



ARS Île-de-France

Mission conjointe : ARS Ile-de-France et Conseil départemental du Val-de-Marne

**Inspection sur place
2022-02-17**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**EHPAD ERIK SATIE
12, Rue Danielle Mitterrand. 94380 BONNEUIL SUR MARNE**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
1	Recours très régulier aux contrats à durée déterminée. Glissements de tâches des personnels qualifiés AS/AMP sur du personnel non qualifié. Personnels non qualifiés positionnés sur les fonctions d'aide-soignant.
2	Les contrats de séjour des résidents ne sont pas tous signés et/ou à jour. Les documents administratifs devant être classés dans le dossier administratif de l'usager ne sont pas tous signés et actualisés. La procédure d'admission n'intègre pas l'ensemble des outils de la Loi n°2002-2. Notamment, la remise des documents obligatoires n'est pas constamment tracée.
3	Le contrat de séjour type ne renvoie pas au règlement départemental d'aide sociale du lieu du domicile de secours du résident, contrairement à ce qui est prévu par la réglementation. Les hospitalisations de moins de 72h ne sont pas systématiquement déclarées lors de la facturation de l'aide sociale à l'hébergement (pour rappel, le ticket modérateur n'est plus facturé dès le 1er jour d'hospitalisation pour les GIR 5-6).
4	Le CVS ne se réunit pas trois fois par an, comme prévu par la réglementation. Le représentant du personnel au CVS n'a pas été élu.
5	Participation paraissant quasi nulle des médecins traitants à la vie de l'établissement. Glissement de tâche pour le médecin coordonnateur qui, en palliant le faible niveau de présence sur place des MT assure des missions de soins pour l'ensemble des résidents. Le MedCo est de fait le médecin traitant de 28 résidents, sans temps dédié à la prescription, ni intervention d'un médecin prescripteur salarié. La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas.
6	Les indications d'entrée et de sortie d'UVP ne font pas l'objet actuellement d'une décision tracée appuyée sur une analyse pluriprofessionnelle, intégrant une phase d'observation après l'admission.
7	En pratique, les plans de soins sont adaptés, mais la réalisation des soins ne fait pas l'objet d'un suivi tracé. En l'absence de traçabilité, il n'y a pas d'évaluation possible de la réalisation des soins.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
1	La visite de l'établissement a mis en évidence un manque d'entretien général des locaux. La maintenance générale du bâtiment est négligée ; des petits travaux de maintenance ne sont pas réalisés.
2	La mise à jour des projets personnalisés n'est pas planifiée pour l'ensemble des résidents. Le tableau des dates prévisionnelles d'actualisation n'est pas tenu à jour.
3	S'agissant des procédures, le logiciel BlueKanGo est bien alimenté, mais par le siège, les acteurs locaux sont peu impliqués dans son utilisation. Il n'y a pas de procédures internes qui viennent préciser et/ou adapter les procédures siège. Il n'y a pas de responsable clairement identifié au sein de l'établissement pour l'appropriation et la mise en place des processus et protocoles groupe. La centralisation excessive des réclamations et le peu d'implications des personnels ne sont pas de nature à la mise en place au niveau de l'établissement d'une politique et d'une culture permettant de favoriser la bientraitance.
4 5	Le système d'appel malade est défaillant : absence de réponse aux appels, connaissance de l'usage des dispositifs portables de signalement d'appels perfectibles, dégradations matérielles non réparées, défauts de maintenance. Absence de système d'enregistrement centralisé des appels et d'analyse des temps de réponse. De fait, pas de possibilité d'amélioration des pratiques (plusieurs réclamations reçues à l'ARS/CD portent sur ce sujet).
6	Le suivi des résidents déjà pris en charge au plan psychiatrique est assuré par les acteurs territoriaux (CMP). Cependant, il n'y a pas de connexion établie avec une structure spécialisée en gériopsychiatrie.
7	Taux très élevé (84%) de contentions, majoritairement barrières de lit, qui sont bien prescrites par le MedCo, mais sans traçabilité d'une décision collégiale en équipe pluridisciplinaire. Le jour de la visite, dans les dossiers de soins consultés, les prescriptions de contention établie fin décembre 2021 et périmées fin janvier 2022 figurent toujours dans les dossiers de soins et sont appliquées par les équipes soignantes. Absence de paramétrage du SI Titan™ obligeant le médecin à une nouvelle prescription complète au terme de l'échéance de la prescription en cours.
8	PECM – Relations avec l'officine : Pas de présence sur place régulière ou même épisodique de personnels de l'officine. Pas de liaison directe

Numéro	Contenu
	informatisée. Pas de possibilité de saisie directe des ordonnances par le pharmacien dans TITAN PHARMA™. Processus non sécurisé en cas de modification de traitement en cours de semaine. Circuit de reprise pour destruction des morphiniques non fiabilisé. Les ajustements ayant fait l'objet de la réunion du 25/05/2021 avec le responsable de l'officine et restant à prévoir n'ont pas fait l'objet en décembre 2021 d'un avenant à la convention tacitement reconduite à ce terme.
9	PECM – Administration des médicaments prescrits : Le personnel ne dispose pas d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir. Il n'a pas été présenté à la mission de document traçant la formation des AS à l'administration des médicaments. Du fait du glissement de tâche observé par ailleurs, les personnels faisant fonction d'AS mais ne disposant pas de la formation correspondante peuvent être amenés à assurer l'administration des médicaments. Ceci n'a toutefois pas été observé lors de la visite sur site, l'administration étant effectué par les IDE, parfois en binôme (UVP).
10	Qualité et gestion des risques Les outils relatifs à l'enregistrement des réclamations, événements indésirables et incidents de fonctionnement mis à disposition par le groupe dans l'application BlueKanGo sont utilisés. Certains signalements sensibles sont gérés directement au niveau régional. Le personnel est peu impliqué dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques associés aux soins dispensés au sein de l'EHPAD. Les entretiens n'ont pas permis d'identifier une dynamique d'établissement conduisant à la mise en œuvre d'un plan d'action priorisé portant sur l'amélioration des prises en charge.

