



ARS Île-de-France

Mission conjointe : ARS IdF et Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis

**Inspection sur place
2023-04-27**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**SAINT-ANTOINE DE PADOUE
11, rue Tripier. 93130 NOISY-LE-SEC**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
Ecart 1	Le nombre de places installées est inférieur au nombre de places autorisées, selon l'arrêté d'autorisation n° 2016 – 335 daté du 6 octobre 2016, aussi les places non installées sont réputées caduques selon les dispositions de l'article D.313-7-2 du CASF.
Ecart 2	Certaines mentions du règlement de fonctionnement, sont absentes, notamment pour les sanctions de faits de violence sur autrui ; les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues ; pour d'autres, elles sont imprécises, notamment pour l'organisation des soins, affections, dépendance, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.311-35, R.311-36, R.311-37 du CASF.
Ecart 3	L'absence de projet d'établissement depuis cinq années consécutives, contrevient aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 1° du CASF et hypothèque le pilotage de l'établissement et de la prise en charge en soins.
Ecart 4	Le temps d'activité du MedCo actuellement en poste sur ■■■ ETP n'est conforme ni au rapport d'activité adossé à l'ERRD 2022, ni aux dispositions du décret du 27 avril 2022 fixant à 0,8 ETP le temps d'activité du MedCo pour un établissement d'une capacité entre 100 et 199 places (article D.312-156 du CASF).
Ecart 5	La mission n'a pas été destinataire des titres réglementaires requis pour le poste de médecin coordonnateur du MedCo en poste (article D312-157 du CASF).
Ecart 6	La mission n'a pas été destinataire du contrat du MedCo qui indique un temps de travail de ■■■ ETP à l'EHPAD Saint-Antoine de Padoue, conformément aux informations transmises en entretien.et aux dispositions de l'article D312-159-1 CASF.
Ecart 7	Le CVS s'est réuni deux fois en 2022 et non trois fois comme le prévoit la réglementation. Cette situation n'est pas conforme à l'article D311-16 du CASF.
Ecart 8	Les comptes rendus du CVS ne sont pas affichés dans le hall principal de l'EHPAD. Ceci n'est pas conforme à l'article D311-32-1 du CASF.
Ecart 9	La mission constate qu'aucun bilan des EI n'a été présenté au CVS depuis plusieurs années. Cette situation n'est pas conforme à l'article R331-10 du CASF

Numéro	Contenu
Ecart 10	La définition des 11 situations relevant d'une déclaration obligatoire des EI auprès des tutelles compétentes est insuffisamment connue des professionnels rencontrés ; il est constaté une sous-déclaration des EI relatifs à des situations de maltraitance et/ou de comportements violents entre usagers ou/ou professionnels, auprès des tutelles compétentes, ce qui contrevient aux dispositions des articles L331-8-1 du CASF, R331-8 CASF, arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des ESSMS.
Ecart 11	Un quart de l'effectif des aides-soignants est pourvu par des agents non qualifiés, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.
Ecart 12	Le registre des entrées et des sorties n'est pas paraphé par le Maire, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.331-2 du CASF.
Ecart 13	Les dossiers médicaux/de soins des résidents sont conservés dans une armoire sécurisée, fermée avec une clef laissée dans la serrure (articles L.311-3 du CASF, L.1110-4 du CSP) ; l'accès aux informations médicales / de soins dans le logiciel NETSoins® ne respecte pas, pour l'ensemble des professionnels, les dispositions de l'article L.1110-4 du CSP.
Ecart 14	Il n'y a pas de mesures visant à réduire le risque suicidaire dans l'ensemble des chambres et des pièces collectives notamment, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 1° du CASF.
Ecart 15	La mission constate que le système d'appel malade est, au jour de la mission, dysfonctionnant, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF. Il n'y a pas de système d'enregistrement des appels malades.
Ecart 16	L'absence de tablettes numériques ou de tout autre dispositif mobile connecté ne permet pas de tracer en temps réel les transmissions et l'administration des médicaments sur le logiciel NETSoins® (article R.4311-2-2° du CSP).
Ecart 17	La mission a constaté la présence de médicaments et consommables périmés dans le chariot de médicaments et le réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles ; il n'y a pas de contrôle tracé des vérifications mensuelles des péremptions ni des vérifications à minima annuelle de la pharmacie d'officine, ni d'élimination systématique des médicaments non utilisés, conformément à la convention signée entre

