



ARS Île-de-France

**Inspection sur place
2023-09-21**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**Résidence Colisée les Coteaux
Rue de l'Aurore, 78100 Saint Germain en Laye**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
Écart 1	Le projet d'établissement transmis couvre la période 2015 à 2020. L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement en cours de validité depuis bientôt 3 ans, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L 311-8 du CASF.
Écart 2	Le temps contractuel de présence du médecin coordinateur est insuffisant au regard des dispositions réglementaires de l'article D. 512-156 du CASF
Écart 3	L'absence d'affichage des CR du CVS contrevient aux dispositions de l'article D 311-32-1 du CASF.
Écart 4	La composition du CVS, incomplète, ne répond pas aux dispositions de l'article D. 311-5 du CASF
Écart 5	La mission a constaté un défaut d'appropriation de la culture de déclaration des évènements indésirables par les professionnels, ce qui est préjudiciable à l'amélioration de la qualité des pratiques.
Écart 6	Plusieurs postes et missions d'aides-soignants ne sont pas assurés par des AS diplômées, mais par des professionnels qui font fonction d'AS (AMP, AVS, ASH). Cela constitue un exercice illégal de la profession d'aide-soignant en contradiction avec l'article L.4391-1 du CSP et l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant (référentiels d'activité et de compétences, annexes 1 et 2). L'établissement contrevient également aux dispositions de l'article L 312-1 II du CASF en confiant à des agents de service hôtelier des missions relevant d'un personnel diplômé.
Écart 7	L'absence d'établissement du rapport d'activités médicales annuel contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 (10°) du CASF
Écart 8	La conservation de données à caractère médical dans le dossier administratif du résident contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP
Écart 9	En l'absence de désignation de personne de confiance, de directives anticipées et de consentement de la personne dans les dossiers consultés par la mission, l'établissement ne met pas en œuvre les dispositions prévues aux articles L 311-4 et L 311-5-1 du CASF, et ne garantit pas le respect des droits des usagers.
Écart 10	Les annexes au contrat de séjour, relatives aux mesures restrictives de libertés des résidents, ne figurent pas systématiquement dans le dossier

Numéro	Contenu
	administratif des résidents concernés, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-4-1 du CASF, complété par le décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016.
Écart 11	Les non-conformités constatées (appel-malades hors service, mains courantes défectueuses, fenêtre scotchée, extincteur non fixé et sans mention des dates de maintenance depuis 2017), contreviennent aux obligations de sécurité mentionnées à l'article L311-3 1° du CASF
Écart 12	Le dénivelé du sol des salles de douche engendre des difficultés pour les patients à mobilité réduite à s'y rendre en autonomie. L'établissement doit prévoir des locaux garantissant le déplacement et la déambulation des résidents en toute sécurité. L311-3 1° du CASF
Écart 13	L'absence d'appel malade dans les salles de douche et l'absence de signal sonore ne permettent pas d'assurer la sécurité du résident prévue à l'article L313-3 (1°) du CASF
Écart 14	Les étapes et le contenu de l'évaluation gériatrique à l'admission des résidents ne sont pas suffisamment structurés au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 (6°) du CASF.
Écart 15	La forme des PAI, trop sommaire, n'est pas suffisamment le garant d'un accompagnement individualisé conforme aux besoins des résidents, ce qui contrevient aux dispositions du (3°) de l'article D.312-155-0 du CASF.
Écart 16	L'absence de contrat signé entre l'établissement et les médecins traitants contrevient aux dispositions des articles L 314-12 et R 313-30-1 du CASF
Écart 17	Le recueil écrit du consentement du résident et à défaut de son entourage avant la mise en place d'une contention n'est pas actuellement assuré au sein de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF.
Écart 18	Les activités proposées (petit bac, le pendu, jeu de devinettes) en UVP ne sont pas suffisamment adaptées aux troubles des résidents et ne répondent pas à l'Article L311-3° CASF (PEC et accompagnement de qualité et consentement)
Écart 19	L'équipe d'inspection a constaté la présence d'états des lieux non remplis et non signés, dans les dossiers des résidents, ce qui ne répond pas à l'article L. 311-7-1 et l'annexe 2-3-1 II CASF (prestation accueil hôtelier)
Écart 20	Les menus proposés par le groupe Colisée ne sont pas adaptés en fonction des goûts, des besoins et des habitudes des résidents de l'établissement.

