



*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**ARS Île-de-France**

**Inspection sur place  
2023-08-08**

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

**Résidence Les Deux Moulins  
11, rue des Moulins. 77122 Monthyon**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

## **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
E1	L'organisme gestionnaire n'a pas mis en œuvre le travail d'élaboration du projet d'établissement, contrairement aux engagement pris en 2022, alors que l'établissement n'a plus de projet d'établissement valide depuis 2020, ce qui contrevient aux articles L. 311-8, D311-38, D312-158 1° et D312-160 du CASF.
E2	Le ratio de présence du MedCo, à hauteur de █ ETP, n'est pas conforme à la réglementation (D.312-156 du CASF) qui prévoit un ratio de 0,4 ETP. Un ratio insuffisant de présence du MedCo est susceptible d'affecter la qualité de réalisation de ses missions de coordination et notamment : - l'émission d'un avis médical sur les demandes d'admission ; - la réalisation d'une évaluation gériatrique des résidents, notamment lors de leur admission ; - la mise en œuvre de bonnes pratiques gériatriques et de prescription.... Ce qui ne permet pas de garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé, d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible et contrevient aux articles D312-155-0, D 312-156, D312-157, D312-158, L313-12 du CASF et L1110-1 du CSP.
E3	L'EHPAD n'a pas commencé à mettre en œuvre le programme qu'il avait annoncé à l'ARS dans le cadre de la procédure contradictoire afin de réaliser les projets d'accueil personnalisés des résidents. Il ne sera donc pas en mesure de respecter la réglementation en matière de personnalisation de la prise en charge des résidents à l'échéance de la prescription (Réf. : articles L311-3 3° et D312.155.0 3°du CASF).
E4	L'établissement ne dispose pas d'un conseil de vie social conforme aux articles L311-6, D311-3 à D311-20 du CASF, à la fois en termes de nombre de réunions, de nombre et de catégorie des membres élus, d'absence de règlement intérieur et de non-présentation de certaines thématiques lors des réunions.
E5	L'établissement et l'organisme gestionnaire n'ont pas mené à son terme la démarche de conventionnement avec un établissement ou service d'HAD demandée lors de l'inspection du 25 aout 2022 ; de ce fait la convention n'est pas valide, ce qui contrevient à l'article D. 312-155-3 al 10 du CASF.
E6	L'établissement n'a pas signé de contrat avec chaque professionnel libéral intervenant dans l'établissement et ne peux garantir les modalités

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	d'intervention, la transmission d'informations, les modalités de coordination des soins avec le médecin coordonnateur de l'établissement ni la formation continue du professionnel, ce qui contrevient aux articles L314-12, R313-30-1 du CASF et à l'arrêté du 30 décembre 2010 modifié par décision du Conseil d'Etat le 20 mars 2013.
E7	En l'absence de vérification systématique des diplômes des soignants, de l'inscription des IDE à leur ordre professionnel et des aptitudes judiciaires des salariés à exercer dans un EHPAD, l'organisme gestionnaire et l'établissement ne peuvent garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents et contreviennent aux articles L4311-1 à 3, L4311-15 et L4312-1, L4391-1 à 6 du CSP et D451-8 à 104, L311-3, L.133-6 et D312-155, 2°du CASF.
E8	Au jour de l'inspection, l'EHPAD ne dispose pas de RAMA pour l'année 2022. Réf. : Article D. 312-155-3 al 9 du CASF ; Article D312-158 – 10° du CASF
E9	La réflexion sur le bilan gérontologique d'admission n'est pas aboutie ni traduite de manière formelle sous forme de protocole. La liste des évaluations à réaliser a minima, le rôle de chaque soignant, médecin ou paramédical et les modalités de traçabilité ne sont pas définis. Ce mode de fonctionnement ne respecte pas l'article D312-158 2° du CASF .
E10	Les responsables de l'EHPAD ne se sont toujours pas engagés dans la recherche active d'un(e) psychologue pour le suivi des résidents qui le nécessitent, ce qui affecte la qualité de leur prise en charge et contrevient à l'article L311-3 du CASF. L'EHPAD n'a aucunement respecté ses engagements sur ce thème suite à l'inspection de 2022.
E11	Les contentions ne sont pas toutes prescrites. Les prescriptions ne respectent pas les bonnes pratiques. Aucune analyse bénéfice/risque de la contention et aucun suivi des contentions ne sont mis en œuvre. Réf. : Article L. 311-3, 1° du CASF ; HAS « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » d'octobre 2000.
E12	La vérification périodique du stock tampon n'est pas effective, plusieurs éléments du stock apparaissant comme ayant dépassé les dates de péremption, ce qui contrevient aux articles R5126-108, 112 et 113 du CSP
E13	En ne prenant pas en compte la différence de qualification et de compétences réglementaires entre les ASH, AVS, AMP, AES, AS et IDE,