Numéro	Contenu
	l'EHPAD et l'officine. La date d'ouverture des flacons multi-usages n'est pas systématiquement indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue (article R.4312-38 du CSP, CCLIN Sud-Ouest 2011, OMEDIT-ARS Normandie 2018).
Ecart 18	L'identitovigilance, dans le cadre de la distribution des médicaments, est insuffisamment sécurisée, et notamment en présence de professionnels vacataires (Article L.311-3 1° du CASF, OMEDIT ARS Normandie 2018).
Ecart 19	La traçabilité des soins relative à l'administration des médicaments par les AS n'est pas exhaustive sur le dossier médical informatisé, cette pratique est à risque d'erreur médicamenteuse (cf. articles R4312-35 et R 4311-1 à -5 du CSP).
Ecart 20	La mission n'a pas été destinataire de la liste des AS/AMP qui sont habilités, ayant suivi une formation (article L.313-26 du CASF).
Ecart 21	La mission n'a pas constaté la présence du coffre à stupéfiants « de nuit » accessible aux IDE, IDEC et AS de nuit, comme indiqué sur la procédure dédiée « Distribution et administration des médicaments stupéfiants par l'AS de nuit » (article R.5132-26 du CSP).
Ecart 22	Il n'y a pas, voire très peu de protocoles de soins pour les pathologies et les conduites à tenir telles le diabète, la douleur, etc. Seuls quelques protocoles ont été transmis (prise en charge des escarres, circuit du médicament, etc). Par ailleurs, la majorité des protocoles existants est méconnue des équipes soignantes (articles R4311-3 et -4 CSP).
Ecart 23	Les locaux de soins, les armoires et les réfrigérateurs dédiés aux médicaments sont insuffisamment entretenus : la traçabilité des températures et de l'entretien est très partielles avec présence de souillures et de givre dans les réfrigérateurs, avec encombrement des sols et surfaces par des cartons, avec des plateaux de chariots de médicaments encombrés par des médicaments. Absence de procédure relative à l'entretien des locaux de soins et des réfrigérateurs thermosensibles ; absence de référents identifiés en charge de l'entretien (article L.311-3 du CASF, D.312-159.2, annexe 2.3.2 du CASF, CPias 2019, OMEDIT 2016).
Ecart 24	Les médicaments hors piluliers sont laissés sur les chariots des médicaments pour certains; d'autres dédiés au traitement par aérosol sont stockés dans des placards non sécurisés, ce qui contrevient aux

Numéro	Contenu
	dispositions des articles L.311-3 1° du CASF, R5132-80, R5126-109 du CSP).
Ecart 25	Il n'y a pas de traçabilité relative à la vérification mensuelle du sac d'urgence et après utilisation de celui-ci ; la procédure ne précise pas spécifiquement qui est en charge de cette vérification (article R4312-43 du CSP).
Ecart 26	Certains partenariats ne sont pas formalisés par des conventions, notamment avec des services d'urgence, l'HAD, l'équipe mobile de gériatrie et le laboratoire de biologie médicale (articles L.312-7 1° et D.312-155-0 I et 5° du CASF).
Ecart 27	Absence de conventions signées entre l'EHPAD et les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD (article R.313-30-1 du CASF).
Ecart 28	La convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine n'est pas datée, ce qui ne permet pas d'évaluer sa durée voire son antériorité.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
Remarque 1	Le calendrier des astreintes permet de constater que les IDEC de Sainte Marthe et Saint Antoine participent également aux astreintes (surtout l'IDEC de Sainte Marthe). Or, la procédure des astreintes ne prévoit pas l'intervention des IDEC pour les astreintes.
Remarque 2	L'absence de fiche de poste dédiée à chaque IDEC et l'absence de formalisation concernant la répartition de leurs missions respectives sont sources de confusion, voire parfois de contradictions ; ce qui ne permet pas aux équipes d'identifier le responsable de chaque thématique.
Remarque 3	Le PACQ de l'établissement n'est pas opérationnel et sa seule source est le rapport d'évaluation interne.
Remarque 4	Bien que la mission ait constaté la présence de nombreux outils relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, ces outils ne sont pas identifiés par l'ensemble des professionnels (procédure de déclaration des situations de maltraitance et/ou de comportement violent, charte d'incitation à la déclaration), ce qui impacte défavorablement la culture de la déclaration ; il n'y a pas de référent bientraitance formalisé au sein de l'établissement (HAS 2008).

