



ARS Île-de-France
Mission conjointe : ARS/Conseil Départemental des Hauts de Seine

Inspection sur place
2023-01-24

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

EHPAD Marcelle Devaud
31, Rue Jean-Jacques Rousseau. 92700 Colombes

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E 1	ARPAVIE ne communique pas la fiche de suivi des objectifs prévue au CPOM qui doit être annexée à l'ERRD et transmise avant le 31 avril de chaque année.
E 2	Le règlement de fonctionnement n'est pas signé et affiché. Cette absence d'affichage contrevient à l'article R311-34 du CASF.
E 3	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
E 4	Le document remis à la mission d'inspection relatif au plan bleu ne concerne que « la maîtrise du risque infectieux ».
E 5	La délégation de pouvoir de la directrice n'est pas à jour suite à l'arrivée du nouveau directeur territorial.
E 6	Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis deux ans. Le siège ne vient pas en appui de l'EHPAD par l'envoi régulier d'un médecin pour la prise en charge des résidents.
E 7	Les documents qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD notamment l'organigramme et le règlement de fonctionnement ne sont pas affichés. L'affichage du numéro 3977 n'est pas assez visible.
E 8	L'établissement n'a pas mis en œuvre le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du CVS et autres formes de participation.
E 9	La direction n'a pas soumis au CVS et au CSE le règlement de fonctionnement et contrevient aux articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 R311-7 du CASF.
E 10	Le président du CVS ne participe pas à l'ordre du jour du CVS, par conséquent l'établissement contrevient à l'article D311-15 et aux attributions du CVS.
E 11	L'établissement organise moins de trois réunion CVS par an , il ne respecte pas l' article L311-6 du CASF.
E 12	Le bilan des évènements indésirables n'est pas présenté au conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement contrevient à l'article R331-10 du CASF.
E 13	Les professionnels ne savent pas ce qu'est un EI. Les remontées se font oralement auprès de la direction.

Numéro	Contenu
E 14	L'absence de démarche concernant les EI indique que l'analyse des évènements indésirables n'est pas réalisée dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
E 15	La procédure des EI/EIG/EIGS est centralisée au siège d'ARPAVIE, cela ne permet pas une transmission des EI/EIG/EIGS sans délais aux autorités conformément à l'article L. 1413-14 du CSF. Elle ne mentionne pas les envois au Procureur de la République.
E 16	Il n'y a pas de procédure de déclaration et de gestion des EI liés au circuit du médicament.
E 17	L'effectif infirmier est inférieur à la cible fixée dans le CPOM.
E 18	La direction n'a pas fourni le plan de formation N et N-1.
E 19	Le glissement de tâche des ASH exerçant certaines missions d'aide-soignant est acté dans cinq dossiers du personnel analysés.
E 20	L'établissement n'organise pas la tenue de la commission de coordination gériatrique.
E 21	Il a été constaté dans certains dossiers de résidents examinés l'absence : du projet de vie individualisé, du nom du médecin traitant, de la désignation de la personne de confiance et aucun document relatif aux directives anticipées.
E 22	Le dossier médical n'est pas assez informatif. Il a été constaté par l'étude des dossiers des écarts entre l'état de sante perçu et le contenu du volet de synthèse médicale.
E 23	Il n'y a pas de système d'appel malade, cela constitue un risque pour la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.
E 24	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 30%;"></div>
E 25	Il n'y a pas de processus détaillé d'admission du résident.
E 26	Les évaluations gériatriques ne sont pas réalisées.
E 27	En fonction du médecin traitant intervenant dans l'EHPAD, il a été constaté les points suivants : les interventions médicales ne sont pas toutes tracées dans les dossiers; l'examen biologique prescrit n'est pas conforme au

Numéro	Contenu
	public en EHPAD; les prescriptions sont faites par mail sur la base de photos et observations des IDE; un médecin traitant ne fait ses visites que la nuit,
E 28	Les observations médicales ne sont pas retrouvées dans les dossiers des résidents, ce qui contrevient aux attendus réglementaires.
E 29	Le planning observé d'une équipe IDE et équipe AS ne permet pas un temps de transmission entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.
E 30	La désignation de la personne de confiance, prévue par l'article L311-5-1 du CASF, n'est pas renseignée dans tous les dossiers des résidents consultés. Ces derniers ne contiennent pas non plus systématiquement une copie du document attestant de la délivrance de l'information sur la personne de confiance, comme exigé par les dispositions de l'article D311-0-4 du CASF.
E 31	Les prescriptions pour les contentions ne sont pas renouvelées régulièrement par les médecins.
E 32	L'établissement n'a pas mis en place l'identitovigilance ce qui ne permet pas de garantir la sécurité du circuit du médicament.
E 33	La mission n'a pas trouvé de liste de résidents avec collations pour les résidents de l'UVP.
E 34	Il n'y a pas de procédure formalisée pour l'ajout des compléments alimentaires aux aliments des résidents en dénutrition.
E 35	Les transmissions sont insuffisantes dans les dossiers et inexistantes quant au suivi médical.
E 36	Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments (LPM).
E 37	Les ordonnances sont transmises par courriel à la pharmacie ce qui ne permet pas d'y apposer les mentions réglementaires par le pharmacien.
E 38	L'absence de la prescription lors de la distribution des médicaments ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.
E 39	Il n'existe pas d'évaluation systématique de la douleur.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R 1	Il y a une proportion élevée de personnes sous protection juridique.

Numéro	Contenu
R 2	L'organigramme n'est pas daté ni à jour. Il ne mentionne pas certaines informations comme le nombre d'ETP par poste et les référents joignables sur site pour les prestations externes.
R 3	Les ordres du jour et comptes rendus des CODIR et COPIL ne sont pas formalisés.
R 4	La direction doit s'assurer de la sécurité des résidents tout en veillant au respect de la réglementation du travail notamment du temps de travail quotidien et des pauses du personnel.
R 5	Les modalités d'échanges du siège avec la direction de l'établissement ne sont pas définies et les temps d'échanges ne sont pas formalisés.
R 6	Les modalités d'information du personnel en cas d'absence de la directrice et les modalités de son remplacement ne sont pas formalisées.
R 7	
R 8	Le livret d'accueil n'est pas à jour, il ne mentionne pas le nom du nouveau président du CVS.
R 9	L'établissement ne met pas en place de réunions familles/ représentants légaux.
R 10	Il n'y a pas de référent sur les différentes thématiques en EHPAD notamment sur la bientraitance.
R 11	La démarche d'amélioration continue de la qualité, en tenant compte, notamment, des réclamations, doléances et plaintes des résidents ainsi que des EI/EIG signalés au sein de l'EHPAD n'est pas élaborée et mise en œuvre.
R 12	Le personnel absent sur une longue période n'est pas remplacé. (Psychomotricienne ; psychologue, MEDEC....°).
R 13	Le protocole de signalement de la maltraitance remis à chaque salarié à son arrivée n'est pas tracé dans le dossier des salariés contrôlés.
R 14	L'EHPAD ne se saisit pas des procédures et protocoles mis en place par le siège.
R 15	Il n'y a pas à disposition des résidents et des familles de cahier des réclamations et / ou doléances.
R 16	Une procédure de gestion des EI/EIG/EIGS est mise à disposition par le siège avec des annexes qui n'ont pas été transmises à la mission.
R 17	Les 9 dossiers du personnel contrôlés sont incomplets avec pour certains des fonctions mal définies, des contrats non signés, des extraits de casier

Numéro	Contenu
	judiciaires absents et contiennent des données médicales. On constate un nombre élevé de CDD.
R 18	Certains dossiers du personnel contiennent des données médicales.
R 19	Il n'y a pas de groupes d'analyse des pratiques pour soutenir les salariés.
R 20	Les ordres du jour et comptes rendus des réunions institutionnelles ne sont pas formalisés.
R 21	Les prestataires ne sont pas intégrés aux différentes instances de l'établissement.
R 22	Les fiches de poste ne sont pas dans les dossiers du personnel.
R 23	Il n'a pas de processus formalisé et validé par la direction en cas d'absences prévues ou inopinées du personnel.
R 24	Le bâtiment a subi plusieurs dégâts des eaux dont les effets ont été constatés le jour de l'inspection. Plusieurs plaques sont retirées à différents endroits et étages (coffrage, plafonds etc...).
R 25	Le mobilier des espaces collectifs est rudimentaire voir ancien et abîmé dans certains lieux notamment au rez-de-chaussée et à l'entrée de la terrasse.
R 26	Le jour de l'inspection, l'équipe dédiée à la cuisine ne disposait que d'un four pour préparer les repas. Une gazinière était en panne.
R 27	Le jour de l'inspection un seul ascenseur sur deux était en service.
R 28	La poignée de porte située dans les sanitaires des circulations horizontales du niveau 2 était défectueuse.
R 29	Dans l'UVP il a été constaté: l'absence de poignées des placards dans une chambre de l'UVP, des portes de placards défaillants dans les offices, tables de nuit, ampoules défaillantes, tringles à rideau mal posée, des objets au sol.
R 30	Il n'existe pas de cahier de liaison permettant le suivi des petites réparations.
R 31	Les chambres ne sont pas équipées de rails de transferts.
R 32	Un plan d'action Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) existe mais sans date de réalisation et sans suivi effectif.
R 33	L'accès à la pièce linge propre était encombrée et interroge sur la conformité aux bonnes pratiques professionnelles.

Numéro	Contenu
R 34	Des sacs marqués « linge sale » ont été trouvés dans les locaux destinés à la réserve des vêtements du personnel.
R 35	Il n'existe pas de stratégie pour recueillir les directives anticipées.
R 36	La mission a constaté l'absence de commission menus au deuxième semestre 2022.
R 37	Les régimes, textures et compléments nutritionnels oraux nominatifs affichés dans les offices des étages n'était pas à jour.
R 38	Il n'existe pas de repérage systématique avec le test de l'eau.
R 39	Il n'y avait pas de siège pour les soignants pour l'aide au repas pour qu'ils puissent être assis à hauteur des résidents afin d'éviter les fausses routes lors de l'aide alimentaire.
R 40	Il a été constaté l'absence de fontaine à eau pétillante.
R 41	Le personnel chargé de l'administration des médicaments ne dispose pas d'une liste de médicaments écrasables.
R 42	L'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD n'apparaît pas appliqué. Le protocole soins palliatifs a été demandé à l'établissement mais n'a pas été communiqué.
R 43	Le dossier de liaison d'urgence est incomplet car il ne comporte pas les éléments essentiels à une prise en charge en urgence. Il se présente sous forme d'un volet de synthèse médicale.
R 44	L'établissement n'a pas de convention avec un établissement de santé pour la gestion des urgences.
R 45	Les conventions ne sont pas actualisées. Certaines ne sont pas datées et signées par toutes les parties. Celle transmise pour l'HAD a été mise en place en 2008 sous AREPA.
R 46	L'établissement n'a pas de convention avec un dispositif d'appui à la coordination.

Conclusion

Le contrôle sur place de l'EHPAD Marcelle Devaud, géré par le groupe ARPAVIE a été réalisé le mardi 24 janvier 2023 à partir de la visite de l'établissement, des entretiens menés avec différents personnels et des documents transmis par l'établissement.

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. 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.

Cependant, le jour de l'inspection, la mission a relevé un certain nombre d'écarts à la réglementation et de remarques sur le fonctionnement de l'établissement, notamment concernant :

> La gouvernance :

- Management et Stratégie
- La gestion des risques et des évènements indésirables

Les fonctions support

- Gestion des ressources humaines
- La politique de formation
- Le suivi de l'entretien du bâtiment

> La prise en charge

- Organisation de la prise en charge
- Le soin et le circuit du médicament

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.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et la directrice de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.