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	le gestionnaire organise l'exercice illégal de la profession d'AS, d'AES et d'IDE et la mise en danger des résidents et contrevient aux articles L311-3, L451-1 et D312-155, 2° du CASF ; L1110-1, L4311-2, R4311-4 et L4391-1 du CSP et à l'article 14 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation DEAS.
E14	En n'organisant pas une présence permanente 24 heures sur 24 de personnels qualifiés auprès des résidents ni de période de transmissions inter équipes, l'organisme gestionnaire ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF ;
E15	Le gestionnaire ne parvient pas à stabiliser les personnels en poste (notamment sur les fonctions de directeur et d'IDE) à l'EHPAD des Deux Moulins ni à assurer une planification de salariés correctement qualifiés pour les postes qu'ils occupent, et en nombre suffisant, ce qui met chaque jour la sécurité et la santé des résidents en danger et contrevient aux articles L1110-1 du CSP et L311-3 du CASF.
E16	Le suivi nutritionnel des résidents est quasiment inexistant, les responsables de l'EHPAD ne tenant pas compte des situations de dénutrition, même lorsqu'elles leur sont signalées par les alarmes automatiques de Titan™, ce qui va à l'encontre des principes énoncés dans l'article L311-3 du CASF. L'EHPAD n'a aucunement respecté ses engagements sur ce thème suite à l'inspection de 2022.
E17	Pour les 11 résidents qui bénéficiaient de kinésithérapie le jour de l'inspection, aucune prescription n'a été retrouvée par la mission, ni au format papier, ni informatisée dans Titan™, ce qui ne respecte pas l'article L4321-1 CSP.
E18	La politique de déclaration et de suivi des dysfonctionnements et événements indésirables n'est pas totalement aboutie et n'est pas partagée ni maîtrisée par l'ensemble des salariés de l'établissement, ce qui contrevient aux articles L331-8-1, R331-8 à 10 du CASF.
E19	En ne tenant pas à jour le registre des entrées et des sorties et en ne le faisant pas parapher par le maire de la commune, le gestionnaire et l'établissement contreviennent aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.
E20	En ne réalisant pas les travaux et les achats de matériel demandés par la société de vérification du système incendie, l'organisme gestionnaire ne

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	peut garantir qu'il a mis en place les éléments réglementaire de sécurité incendie, ce qui met en danger les résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
E21	L'organisation et le suivi des soins infirmiers et des soins de nursing est très insuffisante. Les plans de soins ne sont pas à jour. Les soins ne sont pas tracés. Certains actes infirmiers (ex. : prélèvements pour examen de biologie) sont réalisés avec retard. La préparation des médicaments est morcelée entre plusieurs professionnels IDE et la distribution des médicaments est assurée par des personnels non habilités. La traçabilité des prises médicamenteuses est très inconstante (le plus souvent absente) et, lorsqu'elle est effectuée, l'est sur des supports différents (informatisé ou papier) selon les professionnels. L'ensemble de ces constats est révélateur d'un défaut de qualité et de sécurité dans la prise en soins des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 3°du CASF.
E22	Les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement ne tracent pas leurs interventions auprès des résidents dans les dossiers médicaux, ce qui est contraire à leurs obligations déontologiques et à leurs obligations de traçabilité figurant dans les contrats-types qu'ils ont obligation de signer avec les directeurs des EHPAD dans lesquels ils interviennent. Réf. : R4321-91 CSP ; Art. L.314-12 du CASF ; Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010

#### Tableau récapitulatif des remarques

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
R1	[REDACTED]
R2	L'établissement n'a pas mené à son terme ou n'a pas su pérenniser le rangement et le classement des dossiers administratifs des salariés, contrairement à l'engagement pris en 2022.
R3	L'employeur n'a pas mené les entretiens professionnels des salariés, contrairement à l'engagement pris en 2022.
R4	L'employeur n'a pas établi de plan de formation prévisionnel et aucun salarié de la résidence des Deux Moulins n'a été formé en 2023.
R5	Aucun élément n'a permis à la mission de s'assurer que l'intention d'achat d'un siège de douche par l'EHPAD avait bien été mise en œuvre.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
R6	Le dossier médical et soignant du résident est toujours éclaté entre plusieurs supports, ce qui rend complexe l'analyse de sa situation médicale et est susceptible de pénaliser la continuité des soins pour tout nouveau professionnel de santé découvrant le résident.
R7	L'EHPAD s'était engagé à suivre les pansements sur Titan™ mais ce suivi n'est pas mis en œuvre. Cette absence totale de traçabilité des pansements réalisés est contraire aux bonnes pratiques professionnelles et aux obligations des IDE de réaliser des « soins consciencieux » et d'y consacrer « le temps nécessaire ». Réf. : article R4312-10 du CSP ; Outil d'évaluation initiale d'une plaie et fiche de suivi d'une plaie et du pansement par l'Omédit Lorraine, mars 2016
R8	Le dépistage des troubles de la déglutition n'est pas systématique à l'admission des résidents. Lorsqu'il est réalisé, il est tracé dans Titan™ sous forme de transmission et non sous forme de test gérontologique, ce qui représente un risque de perte de l'information à terme.
R9	La dynamique de déclaration des chutes semble s'essouffler au sein de l'EHPAD et plusieurs chutes n'ont pas fait l'objet de déclaration dans Titan™ en juin et juillet 2023.

## **Conclusion**

Le contrôle sur site de l'EHPAD Résidence des Deux Moulins, géré par le groupe Bridge a été réalisé 8 août 2023 à partir des réponses apportées lors des entretiens et échanges mails avec des salariés du gestionnaire et de l'EHPAD et à partir des documents transmis par l'établissement.

L'EHPAD Résidence des Deux Moulins, situé à Monthyon (77) est un petit établissement de 19 lits. Le jour de l'inspection, █ résidents étaient présents.

**Cette inspection s'est inscrite d'une part dans la suite de l'inspection réalisée le 25 août 2022, soit un an auparavant\***, et d'autre part dans le contexte de la réception par l'ARS IDF de plusieurs signalements et alertes relatives à cet établissement.

Suite à l'inspection de 2022, plusieurs prescriptions avaient été signifiées à l'établissement (sur le projet d'établissement, les projets personnalisés, la traçabilité du suivi médical...). À l'époque, la mission d'inspection avait notamment eu comme interlocuteurs une jeune directrice et une infirmière dynamiques, qui avaient déjà (avant l'inspection) engagé de nombreux changements et semblaient à même de redresser la situation de l'EHPAD. Or la

directrice a quitté l'établissement au premier semestre 2023 et l'infirmière, après avoir été licenciée par le groupe Bridge à la même époque, a été réembauchée sur un poste d'IDEC territoriale (couvrant toute la France).

Parmi les signalement reçus par la DD77 en fin de premier semestre 2023, plusieurs indiquaient qu'en l'absence d'IDE salariées en poste fixe au sein de l'établissement, les AS (ou faisant fonction) étaient largement livrées à elles-mêmes, les soins infirmiers et la préparation des médicaments étant réalisés soit par l'IDEC territoriale, soit par des IDE libérales (IDEL).

Globalement, l'inspection a montré que le fonctionnement de l'EHPAD était largement dégradé en 2023 par rapport à ce qui avait été observé l'année précédente en 2022. Le turn-over sur la fonction de direction (3 directrices en un an d'après les entretiens) génère des problèmes de management et de communication avec les équipes.

L'absence prolongée d'IDE, très partiellement palliée par l'IDEC « territoriale » (de compétence nationale) et des IDEL, qui passent au mieux une fois dans la journée, le matin ou en fin d'après-midi, a des répercussions nombreuses :

- La réactivité de l'équipe est moindre, notamment pour adapter les traitements en cours de semaine lorsqu'un résident revient d'hospitalisation ou de consultation (les traitements sont mis en œuvre avec retard ; un événement indésirable récent est à déplorer sur ce sujet) ou pour décider de l'appel du médecin traitant en cas de dégradation de l'état de santé d'un résident ;
- Des bilans biologiques, dont certains auraient dû être réalisés depuis plusieurs mois, attendaient l'arrivée de la nouvelle IDEC, prévue le 10/08 ;
- L'équipe soignante ressent l'insécurité de la situation et les vacataires refusent les postes en CDI qui leur sont proposés...