Numéro	Contenu
Remarque 5	Bien que la mission ait constaté la présence de nombreux outils relatifs à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, ces outils ne sont pas identifiés par l'ensemble des professionnels (procédure de déclaration des situations de maltraitance et/ou de comportement violent, charte d'incitation à la déclaration), ce qui impacte défavorablement la culture de la déclaration ; il n'y a pas de référent bientraitance formalisé au sein de l'établissement (HAS 2008).
Remarque 6	Plusieurs des actions constatées dans l'établissement ne sont pas conformes à la procédure dédiée « Procédure de signalement des EI/EIG et des situations de maltraitance » : double circuit de déclaration des EI/EIG en interne, absence de mise en place de RETEX formalisé avec compte-rendu, absence de suivi des mesures préventives/correctrices des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration.
Remarque 7	Le tableau des effectifs présente des disparités importantes par rapport à l'EPRD 2022. L'EHPAD est sous doté en effectif d'ETP par rapport aux dotations financières dont il bénéficie. Et la répartition des effectifs par catégorie d'agent est très différente de la répartition prévue par l'EPRD.
Remarque 8	Le ratio d'encadrement des IDE et des AS est insuffisant.
Remarque 9	Les IDEC assurent des remplacements d'IDE en cas d'absence de vacataires, bien que cela ne figure pas sur la « Fiche métier IDEC ».
Remarque 10	Aucun tableau n'est utilisé pour obtenir une traçabilité des contrôles portant sur l'inscription des IDE à l'ordre des infirmiers.
Remarque 11	La mission a constaté que les dossiers administratifs des professionnels sont incomplets. De plus, les informations des dossiers administratifs est répartie sur deux supports différents (papier et numérique).
Remarque 12	Absence de groupes d'analyse de pratiques(HAS 2008).
Remarque 13	Aucune information précise ne figure dans le RAMA, notamment concernant le recours aux urgences (en autres les motifs) ; l'analyse des données des évènements indésirables et des complications liées aux soins.
Remarque 14	Dans le RAMA 2022, il est mentionné que la prise en charge bucco-dentaire des résidents n'est pas intégrée dans le dossier de soins. Le pourcentage des résidents ayant eu un bilan bucco-dentaire dans l'année -17%-, apparaissant toutefois dans le corps du RAMA est donc issu d'un

Numéro	Contenu
	comptage à partir d'une autre source d'informations que NETSoins®, ce qui pointe une dispersion des données.
Remarque 15	Le suivi et la remontée de l'information peuvent être impactés par la culture de l'oral présente dans cet établissement.
Remarque 16	Un protocole de chargement/déchargement devrait être établi afin d'organiser la co-activité (absent lors de la visite) ; les autorisations administratives de conduite sont à mettre en place pour les agents conducteurs de véhicules de l'établissement ; le plan de prévention n'a pas été établi lors de la réalisation des travaux ; la formation à la sécurité des agents doit être tracée.
Remarque 17	La déclinaison en objectif opérationnel de l'enquête de satisfaction 2022 étant en cours, il n'a pas été transmis le planning des réunions de travail en lien avec l'évolution des pratiques et de fonctionnement de la lingerie qui pourront répondre aux améliorations à apporter.
Remarque 18	La mission constate une absence d'évaluation du risque de chute (Test de Tinetti ou Get up and go) ; du risque de dénutrition (MNA) ; du risque de dépression (mini GDS) ; du nombre de résidents ayant été identifiés avec des troubles de la déglutition lors de la visite de l'admission.
Remarque 19	Aucune évaluation du risque de chute (Test de Tinetti ou Get up and go) n'est actuellement réalisée selon les informations issues des entretiens menés par la mission et les documents transmis. Aucune extraction de ces données n'est donc possible le jour de la mission. Il n'apparaît aucun élément d'analyse des chutes dans NETSoins®.
Remarque 20	Concernant le PVI : lorsque le PVI n'est pas signé, le motif de la non signature du tuteur ou de l'usager devrait être explicité dans le PVI ; le renouvellement des PVI devrait relever d'une programmation formalisée.
Remarque 21	La plupart des réunions ne font pas l'objet de comptes rendus, ce qui impacte défavorablement la transmission d'informations et la diffusion des bonnes pratiques au sein de l'équipe.
Remarque 22	L'absence de données IMC renseignées dans les dossiers médicaux nuit au repérage des résidents présentant un risque de dénutrition.
Remarque 23	L'absence d'informations sur le projet individualisé et de synthèses nuit à une bonne évaluation des besoins d'accompagnement en soins des résidents et à leur suivi.

Numéro	Contenu
Remarque 24	Le listing « Recueil alimentaire » et l'extraction NETSoins® ne sont pas cohérents, ce qui peut, de fait, nuire à une bonne prise en charge nutritionnelle, qui varie actuellement en fonction des sources d'informations.
Remarque 25	Aucune évaluation de la dénutrition (Test MNA) n'est actuellement réalisée à l'admission selon les informations issues des entretiens menés par la mission et des documents transmis. Aucune extraction de ces données n'est donc possible le jour de la mission.
Remarque 26	En raison, notamment de l'absence d'un orthophoniste intervenant à l'EHPAD, aucun enregistrement systématique des patients présentant des troubles de la déglutition n'a été mis en place. Aucune extraction de ces données n'est donc possible le jour de la mission.
Remarque 27	L'amplitude horaire entre le dîner et le petit-déjeuner peut dépasser une durée de 12 heures, ce qui contrevient aux recommandations du GEM-RCN et de la HAS 2007.
Remarque 28	Il n'existe pas de protocole formalisée et effectif dédié à l'astreinte médicale ni à la prise en charge médicale en cas d'urgence.
Remarque 29	Absence de conciliation médicamenteuse constatée au sein de l'EHPAD (HAS, 2017).
Remarque 30	Absence de réunions « Comité pharmaceutique » constatée par la mission.
Remarque 31	Absence de traçabilité relative au contrôle des blisters et des médicaments hors PDA par les IDE au moment de la livraison (Guide pour « la préparation des doses à administrer en EHPAD et autres établissements médico-sociaux » (ARS PACA 2017).
Remarque 32	Absence de liste et de procédure dédiée relative aux médicaments à écraser/ne pas écraser (guide OMEDIT 2022).
Remarque 33	Le suivi et la prise en charge de la douleur chez les résidents de l'EHPAD appelle à plus de rigueur et de systématisme, notamment dès l'entrée à l'EHPAD ; et en suivant le lien logique unissant la détection, la description et le diagnostic sur l'origine de la douleur, puis la prise en charge, notamment médicamenteuse, de la douleur.
Remarque 34	Eu égard aux particularités des prises en charge en soins palliatifs et à la pluralité des acteurs cités, il apparaît judicieux de formaliser un protocole de prise en charge et d'orientation adossé aux conventions établies avec ces différents acteurs.

Numéro	Contenu
Remarque 35	L'absence d'information sur le projet individualisé et de synthèses nuit à une bonne évaluation des besoins d'accompagnement des résidents et à leur suivi.
Remarque 36	Parallèlement aux tests MMS, aucune évaluation de la dépression (test mini GDS notamment) n'est mise en œuvre chez les résidents de l'EHPAD. Aucune extraction de ces données n'est donc possible le jour de la mission.
Remarque 37	Le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU), issu d'une extraction NETSoins® et comprenant de nombreuses pages, n'est pas totalement adapté à la gestion de l'urgence ; il correspond plutôt aux transmissions accompagnant les transferts de résidents hors situation d'urgence (HAS, Outils d'amélioration des pratiques professionnelles, 27.07.2015).
Remarque 38	Les conventions entre l'EHPAD et les partenaires extérieurs sont pour la plupart, soit anciennes, soit absentes; d'autres ne sont pas datées.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD Saint-Antoine de Padoue géré par l'organisme VYV3 IdF a été effectuée le 27 avril 2023 de façon inopinée.

Cet établissement avait fait l'objet d'une visite ciblée sur site, dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid 19 et au motif d'une instabilité de gouvernance, diligentée par l'ARS Ile de France le 9 mars 2021.

La mission d'inspection a constaté des points positifs.

- L'équipe de direction se stabilise avec une directrice en poste depuis près de deux ans, après un turn-over important, un médecin coordonnateur qui exerce également sur d'autres EHPAD du même groupe, deux IDEC, en poste respectivement depuis un an et 16 mois, et une psychologue présente depuis plus de six mois.
- Il existe un climat social favorable avec une équipe de direction à l'écoute des salariés et des retours positifs des usagers et des accompagnants rencontrés sur site, et une stabilité des professionnels pour la plupart des équipes soignantes en poste (IDE, AS).
- Il existe une culture de la déclaration des EI auprès des tutelles, qui doit être poursuivie et renforcée.
- Les projets de vie individualisés font l'objet de réunions de synthèse hebdomadaires, animées par la psychologue.
- L'amélioration de la prise en charge médicale et en soins est engagée avec un suivi des résidents, portée par le médecin coordonnateur et les deux IDEC, avec la tenue de réunions pluridisciplinaires et d'une commission de coordination gériatrique annuelle à laquelle

participent quelques partenaires libéraux.

- La majorité des résidents ont un médecin traitant.
- Les locaux sont agréables et spacieux avec un projet d'extension en cours d'étude au sein d'une aile condamnée dans l'EHPAD.

Le contrôle a identifié de nombreux écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles, avec des points de non-conformité ciblés majoritairement sur le défaut de formalisation/validation des procédures et de comptes rendus, un effectif réel inférieur au jour de l'inspection à l'ETP cible de l'EPRD 2022, le système d'appel malade dysfonctionnant et vétuste, des défaillances dans le circuit du médicament, un défaut d'entretien des locaux de soins et des réfrigérateurs dédiés aux médicaments thermosensibles :

- La capacité réelle de l'établissement est de 134 places en hébergement permanent versus une autorisation de 2016 de 158 places en hébergement permanent et de 10 places en accueil de jour,
- Le projet d'établissement (PE) caduc depuis 2018 et pour lequel la mission n'a pu constater de dynamique engagée pour le futur PE,
- Le temps de travail du MedCo rapporté comme étant à hauteur de 0,5 ETP, n'est ni suffisant au regard du temps règlementaire ; ni formalisé,
- Sur le plan des ressources humaines : un transfert de tâches avec près d'un quart de salariés faisant-fonction parmi les équipes soignantes (AS) ; les IDEC amenés à remplacer les IDE en leur absence ; une absence de formalisation de la répartition des missions entre les deux IDEC impactant la coordination ; l'articulation et l'efficacité des actions ; un effectif réel inférieur au jour de l'inspection à l'ETP cible de l'EPRD 2022 ; la vacance de poste du 0.5 ETP de psychomotricien,
- Une traçabilité insuffisante et une incohérence constatée, tant entre les différents supports de la gestion des ressources humaines que de la prise en charge en soins,
- Une politique de la bientraitance et de la qualité-à structurer en raison de l'absence de procédure, d'identification d'un référent, de groupe d'analyse de pratiques et de sensibilisation des professionnels aux outils existants (charte d'incitation à la déclaration) ; une culture de la déclaration existante qui est à conforter, une analyse et un suivi des EI à formaliser,
- Des manquements en termes de respect de la confidentialité des données de santé,
- L'absence de système de blocage des fenêtres dans plusieurs chambres et dans certains espaces collectifs,
- Un dispositif d'appel-malade vétuste et dysfonctionnant,
- Concernant la prise en charge médicale et en soins, un défaut de procédures concernant l'évaluation et le suivi gériatriques, un défaut de transmission et de traçabilité concernant les actes de soins,

- Concernant le circuit du médicament, un stockage des médicaments insuffisamment sécurisé ; des insuffisances en termes d'identitovigilance ; un défaut de traçabilité et de vérification des péremptions médicamenteuses ; un défaut de traçabilité concernant la vérification du sac d'urgence et un défaut d'entretien des locaux de soins,
- Un défaut de réactualisation ou de formalisation/validation des protocoles de soins, méconnus par les équipes soignantes, à l'exception du circuit du médicament récemment élaboré,
- Des partenariats à renforcer, des contrats à formaliser avec les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD et une convention avec la pharmacie d'officine non datée.

Au total, il est constaté vingt-huit écarts à la réglementation et à la formulation de trente-huit remarques, qui nécessitent que le gestionnaire et la Directrice de l'établissement engagent des actions de correction / d'amélioration.

Un contrôle concomitant, diligenté par l'ARS Ile de France le même jour, a été assuré dans le cadre du Plan d'Aide à l'Investissement du Quotidien (PAIQ) 2021. Ce contrôle a fait l'objet d'une lettre de mission et d'un rapport disjoints, afin de contrôler notamment l'utilisation du financement des travaux de remise en peinture de chambres des résidents et des salons.