Conclusion

L'inspection inopinée de l'EHPAD E. Satie s'est déroulée le 17/02/2022 dans de bonnes conditions, avec présence sur place de l'ensemble de l'équipe de direction.

La mission d'inspection a relevé **plusieurs points positifs** :

- Nomination en janvier 2022 d'un nouveau directeur en appui de l'actuelle adjointe de direction, en poste depuis 2018, et dans l'attente de la nomination de celle-ci en tant que directrice ~~~cheffe~~~ d'établissement. Ce directeur, bien qu'occupant ces fonctions « de transition » pour une durée limitée et de façon partagée avec la direction de deux autres EHPAD du groupe situé dans le département de seine Saint Denis, déclare prioriser à ce

stade la stabilisation du personnel soignant.

- Stabilité depuis 2020 de l'équipe formée par l'adjointe de direction, qui occupe un rôle central dans le fonctionnement général de l'établissement - sans toutefois bénéficier des prérogatives de direction -, du MedCo, de l'IDEC, et de la gouvernante.
- Le médecin coordonnateur en poste depuis 2020 et l'IDEC ont permis à l'établissement de faire face pendant les phases critiques de l'épidémie Covid-19.
- Locaux relativement récents, bien adaptés en ce qui concerne l'UVP, intégrant un petit plateau technique de kinésithérapie, mais nécessitant clairement un effort important de maintenance. A noter que la problématique récurrente concernant le défaut d'alimentation de certaines chambres en eau chaude était résolue le jour de la visite, (mais à l'inverse une température \ 50°C a été relevée dans certaines d'entre elles).

Cependant, la mission a également constaté qu'il existait actuellement des **écarts par rapport à la réglementation et a fait des remarques par rapport à l'application des bonnes pratiques** notamment en matière :

- De gestion des ressources humaines : recours très régulier aux contrats à durée déterminée, glissements de tâches des personnels qualifiés AS/AMP sur du personnel non qualifié.
- De respect des droits des résidents :
 - Les contrats de séjour des résidents ne sont pas tous signés et à jour ; la remise des documents prévus par la loi n°2002-2 n'est pas constamment tracée.
 - **Le taux des contentions est très élevé (84 % des résidents hors UVP ont une contention, majoritairement de type barrière de lit)** et le suivi des prescriptions relatives aux contentions est perfectible. La révision des indications et la mise en place urgente de dispositions alternatives à la mise en place de barrières de lit de remplacement sont nécessaires.
- **Absence de traçabilité des processus collégiaux conduisant aux décisions d'admission et de sortie d'UVP.**
 - Ces deux éléments, ainsi que l'absence d'annexes au contrat de séjour, pourtant obligatoires relatives aux **mesures individuelles concernant la liberté d'aller et de venir des résidents**, mettent en lumière le non-respect des dispositions réglementaires dans ce domaine.
- De suivi des projets d'accompagnement personnalisés :
 - Seulement 7 projets sont actuellement à jour sur l'ensemble des résidents accueillis ;
 - D'autre part, il n'y a pas de planification prévue pour leur mise à jour.
- De prise en compte et de traitement des besoins et demandes des résidents et de développement d'une politique de bientraitance :
 - **Le système d'appel malade est défaillant ; l'absence de système d'enregistrement**

centralisé des appels et d'analyse des temps de réponse empêche l'amélioration des pratiques à ce sujet.

- Le défaut de gestion des appels malades est redondant depuis l'ouverture de l'établissement, sans axe d'amélioration identifié à ce stade.

- Le logiciel BlueKanGo est bien alimenté par le siège en ce qui concerne les procédures et les outils de recueil des signaux (réclamations, EI, incidents). Cependant **les acteurs locaux impliqués** dans son utilisation et **dans l'amélioration de la qualité sont peu nombreux**. Le directeur n'a pas encore pu assurer le développement d'une politique d'établissement conduisant à l'appropriation par les équipes de la démarche d'amélioration de la qualité et de la promotion de la bientraitance.

- D'organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante :

- **Le médecin coordonnateur a la charge de 28 résidents au niveau des soins ce qui explique un glissement des tâches de coordination et des manquements dans ses missions.** Cette situation résulte de l'absence d'investissement des médecins traitants qui devrait être clairement problématisée et traitée de façon spécifique.

- **Absence de traçabilité de la réalisation des plans de soins, rendant impossible leur évaluation.** La mise en place toute récente du Wifi au sein de l'EHPAD, et la dotation en tablettes numériques annoncée par la direction pourraient contribuer à améliorer ce point.

- Absence de connexion avec des ressources/compétences en géro-psycho-geriatrie.

- **Relations et mode de fonctionnement avec l'officine ayant passé convention nettement perfectibles.**

- Nécessité d'une meilleure appropriation du logiciel Titan™ autant dans l'exploration de statistiques, que dans son adaptation aux futures tablettes pour les soignants permettant la traçabilité de leurs actes, et à l'amélioration de l'interface avec la pharmacie (actuellement refusé par l'officine).

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