Numéro	Contenu
Écart 21	La mission d'inspection constate, d'une part, un non-respect des exigences en matière de taille de portions et de fréquence des repas et, d'autre part, le non-respect des exigences liées à l'âge et au handicap des résidents. Ces deux écarts contreviennent aux obligations de l'article L.311-3 complété par le Décret n°2012-144 du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadres des services de restauration des ESSMS.
Écart 22	Le suivi nutritionnel des résidents dénutris et la prévention de la dénutrition sont insuffisamment rigoureux ; l'implication de la cuisine dans la renutrition est insuffisante (recours trop systématique aux compléments nutritionnels oraux), ce qui contrevient aux obligations définies à l'article L. 311-3 (3°) du CASF, complétées par les articles L. 230-5 et D.230-29 du Code rural et de la pêche maritime
Écart 23	L'absence de mise à disposition de collation de nuit contrevient aux obligations de l'Annexe 2-3-1 III 2° du code de l'action sociale et des familles, et ne respecte pas la limitation recommandée à moins de 12 heures du temps de jeune entre les repas.
Écart 24	La présence de médicaments périmés dans le stock tampon contrevient aux dispositions de l'article R. 4312-38 du CSP, et aux dispositions du code de déontologie des infirmiers
Écart 25	L'original des prescriptions médicamenteuses n'est pas transmis à la pharmacie pour y appliquer les mentions réglementaires, ce qui contrevient aux articles R. 5132-13 et -14 du CSP
Écart 26	La gestion dans l'établissement des produits et stupéfiants et assimilés n'est pas suffisamment rigoureuse et conforme aux dispositions de l'article R. 5132-36 du CSP.
Écart 27	L'absence de projet de soin individuel annexé au PAI contrevient aux dispositions de l'article D. 312-155-0, 3° du CASF.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
Remarque 1	Les capacités autorisées de l'établissement ne sont pas à jour dans FINESS.
Remarque 2	Les données d'activité présentées à l'ERRD 2022 et EPRD 2023 ne sont pas concordantes entre elles pour les années suivantes : 2019, 2020,

Numéro	Contenu
	2021, 2022. Elles ne sont pas concordantes non plus avec les données du tableau de bord de la performance, campagne 2023 pour 2022 et 2021.
Remarque 3	Il est constaté un défaut d'actualisation et de complétude du plan bleu. Le document d'analyse des risques liés à la défaillance électrique (DARDE) est absent.
Remarque 4	La mission constate que l'EHPAD n'a pas affiché l'organigramme de la structure, lequel ne mentionne pas les temps de travail (ETP) de chaque salarié.
Remarque 5	La subdélégation de signature n'est pas signée.
Remarque 6	<div style="background-color: black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>
Remarque 7	Le MedCo exerce ses fonctions dans d'autres établissements, ce qui est possible dans le cadre du contrat signé avec l'EHPAD Les Coteaux sous réserve que les conditions soient compatibles avec l'organisation de l'établissement et la réglementation. Or, la mission note d'une part, que le temps de travail du MedCo au sein de l'EHPAD est insuffisant au regard de la réglementation, et d'autre part le temps de travail cumulé du MedCo n'est pas quantifiable au regard des informations hétérogènes.
Remarque 8	Les jours de présence du médecin coordonnateur ne sont pas notés sur le contrat de travail
Remarque 9	L'établissement ne désigne pas de professionnels référents dans leur domaine de compétences.
Remarque 10	Des actions d'amélioration de la qualité sont engagées au sein de l'établissement (audits soins), mais leur suivi n'est pas formalisé ou suffisamment structuré au sein d'un PACQ opérationnel et mis à jour régulièrement.
Remarque 11	Des supports d'enquêtes de satisfaction existent et sont accessibles en ligne, mais ces dernières ne font pas l'objet d'exploitation, de bilan et d'analyse. L'établissement s'est contenté de transmettre des données brutes. Aucune mesure de la satisfaction n'est faite.
Remarque 12	La mission constate que les dossiers du personnel consultés sont incomplets et ne comprennent pas systématiquement les diplômes ni d'attestation de la vérification de l'extrait du casier judiciaire.
Remarque 13	La procédure d'intégration n'est pas respectée pour les nouveaux salariés.