L'absence récurrente de personnels soignants diplômés (aucun des personnels présents le jour de l'inspection et occupant les postes d'AS ne dispose du diplôme correspondant à la fonction occupée) a une incidence sur la sécurisation des soins (y compris la nuit). Ainsi, les mesures de glycémie nécessaires pour le suivi d'une résidente diabétique sont-elles régulièrement réalisées par une AVS alors que cet acte relève de la compétence des AS ou IDE.

Quant au turn-over sur la fonction soignante, il entraîne une fragilisation des prises en charge des résidents et de nombreux dysfonctionnements ont été observés, dont notamment des plans de soins infirmiers et de nursing non mis à jour, les pansements et tous les soins en général non tracés.

Le circuit de médicament est fragilisé à plusieurs niveaux :

- La préparation des médicaments est morcelée : répartie entre l'IDEC « territoriale » (qui dit être présente une à deux fois par semaine pour préparer les piluliers, dans une fonction d'IDE salariée suppléante « volante ») et les IDEL qui préparent quotidiennement vers 17 h les gouttes du lendemain matin ;
- Les ordonnances ne sont pas mises à disposition des personnels, qui distribuent les médicaments ensachés, sans savoir s'il manque un sachet et sans mention de la nécessité éventuelle d'écraser le médicament. Ainsi, ce sont les résidents eux-mêmes qui signalent les erreurs ou manques de médicaments ;
- L'identitovigilance au niveau de la distribution ne s'appuie que sur les noms et prénoms des résidents, sans photographie, alors même que l'EHPAD recourt à de très nombreux vacataires ;
- La prise des médicaments n'est pas contrôlée jusqu'au bout par l'AVS (d'après l'observation faite sur place) ;
- La traçabilité est très inconstante (plus de 12 jours de traçabilité précédent l'inspection manquants) et, lorsqu'elle est réalisée, n'est faite qu'une seule fois par jour à distance de la prise.

Si les résidents sont tous suivis par un médecin traitant, les prises en charge médicales et soignantes des résidents au sein de l'EHPAD ne sont cependant pas optimisées car aucun bilan gérontologique n'est réalisé lors de leur admission. Aucun suivi psychologique des résidents n'est réalisé.

La mise en œuvre et le suivi des contentions ne respecte pas la réglementation, alors même qu'une injonction sur ce thème avait été faite lors de l'inspection de 2022 mais levée car l'EHPAD semblait avoir mis en place une organisation adaptée.

Aucune dynamique n'est en cours concernant le projet d'établissement et les projets personnalisés.

Enfin, les animations proposées aux résidents sont très pauvres.

**Dans les suites immédiates de l'inspection, la Directrice Générale de l'ARS IDF (DG ARS) a notifié en urgence au Président du groupe Bridge deux manquements graves et une injonction de prendre des mesures correctrices immédiates**

En effet, sur deux aspects de la prise en charge, des manquements graves susceptibles de mettre en danger la santé, la sécurité et l'intégrité des personnes vulnérables accueillies ont été observés par la mission d'inspection :

- La prise en charge infirmière des week-ends et jours fériés suivant l'inspection n'était pas assurée, notamment pour la gestion de la résidente diabétique et la réalisation des pansements ;

- La préparation et la distribution des médicaments n'était pas suffisamment sécurisée (cf. supra).

À l'issue de la phase contradictoire de cette procédure d'injonctions immédiates, la directrice des opérations représentant le groupe Bridge a apporté des éléments de preuve (plannings, contrat de travail d'une IDEC en CDI et de deux IDE en CDD, contrat de travail du nouveau médecin coordonnateur, preuves de la formation des équipes à la distribution des médicaments...) des actions correctrices mises en place qui ont permis de lever l'injonction par courrier du 15/09/2023 signé de la DG ARS, sous réserve de leur pérennité.

L'ensemble de ces constats nécessite que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction.