Le plan de formation 2018-2022 indique que ● salariés ont bénéficié d'une formation de 14h sur la promotion de la bientraitance en 2020 prodiguée par DomusVi formation et l'ensemble des salariés auraient bénéficié d'une formation interne de 2 heures mais les dates de cette formation ne sont pas communiquées dans le tableau.

Cette dynamique ne semble pas avoir été poursuivie depuis 2020.

Des groupes d'analyse des pratiques ou des réunions thématiques ayant comme objectif la lutte contre la maltraitance, animés par la psychologue sont à rendre plus réguliers.

IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

Selon l'organigramme de l'établissement, l'équipe de soins est composée de :

- Un Médecin coordinateur,
- Une infirmière coordinatrice
- Une psychomotricienne à 0.5 ETP,
- Une psychologue à 0.5 ETP et une deuxième également à 0.5 ETP qui arriverait le 05/12/2022,
- Un ergothérapeute à 0.5 ETP,
- Des infirmiers de jour et de nuit respectivement à 3 ETP pourvus sur 4 et 2 ETP pourvus sur 2,
- Des aides-soignants de jour et de nuit respectivement à 17 ETP prévus sur 20 et 6 ETP prévus sur 6,
- Quatre kinésithérapeutes libéraux,
- Pas d'orthophoniste,
- Pas de diététicienne.

Le PMP validé par l'ARS du 12/12/2019 s'élève à [REDACTED].

Le PMP déclaré dans le RAMA de 2022 est à [REDACTED] en 2021.

Le GMP validé par la Commission Départementale de Coordination Médicale du 12/12/2019 s'élève à [REDACTED].

Le GMP déclaré dans le RAMA de 2022 est de [REDACTED] en 2021.

A/ La continuité des soins

En journée :

En théorie, sont présents par jour :

- Dans le bâtiment 40 UVP :
 - 1 IDE de 7h30 à 19h30
 - AS 1 jour UP = 7h30 à 19h30 : Etage [REDACTED]
 - AS 2 jour UP = 8h à 20h : Etage [REDACTED]
 - AS 3 jour UP = 8h à 20h : Etage [REDACTED]
 - AS 4 jour UP volante = 8h à 20h : Volante

- Dans le bâtiment 35 : EHPAD

- 1 IDE de 8h à 20h
- 1 AS 1 jour = EHPAD → 19h30 à 7h30 : Etage [REDACTED]
- 1 AS 2 jour = EHPAD → 8h à 20h : Etage [REDACTED]
- 1 AS 3 jour = EHPAD → 8h à 20h : Etage [REDACTED]
- 1 AS 4 jour = EHPAD → 7h30 à 19h30 : Etage [REDACTED]
- 1 AS 5 jour = EHPAD → 8h à 20h : Etage [REDACTED]
- 1 AS 6 jour = EHPAD → 8h à 20h : Etage [REDACTED]

Les aides-soignants changent d'étage tous les 6 mois, mais pas de bâtiment.

Lors de l'échange avec les équipes, elles énoncent que trois temps de transmissions orales sont organisés sur la journée :

- Un le matin
- Un le soir
- Un en journée vers 11h45

Un point oral inter-équipe a lieu chaque jour à 11h45 par bâtiment et réunit toutes les AS, l'IDE et par alternance dans les bâtiments, le MEDEC, l'IDEC et l'équipe paramédicale. Ce point est bien formalisé sur les fiches de tâches de chaque professionnel qui y participe : « transmissions orales avec équipe soignante ».

En revanche et à la lecture des fiches de tâches des aides-soignants, cela n'apparaît pas. En effet, les équipes de nuit finissent toutes à 7h30 (« 7h25 en vestiaire pour le changement de tenue ») et les premières équipes du matin arrivent à 7h30 (« badgeage, émargement et habillage jusque 7h45 »). Cela implique qu'il n'y a pas de temps de chevauchement entre les deux équipes, permettant ainsi un temps de transmissions dédié.

Concernant les infirmiers, un temps de transmission orale est prévu entre l'IDE de nuit et celui de jour.

Il existe cependant une incohérence entre les fiches de tâches fournies ainsi que le planning avec les temps de transmission, ce qui peut apporter de la confusion pour les salariés sur les tâches qu'ils doivent réaliser.

En effet, sur la fiche de tâche de l'IDE de jour arrivant à 7h30, il est prévu un temps de transmission orale avec l'IDE de nuit, alors que la fiche de tâche de celle-ci stipule qu'elle quitte son service à 7h30.

Remarque n°6 : aucun temps de transmissions orales n'est prévu entre les AS de jour et de nuit dans leur fiche de tâche et une incohérence existe sur les fiches de tâche des IDE.

A l'arrivée d'un nouveau professionnel, l'IDEC leur fait visiter la résidence, présente l'équipe et, le jour où le professionnel prend son poste, lui crée des codes provisoires type « vacataire 1er étage » par exemple (mais ne signe pas de façon nominative) et une fois en CDI, crée un code à son nom.

La mission s'est interrogée sur la pertinence de ces codes provisoires non nominatifs et non signés par le vacataire afin de retrouver l'auteur de la transmission en cas de besoin.

Mais la personne entendue en entretien a répondu que cela était possible avec les plannings qui sont conservés.

Il existe des référents AS pour accueillir les vacataires et les stagiaires.

Lorsque le professionnel est un professionnel de nuit, il n'y a pas forcément de tuilage de nuit et s'il n'y en pas, l'encadrement prévoit au moins une journée de doublure. Il arrive cependant que cela ne soit pas réalisable, notamment lorsqu'il s'agit de remplacement de dernière minute.

Pour les infirmiers, l'accent est tout de même mis sur le tuilage afin d'assurer la meilleure continuité des soins possibles.

Gestion des urgences en semaine, la nuit, les week-ends :

Il n'y a pas de changement de planning les week-end.

En théorie, sont présents par nuit :

- Dans le bâtiment 40 UVP :
 - 1 IDE → 19h30 à 7h30
 - ➔ Sauf pour les transmissions, la distribution des traitements du soir et les soins techniques qui sont également réalisés dans le bâtiment 35
 - 1 AS UP nuit → 19h30 à 7h30
- Dans le bâtiment 35 : EHPAD
 - 1 AS 1 nuit EHPAD = 19h30 à 7h30
 - 1 AS 2 nuit EHPAD → 19h30 à 7h30

Les infirmiers de nuit sont salariés de l'établissement. Mais il arrive que l'établissement ne trouve pas d'infirmier de nuit.

Lors de l'échange avec le médecin coordonnateur, il explique ne pas être informé de la présence ou non d'un IDE de nuit ce qui démontre un défaut de communication.

Les roulements d'astreinte sont affichés dans le classeur de nuit et à l'accueil.

En l'absence du MEDEC et/ou du médecin traitant, une procédure d'appel au SAMU existe pour la continuité médicale.

B/ La prise en charge gériatrique

La prise en charge nutritionnelle :

Les repas sont servis dans les salles à manger installées dans chaque bâtiment. Certains résidents prennent leur repas en chambre.

Les horaires des repas sont les suivants :

- Vers 8h30 pour le petit déjeuner
- Vers 12h30 pour le déjeuner
- Vers 16h pour la collation de l'après midi
- Vers 18h30 pour le dîner

Les temps de repas dépendent beaucoup du résident mais durent à 45 minutes selon le chef cuisinier.

Les intervalles entre les repas ne respectent pas les recommandations du GEM-RCN, en particulier le jeûne nocturne (intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner) estimé à 12h maximum au vu des horaires du dîner et du petit déjeuner.

Cependant, lors de l'échange avec l'IDEC, elle explique qu'une collation de nuit est organisée à la demande pour les résidents et que les professionnels disposent d'une liste des résidents diabétiques et des résidents déambulants.

Le chef cuisinier confirme cela en expliquant que des madeleines, des jus et des compotes sont systématiquement mis à disposition et distribués à la demande.

Lors de l'observation des repas dans l'unité protégée, la mission a pu constater que certains soignants n'avaient pas une bonne posture pour prévenir les troubles de la déglutition. En effet, pour une résidente présentant a priori des troubles de la déglutition car elle avait de l'eau gélifiée, le soignant l'a aidé à s'alimenter assis sur un tabouret positionné en hauteur par rapport à elle.

La mission a également constaté qu'il y avait très peu d'échanges et de conversation lors des repas en salle à manger de l'UVP. Certaines soignantes ne connaissaient pas le menu car elles ne savaient pas répondre lorsque les résidents demandaient ce qu'il y avait dans l'assiette. Pourtant, la seconde de cuisine est présente afin d'assurer le service dans les assiettes.

Les repas mixés sont répertoriés et préparés par le chef cuisinier.

Concernant le suivi des repas, il est noté dans les transmissions lorsqu'un résident mange ou ne mange pas mais le contrôle pour l'ensemble des résidents devrait être tracé et nous n'avons pas cette traçabilité du suivi des « ingesta » pour les personnes identifiées comme dénutries ou avec des troubles de la déglutition.

Pourtant, dans le RAMA de 2021, il est noté que [redacted] résidents étaient en risque de dénutrition ce qui représentait [redacted] % des résidents de l'établissement.

Remarque n° 7 : La mission n'a pas retrouvé traçabilité des prises de repas pour les personnes identifiées comme dénutries ou avec des troubles de la déglutition.

L'établissement ne dispose pas de diététicienne mais cette compétence est présente au sein des fonctions supports du groupe.

Lors de l'échange avec le médecin coordonnateur, celui-ci explique que la diététicienne du groupe a revu la composition de « l'hyper-protéiné maison » en expliquant que le repas pour tous est plus calorique et plus protéique que la base normale. Pour les résidents dénutris, le groupe a mis en place un protocole de [redacted] afin que les plats demeurent savoureux pour les résidents.

En revanche, il n'existe pas au sein de l'établissement de réunion collégiale sur la nutrition.

Remarque n°8 : La mission constate l'absence de réunion/commission pluridisciplinaire sur les questions de nutrition-dénutrition au sein de l'établissement.

Les pesées des résidents sont réalisées une fois par mois. Pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque, celles-ci sont prescrites par le médecin coordonnateur une fois par semaine. Toutefois il mentionne également que ses consignes ne sont pas toujours suivies. De même, les prescriptions d'albuminémie en général à l'initiative du MEDEC pour évaluer la sévérité de la dénutrition s'il y a lieu sont souvent oubliées. Cependant, la mission constate une amélioration des résultats biologiques d'albuminémie transmis.

Le risque de fausse route :

En ce qui concerne la prise en charge des résidents présentant des troubles de la déglutition, le médecin coordonnateur mentionne qu'une orthophoniste libérale intervient dans l'EHPAD pour le suivi auprès de deux résidents uniquement. Il est également possible que des résidents consultent une orthophoniste dans un cabinet en ville. Le médecin coordonnateur dispose d'une liste de résidents présentant des troubles de la déglutition transmis par une orthophoniste lors de son passage.

Cette organisation ne permet pas une évaluation des troubles de la déglutition lors de chaque arrivée de nouveau résident, ni un suivi rigoureux du nombre de personnes présentant un trouble de la déglutition.

Ecart n°7 : Les difficultés d'évaluation et de suivi des troubles de la déglutition ne garantissent pas la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1^o du CASF.

Au regard du plan de formation, la mission constate que :

- L'adjointe de direction et une aide cuisinière ont été formées en novembre 2018 aux « techniques de cuisines – textures modifiées »
- Deux ASH et une aide cuisinière ont été formés en octobre 2022 aux « techniques de cuisines – textures modifiées »

Cependant, la mission n'est pas en mesure de constater que tous les professionnels en lien avec les textures ont suivi cette formation ou une retranscription de cette formation par leurs collègues formés.

Remarque n°9 : L'ensemble des salariés en lien avec l'aide aux repas n'ont pas reçu de formation sur les troubles de la déglutition et leurs conséquences délétères pour la sécurité des résidents. Les recommandations de bonnes pratiques ne sont donc pas connues/respectées.

La prise en charge bucco-dentaire :

Les soins bucco-dentaires sont réalisés par les AS.

Il n'y a pas de dentiste pouvant intervenir auprès des résidents dans l'établissement. Cependant, le dentiste d'un cabinet dentaire à proximité de l'établissement accepte de recevoir les résidents, dont ceux présentant des troubles du comportement.

L'IDEC explique que la société [redacted] forme les professionnels sur les produits dentaires, les bâtons-bouche, les produits effervescents pour les prothèses, etc. La mission n'a pas retrouvé la traçabilité de ces formations.

Dans les dossiers transmis, la mission n'a pas retrouvé de traçabilité d'évaluation de l'état bucco-dentaire des résidents à leur entrée ou après.

Remarque n°10 : Un bilan initial de l'état buccal du résident n'est pas systématiquement versé au dossier médical du résident à son entrée dans la structure.

Les soins d'hygiène :

Les plans de soin sont présents dans le dossier de soin informatisé et réalisés par les IDE en collaboration avec les AS.

La mission n'a pas eu accès à la traçabilité de l'ensemble des soins d'hygiène.

Les soignants disposent de tablettes permettant d'effectuer les transmissions en direct. Cependant, un dysfonctionnement des tablettes entraîne une ressaisie à distance et donc une déperdition d'information.

Les soignants disposent en complément des plans de soin de fiches de tâches heureuses.

Les changes sont réalisés en début et en fin d'après-midi, et sont inscrits sur la fiche de tâches des soignants. Ils sont tracés sous forme de transmissions le plus souvent ciblées.

La mission s'interroge sur les changes des résidents de l'UVP. En effet, les soignants ont expliqué que l'ensemble des résidents sont descendus au rez-de-chaussée du bâtiment après la toilette du matin et pour toute la journée. Les changes de tous les résidents sont donc réalisés dans les toilettes communes et non dans leur salle de bain respectives. Cela n'est pas ergonomique à la fois pour les résidents et pour les professionnels de soin.

Remarque n°11 : Le changement de protection en journée de la plupart des résidents de l'UVP est réalisé dans les toilettes communes du rez-de-chaussée du bâtiment UVP, ce qui est contraire aux bonnes pratiques en matière d'hygiène et de confort.

Soins des plaies et suivi de la douleur :

Des plans de soin IDE figurent bien dans les dossiers de soin des résidents.

Le suivi de l'état cutané et des plaies est bien réalisé. En revanche, la douleur n'est pas évaluée à la lecture des transmissions et des dossiers. La mission a relevé des transmissions comme « a crié toute la nuit » ou « douleur pendant les soins » sans évaluation de la douleur.

Pourtant, l'établissement dispose de protocoles sur la douleur.

Ecart n°8 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.

Les rougeurs ne sont pas non plus notées alors qu'elles constituent pourtant le stade 1 de l'escarre.

Selon le médecin coordonnateur [REDACTED] résidents présentent chacun une escarre. L'établissement dispose de quelques pansements pour traiter les escarres.

L'établissement dispose de matelas à air, à mémoire de forme, des bouées, des bottes anti escarres.

L'établissement fait appel à l'HAD pour les prises en charge complexes.

Marche et prévention des chutes :

La mission a relevé un nombre élevé de chutes avec la mention « retrouvé (e) au sol », ce qui laisse penser à un défaut de surveillance.

Lors de l'entretien avec l'IDEC, celle-ci explique que les AS réalisent des déclarations de chutes et les analysent avec le médecin coordonnateur, l'ergothérapeute et la psychomotricienne lors de réunion informelle. Cependant, la mission n'a retrouvé aucune analyse des chutes. Le sujet manque de formalisation.

Dans le RAMA 2021, il est pourtant noté que [REDACTED] chutes ont eu lieu sur l'année avec [REDACTED] résidents chuteurs ce qui représente [REDACTED] des résidents de l'établissement.

Un référent prévention des chutes a été nommé au sein de l'équipe soignante.

Lors des chutes, les soignants prennent les paramètres vitaux et les tracent.

Mais il est également souvent noté qu'un « résident est retrouvé à terre », sans précision depuis combien de temps ce résident est au sol car cela n'est pas précisé dans la transmission.

Remarque n° 12 : L'agencement de l'UVP, l'absence de dispositif signalant les chutes et l'absence d'analyse collégiale des chutes sont de nature à mettre en danger les résidents.

Il existe cependant, plusieurs protocoles sur les chutes :



Il ressort des entretiens que l'établissement dispose de bracelets anti-fugue qui déterminent aussi les chutes, mais que peu de résidents en portent réellement.

Les contentions :

La prescription des contentions est réalisée par le médecin coordonnateur le plus souvent.
Au jour de l'inspection, la mission dénombre [redacted] prescriptions de contention :

- [redacted] barrières de lit,
- [redacted] autres contentions dont [redacted] sont des contentions au fauteuil.

Les autres doivent donc être des grenouillères.

La mission s'interroge sur ces prescriptions de grenouillères qui sont nombreuses : [redacted] selon les estimations des prescriptions transmises.

Le médecin coordonnateur indique avoir revu et validé l'ensemble des contentions récemment et avoir effectué des prescriptions pour 6 mois.

Dans le RAMA 2021 il est noté que l'établissement éprouve des difficultés dans le recueil de signature du résident ou de l'ayant droit pour la prescription médicale de contention.

Le médecin coordonnateur note dans ses observations qu'il y a un accord avec la personne mais rien n'est formalisé. Il est également noté qu'un travail d'équipe est réalisé au cas par cas.

Remarque n° 13 : la mission relève que la consultation de la personne de confiance ou l'information de l'ayant droit n'est pas effectué systématiquement en matière de contention.

La mission a retrouvé dans un dossier une transmission rédigée par la directrice de l'établissement concernant la contention d'un résident. Or, le personnel de direction ne doit pas effectuer de transmission dans le dossier de soin ni ordonner une contention, qui est une prérogative du médecin.

Ecart n°9 : La directrice de l'établissement a rédigé une transmission dans le dossier de soin et ordonné une contention pour un résident, ce qui contrevient à l'article L1110-4 du CSP relatif au secret médical.

L'IDEC énonce que la liste des résidents sous contention est présente dans le poste de soin.

Il existe des protocoles contention :



Dans le plan de formation de 2018 à 2022 transmis par l'établissement, il est noté que 38 salariés ont suivi la formation « bonnes pratiques : la contention » mais les dates de suivi de ces formations n'y sont pas précisées.

Calendrier vaccinal :

Le calendrier vaccinal est suivi par le médecin coordonnateur.
Au jour de l'inspection, le programme de vaccination antigrippal était terminé, celui du covid 5ème dose était prévu (vaccins dans le réfrigérateur) mais non débuté.
Le médecin coordonnateur a effectué quelques vaccins contre le tétanos pour les résidents qui n'étaient pas à jour et explique envisager une campagne de vaccination contre le pneumocoque.

Il déclare vérifier que les vaccinations prescrites ont bien été réalisées.

Soins palliatifs :

Les soins palliatifs sont bien suivis.

Des prescriptions de morphines sont réalisées mais la mission s'interroge quant aux évaluations facilitant leur titration.

CF. point 5 « *Soins des plaies et suivi de la douleur* ».

Des liens étroits sont organisés avec l'hospitalisation à domicile (HAD) afin d'assurer la prise en charge de la fin de vie. L'établissement a fourni à la mission une convention signée avec un service d'HAD le [REDACTED].

La PEC de l'urgence :

La mission a constaté que les dossiers de liaison d'urgence (DLU) de chaque résident ne sont pas tous à jour et qu'il n'existe pas de procédure de contrôle et d'actualisation.

Remarque n° 14 : la version papier du DLU utilisée en mode dégradé en cas de non-accès au logiciel NETSoins (ex. panne informatique) n'est pas actualisée pour tous les résidents et ne fait pas l'objet d'un suivi et d'une réactualisation réguliers

Des formations aux gestes d'urgence ont été dispensées en 2022. En effet, dans le plan de formation, il est inscrit que la formation AFGSU de niveau 2 a été réalisée pour 4 ASD du 10 octobre 2022 au 12 octobre 2022.

L'établissement dispose de procédure pour les conduites à tenir en cas d'urgence, rédigées par le groupe.

Elles ont fait l'objet de relecture avec les équipes.

La mission n'a pas retrouvé de convention avec un établissement disposant d'un service d'urgence dans les documents transmis par la direction.

Remarque n°15 : l'absence de convention signée avec un établissement de santé pour la prise en charge des urgences ne permet pas de garantir la continuité dans le parcours de soins des résidents.

Un défibrillateur externe est accessible à l'accueil du bâtiment 35, avec une signalétique conforme aux exigences réglementaires. La mission n'a pas testé son état de fonctionnement.

C/ L'organisation des soins

L'admission :

Durant son entretien, l'IDEC explique donner son avis préalable à l'admission d'un résident, et le présente lors de la réunion pluri-professionnelle avec le médecin coordonnateur et les IDE. Elle est présente lors des visites de préadmission.

Le médecin coordonnateur explique être effectivement consulté en amont de l'admission mais indique ne pas avoir la possibilité de disposer d'un temps spécifique pour des entretiens médicaux individuels lors des visites de pré admission, comme le stipule pourtant la procédure.

Il exprime également être en difficulté avec les délais de réponse qui lui sont demandés pour donner son avis sur les admissions.

Il souligne également les soins des résidents relevant du dispositif d'hébergement temporaire comme « *trop lourds* ».

Remarque n°16 : il existe un écart entre le déroulé de la visite de préadmission décrit dans la procédure transmise et la réalité (temps médical propre).

Le médecin coordonnateur réalise des examens cliniques à l'entrée de chaque nouveau résident.

La mission a retrouvé beaucoup de traçabilité du médecin coordonnateur et celle-ci est conforme aux bonnes pratiques gériatriques. L'importance de cette traçabilité met en évidence qu'il consacre beaucoup de temps de médecin prescripteur au détriment du temps médecin coordonnateur.

La mission relève un point d'attention : lorsque le médecin coordonnateur effectue ses transmissions, il est noté « Madame » et non « Docteur ». L'établissement doit se montrer plus rigoureux dans la gestion des identifiants [REDACTED].

Le dossier de soins :

Les données du dossier sont saisies sur [REDACTED] : anciennes ordonnances, dossier d'admission, compte-rendu, etc.

Le médecin coordonnateur renseigne les antécédents, les pathologies, les traitements.

La composante papier des dossiers médicaux est rangée sous forme de classeurs (un classeur par résident) au sein d'une armoire située dans chacun des postes de soins de la résidence. Ces armoires ne sont pas fermées à clé. Le personnel soignant et le personnel de nettoyage ont donc potentiellement accès à ces informations médicales.

Ecart n°10 : l'accès aux dossiers des résidents en version papier non sécurisé ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents prévus à l'article L311-3 du CASF et contrevient aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP

Concernant l'accès à la composante informatisée du dossier de soins sur Netsoin, chaque agent titulaire dispose d'un code d'accès qui lui est propre et, en fonction de sa catégorie professionnelle, gère le niveau accès, en lecture et en écriture, à certaines informations.

Les précautions pour une prise en charge médicale optimale du résident sont notées dans les dossiers de soin par le médecin, ainsi que le risque de fausse route. L'absence d'allergie n'est pas notée.

La mission n'a pas retrouvé d'évaluation multidimensionnelle (douleur risque – équilibre – repérage des fausses routes, etc.) dans les dossiers de soin.

Ecart n° 11 : l'évaluation multidimensionnelle n'est pas réalisée systématiquement (missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF)

Les temps d'échange et formations internes :

Le médecin coordonnateur a indiqué réaliser des formations en interne aux soignants sur les troubles du comportement et la grille AGGIR. D'autres formations sur les soins palliatifs étaient prévues mais ont dû être reportées.

Ces temps de formations durent entre 30 et 45 minutes. Une feuille d'émargement est mise en place mais il n'existe pas de compte-rendu ni de support mis à disposition par la suite.

Il a indiqué qu'il aimeraient en faire plus mais que la gestion des priorités l'a contraint à faire des choix, et notamment celui de l'organisation de la continuité des soins (synthèses médicales, suivi des résidents, courriers et échanges téléphoniques avec le réseau de médecins partenaires).

L'IDEC explique avoir institué un système de « référent » pour les IDE, afin qu'elles puissent former les soignants dans les domaines suivants : soin d'hygiène, lavage de main, les protocoles, les chariots d'urgence, l'inventaire des médicaments.

Elle suit elle-même les formations suivantes : campagne vaccinale, escarre, pansement et transmet ensuite ce qu'elle apprend lors de ses propres formations.

Elle a commencé à mettre en place des feuilles d'émargement quelques mois auparavant, mais pas de compte-rendu ni de support de formation.

Des attestations de formation sont fournies au personnel dans le cadre des formations en externe.

Les médecins traitants :

Pour les 86 résidents présents le jour de l'inspection, 4 médecins libéraux de ville assurent le suivi d'environ [REDACTED] résidents. Les autres résidents [REDACTED] sont suivis par le médecin coordonnateur car ils n'ont pas de médecin traitant.

Cela représente environ [REDACTED] de résidents sans médecin traitant.

Le médecin coordonnateur est donc prescripteur pour [REDACTED] résidents ne disposant pas de médecin traitant. Cela ne s'inscrit pas dans une mission de médecin prescripteur qui pourrait être supplémentaire et ferait l'objet d'un contrat-type, prévu dans l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010. Cela empiète sur ses missions de coordination.

Remarque n°17 : Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant et, de ce fait, le médecin coordonnateur est contraint d'assurer le suivi médical d'au moins 10 résidents, sur son mi-temps de médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur manque donc de temps pour travailler davantage avec le pharmacien et les médecins traitants. Cependant, ils sont informés des éventuelles prescriptions réalisées et/ou modifiées par le MEDEC.

La mission a repéré quelques traçabilités de médecins traitants dans le logiciel de soins mais cela n'est pas fait par l'ensemble des médecins traitants intervenants.

La traçabilité du suivi médical de chaque résident disposant d'un médecin traitant dépend de ce dernier.

La télé santé :

Il n'y a pas d'organisation de télé santé dans l'établissement, mais le MEDEC et l'IDEC se disent intéressés et ont pris contact pour une mise en place.

Compte tenu de la situation de tension en ressource médicale, il est indiqué que la mise en place de la télé santé serait bénéfique pour faciliter l'accès aux soins et le suivi des résidents, et limiter les recours aux urgences.

Partenariats avec les acteurs de soins :

L'établissement a remis à la mission :

- Le dernier compte-rendu de la dernière commission gériatrique qui s'est tenue en juin 2022, ainsi que les convocations associées.
- Les conventions avec les établissements et services suivants :
 - o Avenant à la convention avec l'équipe mobile gériatrique externe (EMGE) de la [REDACTED] en date du [REDACTED],
 - o Convention avec l'HAD [REDACTED] en date du 1 [REDACTED],
 - o Convention avec l'HAD de [REDACTED] en date du [REDACTED],
 - o Convention avec l'HAD la [REDACTED] en date du [REDACTED],
 - o Convention avec le [REDACTED] en date du [REDACTED],
 - o Convention avec le réseau de soins palliatifs [REDACTED] en date du [REDACTED],
 - o Convention avec officine de proximité en date du [REDACTED],
 - o Conventions avec les 4 kinésithérapeutes intervenants au sein de la structure.

La présence de sollicitation de l'HAD et de l'EMGE dans les dossiers de soins confirme à la mission que le partenariat est effectif.

Dans le RAMA 2021, il est noté les sollicitations suivantes :

- 4 sollicitations sur l'année pour intervention de l'EMGE,
- 4 sollicitations sur l'année pour intervention de l'équipe mobile de psychiatrie de l'ASM13
 - ➔ Cette convention n'a pas été transmise à la mission.
 - ➔ La mission n'a pas retrouvé de consultation de psychiatrie dans les dossiers transmis.
 - ➔ Des évaluations sont réalisées avec la psychologue.
- 2 sollicitations sur l'année pour intervention de l'HAD,
- 3 sollicitations sur l'année pour intervention de l'EMSP,

Le médecin coordonnateur a évoqué le passage du laboratoire trois fois par semaine, mais aucune convention n'a été retrouvée.

Remarque n°18 : de nombreux partenariats existent au sein de l'établissement mais ne sont pas tous formalisés par des conventions. Certains partenaires ne réalisent pas ou ne fournissent pas de traçabilité de leurs interventions.

Rapport d'activité médicale :

L'établissement a bien remis à la mission le dernier RAMA de 2021 signé le 17 juin 2022. Il est conforme aux exigences réglementaires du rapport d'activité médicale.

Projet de soin de l'établissement :

La mission a pu prendre connaissance du projet d'établissement (2020-2025) dans lequel se trouve une importante partie soin : de la page 37 à la page 61.

Néanmoins, la mission constate que le projet de soin est plutôt générique, peu spécifique à l'EHPAD et nécessiterait d'être personnalisé pour s'adapter aux spécificités de l'établissement.

Pour exemple, beaucoup de tests sur la prévention des escarres, des chutes, ou sur la prise en compte de la douleur ne ressortent pas dans les transmissions consultées par la mission.

Dans le projet de soin, il est également noté que la résidence accueille une équipe de 5 kinés cependant les personnes entendues en entretien évoquent un nombre de 4, ce qui semble confirmé par les conventions signées transmises à la mission.

D/ Les locaux de soins et le circuit du médicament

Le poste de soins :

Chaque bâtiment dispose d'un poste de soin donc 2 postes de soin au total au sein de la résidence.

L'UVP dispose d'un poste de soin autonome.

Les locaux de soin sont propres et entretenus.

Une paillasse est disponible pour la préparation des soins.

Des collecteurs DASRI et OPCT sont présents dans le poste de soins. Les collecteurs ouverts comportent la mention de la date de mise en service.

La pharmacie est stockée dans les postes de soins.

La mallette d'urgence est disponible sous la forme d'un chariot d'urgence. Une liste du contenu est présente et disposée dans un classeur. Il est vérifié après chaque utilisation.

La mission n'a pas constaté la présence d'un obus d'oxygène.

Remarque n° 19 : l'établissement ne dispose pas d'obus d'oxygène avec le chariot d'urgence.

Le circuit du médicament :

Selon les données du RAMA 2021 et 2020, l'établissement n'a pas réalisé d'autodiagnostic du circuit du médicament sur ces deux dernières années. Mais il indique que ce dernier est informatisé depuis 2010.

Dans le RAMA 2021, il est inscrit que l'établissement dispose d'une préférentielle de médicaments datant de 2014.

Il est également mentionné que des actions de prévention de l'iatrogénie ont été menées dans l'année.

Préparation des doses à administrer :

L'établissement a transmis une convention avec une officine de ville. Cependant, cette convention n'est pas signée par la pharmacie mais uniquement par l'établissement. Elle est datée du [REDACTED]. Or, il y est stipulé que « *le présent contrat est conclu pour une durée initiale de 3 années et prend effet à compter de sa date de signature* ». Ce document à ce jour est donc caduc et nécessite une mise à jour.

Selon les éléments transmis par l'établissement, depuis la signature de la convention, il n'y a pas eu de réunion d'évaluation de cette dernière.

Cependant lors de l'entretien avec l'IDEC, elle indique à la mission échanger régulièrement avec le pharmacien car elle se rend souvent à l'officine. Elle explique également qu'il est difficile d'organiser des réunions formalisées avec l'équipe de la pharmacie, qui ne vient pas aux commissions de coordination gériatrique (CCG).

Les doses à administrer (PDA) sont gérées par la pharmacie comme il est inscrit dans la convention. Elle utilise un robot de production. Le système utilisé est le [REDACTED] plus communément appelé Escargot.

Ecart n° 12 : l'établissement ne dispose pas d'une convention avec une officine partenaire à jour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 5126-6-1 du CSP.

Livraison-stockage :

Les ordonnances arrivent par mail à la pharmacie.

Les livraisons de produits de santé sont hebdomadaires. En outre, une livraison supplémentaire peut être prévue si besoin.

Les médicaments sont livrés ensachés par la pharmacie.

Les médicaments ensachés et hors piluliers en cours d'utilisation sont stockés dans les chariots de distribution, fermés par un code, de chaque poste de soin du bâtiment correspondant. Il y a un chariot pour les étages 1, 2 et 3 et un chariot pour les étages 4, 5 et 6.

Le stock hors piluliers en attente d'utilisation est rangé en hauteur sur des étagères. Les traitements d'avance identifiés par résidents sont dans des casiers nominatifs avec le numéro de la chambre. Certains casiers comportent le prénom du résident mais ce n'est pas le cas de tous. En outre, ils ne comportent ni la date de naissance ni la photo de la personne.

Remarque n° 20 : En ne garantissant pas une identitovigilance de qualité, la sécurité des résidents dans le circuit du médicament n'est pas assurée.

Certains traitements comme les laxatifs, l'acide salicylique ou les produits parapharmaceutiques sont délivrés en dotation selon les besoins de l'établissement. Ils sont donc stockés également sur des étagères en hauteur mais en dehors des casiers des résidents.

Les médicaments destinés à la distribution de la semaine sont disposés dans les tiroirs du chariot à médicaments dans des casiers individuels.

La mission a noté la présence, dans le chariot de distribution des médicaments, de flacons dont la date d'ouverture n'était pas indiquée et de flacons avec une date de péremption dépassée.

Le stock tampon :

Le stock tampon est rangé dans l'infirmérie de chaque bâtiment.

Il existe une liste et donc un stock de « dotation pour besoin urgent » accompagné d'une procédure datant du 19 août 2011 et modifiée le 03 août 2018. Sur la liste de ces traitements et dispositifs, il y a un tableau avec une vérification annuelle à tracer. Seul le mois de mars est noté comme vérifié.

Sur une autre feuille de traçabilité de ce stock, la mission a pu remarquer qu'à la date de visite le 24 novembre 2022, ce stock n'a pas été vérifié ni sur le mois d'octobre ni sur le mois de novembre. Sur cette feuille de traçabilité, il est noté que la vérification est trimestrielle, sur l'année 2022, tous les mois (exceptés ceux cités précédemment) ont fait l'objet d'une vérification.

De plus, dans la liste des dispositifs médicaux, certains ont des dates de péremption dépassées :

- Sutures adhésives : [REDACTED]
- Epicrâniennes : [REDACTED]
- Aiguilles IM : [REDACTED]
- Aiguilles pompeuses : [REDACTED]
- Sets pansements : [REDACTED]

Bien qu'il ne s'agisse pas de traitement à administrer, il est indispensable que le matériel pour besoins urgents dispose de date de péremption à jour et soit remplacé dans le cas contraire.

Par ailleurs, des thérapeutiques à administrer de ce stock ont également des dates de péremption dépassées :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Il est impératif que ce stock soit tenu à jour de façon rigoureuse et régulière afin d'éviter toute administration de traitements périmés en cas de besoin urgent.

Ecart n°13 : Des flacons de médicaments ouverts sans indication de date d'ouverture et/ou date de péremption et la présence de médicaments périmés au sein du stock tampon constituent un risque pour la sécurité des résidents (L.311-3 du CASF).

Les toxiques :

L'accès au coffre à stupéfiants scellé au mur est sécurisé et accessible via une serrure dont chaque clé est conservée dans le poste de soin au sein d'un mini-coffre à code, dont seules les IDE et normalement la cadre de santé ont connaissance. Cependant, le jour de l'inspection, la cadre a dû appeler l'IDE du jour pour obtenir le code.

La mission a constaté que l'IDEC n'a pas connaissance du code de cette boîte à clé.

Le coffre est propre et il y a seulement des traitements stupéfiants à l'intérieur.

La traçabilité papier du coffre à stupéfiant est bien réalisée.

En revanche, un traitement ([REDACTED]) est présent et non identifié. La mission remarque que l'étiquette (probablement le nom du résident) est déchirée. Il est impératif que tous les traitements du coffre soient bien identifiés. S'il n'est pas utilisé, le thérapeutique doit faire l'objet d'un retour à la pharmacie.

Le report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants est bien réalisé.

La récupération des médicaments prescrits et non utilisés en vue de leur destruction devrait être organisée pour tous les stupéfiants. Or, la boite d'_____ énoncée ci-dessus, montre que cette procédure n'est pas toujours réalisée.

Distribution et administration :

Au regard de la population accueillie, il est constaté que très peu de résidents sont autonomes pour la prise de leur traitement médicamenteux.

Lors de l'échange avec l'IDEC, elle indique à la mission que l'IDE est toujours présent pour distribuer les médicaments. Lorsqu'un AS est amené à effectuer cette tâche, cela se fait par délégation et cela est noté dans le protocole.

Durant la nuit, lorsqu'il n'y a pas d'IDE, les AS distribuent les traitements et peuvent se référer au protocole contenant les plans d'administration et les prescriptions médicales.

Des tablettes _____ sont à disposition afin d'effectuer une traçabilité en direct. Cependant, comme énoncé précédemment, ces outils dysfonctionnent, ce qui entraîne une traçabilité en différée.

Les chariots de médicaments sont conformes aux exigences réglementaires.

L'enregistrement de l'administration ou la non administration des médicaments (notamment des médicaments prescrits "si besoin") n'a pas été retrouvé dans l'échantillon de dossiers transmis à la mission.

Il n'a pas été remis à la mission de procédure de délégation de distribution des médicaments par les AS de jour comme de nuit. Dans les fiches de poste de ces professionnels il est noté « *Aider, si nécessaire, à la prise des médicaments sous formes orales sèches en concordance avec la prescription médicale et sous la responsabilité de l'infirmière* ». Cependant, cela ne vaut pas délégation de cet acte.

La mission a pu observer que lors du repas du midi, l'IDE s'occupe de la distribution des traitements.

V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E 1	<i>Des salariés sont affectés à des tâches d'aide-soignant sans savoir la qualification requise, ce qui contrevient à l'article L4391-1 du Code de la Santé Publique (CSP).</i>
E 2	<i>En affectant à des postes de soins des personnels qui n'en ont pas la qualification, l'établissement met en péril la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF.</i>
E 3	<i>L'équipe d'inspection a constaté l'état dégradé/non entretenu des installations, du bâti et des conditions d'accueil des résidents (article L 311-3-1 du CASF) et des salariés qui ne permet pas d'assurer la sécurité des personnes.</i>
E 4	<i>L'absence de système d'appel malade dans les chambres de l'UVP et les difficultés d'accès aux appels malades dans certaines chambres de l'unité classique, ne permettent pas de garantir la sécurité des résidents et contreviennent aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</i>
E 5	<i>Certains projets de vie ne sont pas à jour ni signés, ce qui contrevient à l'article 311.3.3 du CASF relatif à l'accompagnement individualisé des résidents.</i>
E 6	<i>En ne déclarant pas à toutes les autorités administratives compétentes la totalité des dysfonctionnements graves, l'établissement contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF et 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</i>
E 7	<i>Les difficultés d'évaluation et de suivi des troubles de la déglutition ne garantissent pas la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.</i>
E 8	<i>L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP.</i>
E 9	<i>La directrice de l'établissement a rédigé une transmission dans un dossier de soin et ordonné une contention pour un résident, ce qui contrevient à l'article L1110-4 du CSP relatif au secret médical.</i>
E 10	<i>L'accès aux dossiers des résidents en version papier non sécurisé ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents prévus à l'article L311-3 du CASF et contrevient aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP</i>
E 11	<i>L'évaluation multidimensionnelle n'est pas réalisée systématiquement (missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF)</i>
E 12	<i>L'établissement ne dispose pas d'une convention avec une officine partenaire à jour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 5126-6-1 du CSP.</i>
E 13	<i>Des flacons de médicaments ouverts sans indication de date d'ouverture et/ou date de péremption et la présence de médicaments périmés au sein du stock tampon constituent un risque pour la sécurité des résidents (L.311-3 du CASF).</i>

N°	Liste des remarques formulées par la mission
R 1	<i>Le glissement de tâche des ASH exerçant certaines missions d'aide-soignant est acté par la rédaction de fiches de poste spécifiques, mention reprise dans les contrats de travail, et légitime une pratique illégale.</i>
R 2	<i>L'organisation des ressources humaines de l'UVP ne permet pas aux résidents de chaque étage d'avoir en permanence un soignant présent pour répondre à leurs besoins et assurer leur sécurité.</i>
R 3	<i>Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.</i>
R 4	<i>Il n'y a pas de relais/remplacement entre les animatrices, les programmations d'animations transmises ne mettent pas en évidence d'activités intergénérationnelles et il ressort des entretiens un sentiment d'isolement de l'équipe d'animation par rapport aux autres professionnels.</i>
R 5	<i>La culture de sensibilisation et de déclaration des EI ou EIG ne semble pas appropriée par les agents alors même qu'une procédure très complète existe.</i>
R 6	<i>Aucun temps de transmissions orales n'est prévu entre les AS de jour et de nuit dans leur fiche de tâche et une incohérence existe sur les fiches de tâche des IDE.</i>
R 7	<i>La mission n'a pas retrouvé traçabilité des prises de repas pour les personnes identifiées comme dénutries ou avec des troubles de la déglutition.</i>
R 8	<i>La mission constate l'absence de réunion/commission pluridisciplinaire sur les questions de nutrition-dénutrition au sein de l'établissement.</i>
R 9	<i>L'ensemble des salariés en lien avec l'aide aux repas n'ont pas reçu de formation sur les troubles de la déglutition et leurs conséquences délétères pour la sécurité des résidents. Les recommandations de bonnes pratiques ne sont donc pas connues/respectées.</i>
R 10	<i>Un bilan initial de l'état buccal du résident n'est pas systématiquement versé au dossier médical du résident à son entrée dans la structure.</i>
R 11	<i>Le changement de protection en journée de la plupart des résidents de l'UVP est réalisé dans les toilettes communes du rez-de-chaussée du bâtiment UVP, ce qui est contraire aux bonnes pratiques en matière d'hygiène et de confort.</i>
R 12	<i>L'agencement de l'UVP, l'absence de dispositif signalant les chutes et l'absence d'analyse collégiale des chutes sont de nature à mettre en danger les résidents.</i>
R 13	<i>La mission relève que la consultation de la personne de confiance ou l'information de l'ayant droit n'est pas effectué systématiquement en matière de contention.</i>
R 14	<i>La version papier du DLU utilisée en mode dégradé en cas de non-accès au logiciel NETSoins (ex. panne informatique) n'est pas actualisée pour tous les résidents et ne fait pas l'objet d'un suivi et d'une réactualisation réguliers</i>
R 15	<i>L'absence de convention signée avec un établissement de santé pour la prise en charge des urgences ne permet pas de garantir la continuité dans le parcours de soins des résidents.</i>
R 16	<i>Il existe un écart entre le déroulé de la visite de préadmission décrit dans la procédure transmise et la réalité (temps médical propre).</i>
R17	<i>Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant et, de ce fait, le médecin coordonnateur est contraint d'assurer le suivi médical d'au moins 10 résidents, sur son mi-temps de médecin coordonnateur.</i>
R 18	<i>De nombreux partenariats existent au sein de l'établissement mais ne sont pas tous formalisés par des conventions. Certains partenaires ne réalisent pas ou ne fournissent pas de traçabilité de leurs interventions.</i>
R 19	<i>L'établissement ne dispose pas d'obus à oxygène avec le chariot d'urgence.</i>
R 20	<i>En ne garantissant pas une identitovigilance de qualité, la sécurité des résidents dans le circuit du médicament n'est pas assurée.</i>

VI – CONCLUSION

L'inspection s'est déroulée dans de bonnes conditions et la mission a pu consulter un grand nombre de documents et réaliser plusieurs entretiens avec les personnels de l'EHPAD. La directrice, normalement en repos ce jour-là, s'est rendue disponible pour l'inspection.

Il ressort de cette inspection et des différents entretiens que l'ambiance de travail et les relations entre les professionnels semble plutôt sereine et bienveillante.

La directrice, arrivée assez récemment dans l'établissement, a fait part à la mission d'inspection de plusieurs projets pour améliorer les espaces et l'accompagnement des résidents : transfert de places dans un autre EHPAD pour récupérer de l'espace, travaux dans le bâtiment de l'UVP, projet Montessori. Ceci s'inscrit dans une démarche positive d'amélioration de la qualité des conditions d'accompagnement des résidents.

Néanmoins, le jour de l'inspection, la mission a relevé un certain nombre d'écart à la réglementation et de remarques sur le fonctionnement de l'établissement, notamment concernant la sécurité générale des résidents.

Ces écarts et remarques, explicités tout au long du rapport, et récapitulés à la fin de ce rapport, donneront lieu à des injonctions, prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité avec la réglementation et de rectifier certains modes de fonctionnement qui ne permettent pas une prise en charge de qualité et une sécurité optimale pour les résidents.

Fait à Saint Denis, le 30 janvier 2023

Candie SOLLE Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile-de-France	Cassandra ROCHETTE Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Dominique GRUJARD Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris
		

VII – LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AGIR :
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
ASD : Aide-soignant diplômé
ASH : Agent de service hôtelier
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
COPIL : Comité de pilotage
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPA : Code des relations entre le public et l'administration
CRJ : Coût repas jour
CSE : Comité social et économique
CSP : Code de la santé publique
CVS : Conseil de la vie sociale
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
EMGE : l'Equipe mobile gériatrique externe
ERRD : état réalisé des dépenses et des recettes
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
OPCT : Objets piquants coupants tranchants
PDA : Préparation des doses à administrer
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
RAMA : Rapport d'activité médicale annuel
UVP : Unité de vie protégée

VIII – ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission



Direction de l'Autonomie
Agence régionale de santé Île-de-France

Sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par : Candie SOLLE
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]

Madame Candie SOLLE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France

Docteur Martine LE NOC SOUDANI, conseiller médical, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France

Madame Angélique VARLET, attachée d'administration de l'Etat, Direction de l'Autonomie, ARS Île-de-France

Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Saint-Denis, le 17 novembre 2022

Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS.

Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et/ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence les Gobelins (FINESS géographique 750040148) située au 35 rue le Brun à 75013 PARIS, géré par le groupe DOMUSVI, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

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), prendra en compte prioritairement les axes suivants :

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tel. 01 44 02 00 00
[REDACTED]

- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins ;
- La gestion des ressources humaines et la gouvernance ;
- Les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan de la dépendance et de la qualité des prestations hôtelières et d'animation.

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence régionale de santé Île-de-France :

- Madame Candie SOLLE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission d'inspection, Direction de l'Autonomie ;
- Docteur Martine LE NOC Soudani, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie ;
- Madame Angélique VARLET, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Direction de l'Autonomie.

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Dominique GRUJARD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- Madame Cassandra ROCHELLE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **24 novembre 2022 à 8h30**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du Code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France et, par délégation la Directrice de
l'Autonomie

Isabelle BILGER

Pour la Maire de Paris et par délégation,

Servanne JOURDY
Adjointe de la sous-directrice de l'Autonomie
Direction des Solidarités

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

Date : 24 novembre 2022
EHPAD Résidence les Gobelins

Liste des documents consultés

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
A	<i>Liste nominative des résidents</i> par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	1 copie + sur clef USB	X	
B	<i>Liste nominative des professionnels</i> intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (<u>format EXCEL</u> et non pdf)	1 copie + sur clef USB	X	
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clef USB	X	
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clef USB	X	
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clef USB	X	
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clef USB	X	
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clef USB	Plan du 35 rue le Brun consulté, le plan du 40 rue le Brun n'a pas été fourni	
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	Pas d'extraction possible du logiciel, document Excel remis à la mission d'inspection	

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	X	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MEDEC, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB	X	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	X	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Non concerné	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	X	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	X	
7	Planning des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Clé USB	X	
8	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	X	
9	Compte-rendu des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	X	
10	Compte-rendu des CODIR avec l'OG réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	CR n'existent pas	
11	CR des réunions d'équipes	Clé USB	X	
12	Projet d'établissement	Clé USB	X	
13	Projet de soins		X	
14	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	X	
15	Rapport financier et d'activité détaillé du directeur pour l'EPRD 2022 et l'ERRD 2021 (Art R . 314-232 CASF)	Clé USB	X	
16	Bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD du mois M-1 et M	Clé USB	Non fournis	
17	Liste nominative des personnels <u>CDD en 2021 et janvier à octobre 2022</u>	Clé USB	X	
18	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (<i>tableau Excel et non pdf</i>)	Clé USB	X	
19	Extraction <u>sous fichier Excel</u> du Registre unique du personnel	Clé USB	X	
20	Plannings des équipes de soins jour/nuit et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	X	

21	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	X Attestations non fournies	
22	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	X	
23	Dossiers RH des salariés	Consultation	X	
24	Les fiches de tâches heurees et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	X	
25	Les conventions de stage des élèves stagiaires présents le jour de la visite d'inspection	Clé USB	/	
26	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	Non consultés	
27	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	Non consultés	
28	Procédure d'accueil du nouveau salarié	Clé USB	X	
29	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	X	
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
30	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	Clé USB	X	
31	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	X	
32	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	X	
33	Récapitulatif des évènements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	Pas d'extraction possible du logiciel, tableau Excel transmis	
34	Protocole de signalement des évènements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	X	
35	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	X	
36	CR des réunions avec les familles 2021/2022	Clé USB	CR CVS	
37	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022) ;	Clé USB	X	
38	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	X	
39	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation		
40	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	X	
41	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	X	

III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante			
42	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	X
43	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	X
44	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	X
45	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	X
46	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	X
47	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	X
48	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de hospitalisation à domicile (HAD)	Clé USB	X
49	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	X
50	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Clé USB	X
51	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : admission, chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	X
52	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	X
53	Nombre de chutes répertoriées, année 2021 et de janvier à octobre 2022	Clé USB	X
54	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)	Clé USB	X
55	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	X
56	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	X
57	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	X
58	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	X
59	Liste des résidents sortis depuis décembre 2021	Clé USB	X
60	La synthèse nutritionnelle sur 5 semaines en remplissant le tableau joint appelé Nutrition Synthèse Modèle. Les menus des mois d'août, septembre et octobre 2022	Clé USB	X

61	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des évènements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	X	
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins				
62	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB		
63	Factures 2020 et 2021 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	X	

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

- La directrice
- Le médecin coordonnateur
- L'IDEC
- Le chef cuisinier
- L'animatrice
- Une aide-soignante
- Une ASH
- Un résident de l'EHPAD
- La fille d'une résidente