Numéro	Contenu
Remarque 14	Les temps de transmission ne sont pas réguliers ni formalisés, ce qui est préjudiciable à la transmission des informations pour la bonne continuité des soins et qualité de la prise en charge.
Remarque 15	L'absence d'inclusion dans NetSoins™ des données disponibles sous forme papier ne contribue pas à une bonne information des professionnels de santé.
Remarque 16	Les nombreux affichages de données de santé dans l'infirmierie contreviennent aux dispositions sur la vie privée et la protection des données de santé prévues à l'article L. 1110-4 du CSP.
Remarque 17	Le matériel de restauration (micro-ondes, réfrigérateur, mobilier en bois) doit être conforme et en bon état.
Remarque 18	Les travaux réguliers doivent faire l'objet d'une fiche de mission hebdomadaire. Un point d'étape sur l'avancement des travaux et des réparations, en lien avec la sécurité des usagers, doit être organisé entre la direction et le responsable maintenance.
Remarque 19	Les familles ont évoqué lors du CVS du 08/09/2022 leur insatisfaction pour le traitement du linge du fait des pertes de vêtements et d'une mauvaise qualité de l'entretien.
Remarque 20	L'équipe d'inspection a constaté une chambre occupée sans nom du résident arrivé depuis plusieurs jours.
Remarque 21	L'équipe d'inspection a pu constater : La présence d'un TOVERTAFEL, rétroprojecteur d'images pour des activités en UVP mais celui-ci n'est pas programmé sur le planning d'animation. L'absence de programmation d'activité Snoezelen. Il n'a pas été possible de visiter la salle, faute de clé.
Remarque 22	<div style="background-color: black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>
Remarque 23	À la suite de l'analyse des plannings d'été des mois de juin à août 2023, aucune animation n'a été proposée les WE, ni sur la période du 21 août au 4 septembre. Lors des entretiens, les familles affirment que les résidents regardent la télévision dans le salon du RDC.
Remarque 24	Les données des enquêtes de satisfaction ne sont pas exploitables par l'équipe d'inspection. Aucun retour sur le taux de satisfaction n'a été communiqué par l'établissement notamment sur la restauration

Numéro	Contenu
Remarque 25	Nous constatons le jour de l'inspection que le menu servi n'est pas celui affiché. La texture des aliments n'est pas adaptée et le plat ne correspond pas à l'intitulé.
Remarque 26	Les horaires des repas indiqués dans le règlement de fonctionnement ne correspondent pas à ceux indiqués dans le livret d'accueil et ceux pratiqués.
Remarque 27	Le double contrôle des piluliers n'est pas assuré actuellement au sein de l'EHPAD. Par ailleurs, en cas d'erreur de dispensation, une fiche d'évènement indésirable n'est pas systématiquement dressée.
Remarque 28	L'absence de tablettes informatiques ou d'ordinateur fixé sur le charriot de distribution des traitements ne permet pas aux infirmiers d'assurer une traçabilité immédiate de leurs actes ni la vérification systématique de la de la prescription à jour au moment de la distribution des traitements.
Remarque 29	Les emballages des produits de santé multidoses ne portent pas systématiquement de date d'ouverture ni l'identité du résident destinataire du produit.
Remarque 30	La pharmacie qui alimente l'Ehpad ne précise pas sur les sachets les médicaments qui sont écrasables ou diluables.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD COLISEE Résidence des Coteaux à Saint Germain en Laye, géré par Colisée France, s'est déroulée le 21 septembre 2023 de façon inopinée.

Cette inspection s'inscrit dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD. L'établissement a été inscrit dans une catégorie de risque élevé suite aux informations remontées dans le cadre de l'analyse et du traitement des réclamations et signaux sur cet établissement. Un collectif de familles a en particulier dénoncé entre décembre 2022 et juin 2023 des dysfonctionnements portant atteinte à la qualité des soins et à la sécurité et au bien-être des résidents : défauts de soins, des problèmes d'hygiène, un sous-effectif chronique de personnel, un turn-over des IDE sans transmission entre équipe. Les actions correctives ainsi que la situation des ressources humaines (vacances de poste du MedCo, de 3 IDE, le recours à des plateformes de service de prestations de vacataires) déclarées par l'établissement nécessitaient un contrôle de la prise en charge médicale et soignante, du pilotage et de la gestion des ressources humaines et des actions déployées en matière de respect des droits des usagers et la lutte contre la maltraitance.

La mission d'inspection a constaté des axes d'amélioration de la situation de l'établissement

entre la réception de la dernière réclamation et le jour de l'inspection, notamment dans les domaines suivants :

\- Gouvernance :

- Meilleur dialogue avec les familles : avec une réelle implication de la nouvelle directrice en poste reconnue par les familles. Tenue des réunions du conseil de la vie sociale régulières, avec la formalisation des comptes rendus et des réunions de familles organisées deux fois par an.

- Apaisement du climat social avec une amélioration des indicateurs significatifs du climat social tels que le taux d'absentéisme ou le taux de rotation du personnel

\- Prises en charge :

- Organisation de la prise en charge

- Le logiciel de soins a été changé (TITAN) au profit de NETSOINS avec des formations et la mise à disposition de tablettes pour tracer les soins.

- Existence de fiches de tâches heurées.

- La procédure d'admission est soumise à avis médical et des évaluations de la douleur, des fonctions cognitives et des risques de chutes sont réalisées dans les suites de l'admission, *sous réserve d'une bonne traçabilité de ces évaluations dans le logiciel.*

- La conduite à tenir en cas de chute est procédurée et connue.

- Les contentions sont prescrites, discutées en équipe pluridisciplinaire et font l'objet d'une communication avec les familles, *sous réserve d'une bonne formalisation des échanges*

\- Soins :

- Mise en place d'une politique de renutrition

- Intervention de kinés libéraux tous les jours dont les actes sont prescrits et les soins tracés

\- Fonctions support :

- Gestion des RH :

- L'établissement n'a plus recours aux prestataires de mise en relation avec les auto-entrepreneurs (ONE STAFF ou BRIGADE) et fait appel à des vacataires réguliers.

- La télécoordination en place pour pallier l'absence de MEDCO a fait place à un MEDCO physiquement présent 2 jours par semaine.

- Les ratios en personnel sont satisfaisants

- Une procédure de fonctionnement en mode dégradée en cas d'absence imprévue a été mise en place et la politique de remplacement a été clarifiée

\- Immobiliers/Équipements :

- Des caméras anti-chutes ont été installées avec paramétrage des données de façon individualisé, résident par résident.

- Sécurisation des entrées et sorties et des espaces de déambulation

- Des rails plafonniers de transfert ont été mis en place dans les chambres des étages 3 et 4

- Les parties communes sont climatisées et il y a des ventilateurs à disposition dans chaque chambre

Néanmoins, la mission d'inspection a relevé de nombreuses fragilités et dysfonctionnements importants en matière de gouvernance, de prises en charge et de fonction support :

Le pilotage de l'établissement est à conforter et renforcer

En terme de gouvernance, l'instabilité de l'équipe de direction sur les deux dernières années a été préjudiciable au pilotage de l'établissement :

\- Un problème de fiabilité des informations a été constaté avec des informations discordantes sur les autorisations (FINESS et arrêtés d'autorisation), sur les données d'activité (selon EPRD, ERRD, tableaux de bord de la performance)

\- Les tableaux de suivi de l'amélioration de la qualité ne sont ni complets, ni opérationnels

\- Il n'y a pas d'analyse ni de suivi de la qualité des prestations, ni de la mesure de la satisfaction

\- La politique de gestion et traitement des EI est à développer ; la sous-déclaration des EI notamment médicamenteux ne permet pas d'alimenter un plan d'amélioration de la qualité.

La sensibilisation et la culture des professionnels est à développer (avec un retour sur les déclarations, des traitements en équipe de façon collective)

\- La désorganisation dans la tenue des dossiers du personnel ne permet pas un pilotage de la structure, sur les aspects RH.

\- Les travaux de maintenance ne sont pas suivis ou insuffisamment.

Un défaut de formalisation et d'actualisation de plusieurs documents stratégiques pour l'établissement et ses partenariats est à corriger

L'évaluation externe est à réaliser (report autorisée jusqu'au 1er juillet 2024), le projet d'établissement est à réécrire, le plan bleu est à actualiser, la composition du CVS est à revoir selon les nouvelles exigences réglementaires, les contrats avec les médecins traitants sont à mettre en place

Le contrôle de la prise en charge médicale et soignante doit gagner en rigueur pour sécuriser et améliorer la prise en charge des résidents

\- La confidentialité des données à caractère médical n'est pas pleinement garantie

\- Eparpillement de l'information entre le dossier médical informatisé et le dossier papier

\- Le circuit du médicament est à sécuriser (dispensation des médicaments par le pharmacien à partir des ordonnances faxées, absence traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel, mauvaise tenue du suivi du contenu du coffre à stupéfiants, stock tampon).

\- Dysfonctionnement du circuit des DASRI

\- Absence de temps de transmission institutionnalisé entre les équipes de jour et de nuit, et transmissions quotidiennes orales organisées de façon très ponctuelle en l'absence d'IDEC

- \- Défaut de traçabilité des évaluations médicales réalisées dans les suites de l'admission du résident
- \- Défaut de traçabilité de la réévaluation régulière de l'intérêt des contentions
- \- Défauts dans le suivi nutritionnel des résidents
- \- Absence de projets de soins individualisés
- \- Procédures de soins du groupe Colisée de qualité et complètes mais souvent anciennes et obsolètes lorsqu'il est fait référence à l'ancien logiciel de soins

Sur les fonctions supports, la gestion des RH est à revoir et des équipements majeurs pour la sécurité et la qualité de la prise en charge sont défectueux (sécurité incendie et appels-malades)

En matière RH, du personnel non qualifié (ASH) se voit confier des tâches de personnel diplômé (AS), des personnes occupent des postes sans avoir de formation en adéquation (exemple IDEC en CDI, exemple animateur). Le temps de MedCo est insuffisant (0,5 contre 0,6 ETP requis), 3 postes d'IDE sur 4 sont pourvus par des vacataires.

De nombreux appels-malades sont défectueux le jour de la visite, les salles de bain en sont dépourvus, et le système repose sur des voyants lumineux uniquement.

Un défaut de traçabilité de la vérification des extincteurs a été constaté depuis 2017, et plusieurs extincteurs doivent être changés.

S'agissant du respect des droits des résidents, ces derniers ne sont pas pleinement respectés sur les aspects consentements et désignation des personnes de confiance, alimentation, animation, individualisation des prises en charge.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction.