

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

« Résidence Les Bords de Seine »

76 boulevard Bourdon à NEUILLY SUR SEINE (92600)

N° FINESS 92 002 367 8

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2018_0079

Déplacement sur site le 5 juillet 2018 et 6 août 2018

Mission conduite par

- Stéphanie MEDARD, inspectrice de l'action sanitaire et sociale / Coordinatrice de la mission / Agence régionale de santé Ile-de-France;
- Nelly BOUSSYGUINE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale / Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- Docteur Sophie GAUTHIER, médecin de l'Agence régionale de santé Ile-de-France, habilitée aux inspections.

Textes de référence

- Article L. 313-13 V du code de l'action sociale et des familles
- Article L. 1421-1 du code de la santé publique
- Article L. 1421-3 du code de la santé publique
- Article L. 1437-5 du code de la santé publique

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L311-1 et 2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés, conformément à l'article L311-2 du code des relations entre le public et l'administration :

- Ce rapport définitif sera communicable aux tiers à l'issue de la procédure contradictoire applicable au courrier de décisions envisagées par le Directeur général de l'ARS ;
- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L311-5, 2^o/f du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L311-6 du code des relations entre le public et l'administration dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :*

- *dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ;*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ;*
- *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique ».*

L'article L311-7 du code des relations entre le public et l'administration dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L311-5 et L311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjointer, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection et auquel le rapport est destiné, d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

SOMMAIRE

SYNTHESE	4
INTRODUCTION	6
I – LES CONDITIONS D’ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT	8
A. L’organisation du pilotage de l’établissement	8
1. La conformité aux conditions d’autorisation	9
2. Le projet d’établissement	10
3. La démarche d’amélioration continue de la qualité des prestations	11
B. L’organisation du travail	13
1. Une instabilité de la gouvernance	13
2. L’organisation des effectifs soignants	17
C/ Les conditions de prise en charge	19
1. Les modalités d’accueil, d’accompagnement.....	19
2. Les conditions d’accueil de [REDACTED]	21
II – L’ORGANISATION DES SOINS A TRAVERS LA PRISE EN CHARGE DE [REDACTED] ..	24
A/ La prise en charge des soins de [REDACTED]	24
1. L’évolution de [REDACTED]	24
2. [REDACTED]	27
3. L’état [REDACTED]	29
4. L’état [REDACTED]	30
5. La coordination des soins.....	31
B/ La prise en charge médicamenteuse de [REDACTED]	32
C/ L’environnement et les partenariats	34
III – LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES	36
A/ Plan bleu	36
B/ La prévention de la maltraitance	37
1. La communication avec les familles et les proches	37
2. Le traitement des réclamations	37
3. La prévention de la perte d’autonomie	39
C/ La gestion des évènements indésirables graves	40
1. La gestion des évènements indésirables internes.....	40
2. Les signalements de la direction de l’EHPAD	41
IV – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	42
V – CONCLUSION	44
VI – LISTE DES SIGLES UTILISES	45
VII – ANNEXES	46

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission d'inspection

L'inspection de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Résidence les Bords de Seine », était non programmée dans le ciblage régional d'inspection-contrôle pour l'année 2018. Elle a été ciblée par la Délégation Départementale des Hauts-de-Seine, suite à la réception de plusieurs réclamations et signalements par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France entre 2016 et 2018.

Une situation en 2018, a particulièrement attiré l'attention de l'Agence, s'agissant de réclamations et d'un signalement déclaré par l'établissement portant sur la même résidente. Ce cas traite à la fois de suspicion d'actes de maltraitance et de défauts de soins au sein de cet établissement.

Le Conseil départemental qui est également compétent concernant les conditions d'hébergement des personnes âgées en EHPAD a réalisé une inspection en début d'année 2018. Il n'était donc pas utile d'organiser une inspection conjointe en juillet 2018, l'ARS a décidé d'investiguer uniquement sur son champ de compétence.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Les domaines d'investigation de cette mission d'inspection portent plus particulièrement sur l'organisation et le fonctionnement général de l'EHPAD, l'organisation des soins, la gestion des risques et la prévention de la maltraitance. Une analyse spécifique de la situation de ■■■■■■■■■■ par les différents signaux a également été réalisée afin d'identifier d'éventuels dysfonctionnements dans sa prise en charge.

Il s'agit d'une mission d'inspection inopinée afin de pouvoir vérifier sur place l'existence ou non d'actes de maltraitance dans l'établissement. Compte tenu de ses objectifs, l'équipe d'inspection est constituée en formation pluridisciplinaire et associe deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et un médecin, habilité à l'inspection en qualité d'inspecteur désigné, conformément à l'article L.1435-7 du code de la santé publique (CSP).

La mission s'est présentée le 5 juillet 2018 à la direction et a rencontré le médecin coordonnateur le 6 août 2018, car ce dernier était en congé en juillet. Une visite des locaux s'est déroulée en présence de la direction. L'équipe d'inspection a mené huit entretiens individuels et a consulté six dossiers de résidents.

Principaux écarts et remarques formulés par la mission d'inspection

La mission d'inspection a relevé plusieurs manquements au regard du code de l'action sociale et des familles et des recommandations des bonnes pratiques de l'établissement concernant l'accompagnement des résidents.

Au jour de l'inspection, le directeur de l'EHPAD avait pris ses fonctions depuis moins d'un an, alors que la direction avait connu un turn-over important. Les missions confiées au médecin coordonnateur, à l'infirmière coordinatrice et à l'infirmière référente manquent de cohérence. L'établissement n'a formalisé aucune convention avec les services d'aides à domicile qui interviennent au sein de l'établissement.

L'étude du dossier de [REDACTED] par les signaux fait apparaître des dysfonctionnements dans la qualité de sa prise en charge : modalité d'admission, défauts de transmissions, de soins et de coordination dans certaines situations, en lien avec un manque de rigueur au niveau de certaines procédures administratives et médicales et un déficit en personnel soignant associé à une instabilité de celui-ci.

La gestion des risques n'est pas suffisamment travaillée. Le suivi du plan d'action d'amélioration de la qualité fait état d'actions reportées. L'établissement doit s'attacher à analyser les dysfonctionnements de prise en charge et proposer des mesures correctrices afin d'améliorer l'accompagnement des résidents.

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

L'EHPAD « Résidence les Bords de Seine » implanté sur la commune de Neuilly-sur-Seine se positionne (sur son site internet) comme une « *maison de retraite haut de gamme* », la plupart des résidents ont vécu avec un niveau de vie élevé et ont coutume de vivre dans un cadre de vie privilégié. En 2016, l'Agence régionale de santé (ARS) a réceptionné sept réclamations concernant cet établissement et deux signalements de professionnels en 2017.

En 2018, l'Agence a été destinataire de deux réclamations concernant [REDACTED], l'une de [REDACTED] et l'autre de [REDACTED]. [REDACTED] fait état de suspicion de maltraitance, du manque de qualité de la prise en soins, [REDACTED] quant à lui relate un constat de chute sans intervention du personnel, l'absence de soins d'hygiène et de prévention de son état dépressif.

Dans le même temps, l'ARS a reçu un signalement de la direction de l'EHPAD concernant les difficultés de relation avec l'entourage de [REDACTED] et une suspicion d'attouchements sexuels à son égard. Une information sur la base de l'article 40 du code pénal a été effectuée auprès du procureur de la République par le directeur de l'EHPAD.

[REDACTED] a mis fin au contrat de séjour le 2 mars 2018. [REDACTED] a été transféré [REDACTED] [REDACTED] pour une prise en charge à [REDACTED] [REDACTED]

B/ Modalités de mise en œuvre de la mission

Cette mission d'inspection inopinée est organisée par l'ARS dans son domaine de compétence, conformément à l'article L.313-13 V du CASF¹. Par ailleurs, il s'agit pour l'équipe d'inspection de vérifier que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne compromettent pas l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique et moral des résidents, au regard des réclamations concernant la prise en charge [REDACTED] et des signalements de la direction.

L'équipe d'inspection est constituée de trois personnes dont un médecin habilité à l'inspection et deux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

La mission d'inspection a fait l'objet d'un courrier d'information adressé le 5 juillet 2018, jour de la visite, par voie postale au directeur général du gestionnaire, le groupe Orpéa².

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place³. Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 5 juillet 2018 et le 06 août 2018.

¹ Article L.313-13 V / CASF : « Pour les établissements et services et lieux de vie et d'accueil relevant d'une autorisation conjointe, les contrôles prévus à la présente section sont effectués de façon séparée ou conjointe par les agents mentionnés aux II à IV du présent article, dans la limite de leur compétence respective. ».

² Lettre d'annonce adressée au groupe Orpéa

³ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 2

Au cours de la première visite, l'équipe d'inspection a rencontré le directeur de l'établissement et mené des entretiens avec l'infirmière coordinatrice (IDEC), un médecin coordonnateur d'un EHPAD voisin du même groupe pour permettre d'accéder au dossier de ██████████, le médecin référent régional du groupe gestionnaire, une maîtresse de maison, la psychologue, un aide-soignant, un aide médico-psychologique et un représentant du conseil de la vie sociale (CVS). A l'issue de cette visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec le directeur.

Au mois d'août, le médecin de l'équipe a rencontré le médecin coordonnateur de l'EHPAD qui était en congé le jour de la première visite.

Conformément à la demande du directeur général de l'ARS, la mission d'inspection a exercé un contrôle de protection des personnes. A cet effet, les agents chargés du contrôle ont vérifié que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne menacent ni ne compromettent l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique et moral des résidents accueillis dans cet établissement conformément à l'article L.313-14 du code de l'action sociale et des familles.

C/ Présentation du gestionnaire ORPEA

Les EHPAD sont définis à l'alinéa 6 de l'article L312-1⁴ et à l'article L313-12⁵ du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Situé au 76 boulevard Bourdon à Neuilly-sur-Seine (92600), l'EHPAD « Résidence les Bords de Seine » est géré par le groupe privé à but lucratif ORPEA.

Le groupe ORPEA a été créé en 1989 pour diriger les établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie. Le groupe est un acteur majeur de la prise en charge de la dépendance. Il est présent dans 12 pays différents, tels que la France, la Belgique, l'Allemagne, le Portugal, le Brésil ou la Chine.

ORPEA propose aussi bien un hébergement que des services, le groupe gère :

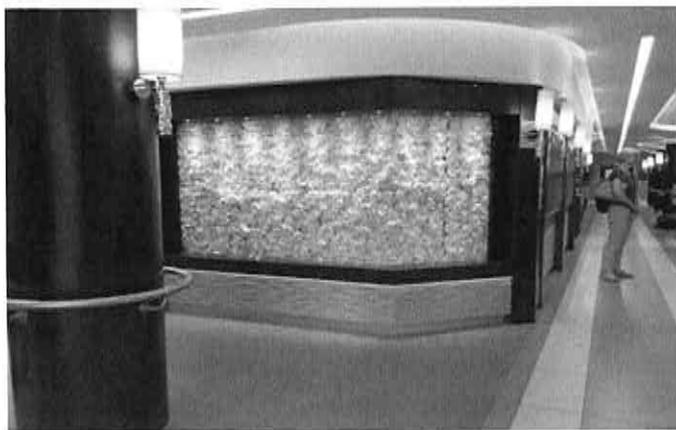
- des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- des cliniques de soins de suites et de réadaptation (CLINEA) ;
- des cliniques psychiatriques ;
- des services d'aides à domicile (DOMIDOM et Adhap services) ;
- des résidences services seniors.

En France, le siège social du groupe ORPEA est situé dans les Hauts-de-Seine à Puteaux, il gère 357 établissements répartis sur tout le territoire.

⁴ Article L312-1, alinéa 6 / CASF : « Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés d'une personnalité propre (...) les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

⁵ Article L313-12 / CASF : « Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L312-1 qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (...) ».

D/ Présentation de la « Résidence les Bords de Seine »



L'autorisation de création de l'EHPAD « Résidence les Bords de Seine » a été formalisée par un arrêté conjoint du préfet des Hauts-de-Seine et du Président du Conseil général des Hauts-de-Seine du 25 mars 2009. La capacité totale autorisée est alors fixée à 135 lits (répartis lors de la visite de conformité dans 125 chambres simples et 5 chambres doubles) et 10 places d'accueil de jour. L'établissement, lors de son ouverture en 2010, présente une capacité installée conforme.

Par la suite au vu du taux d'occupation et à la demande du gestionnaire, le Directeur général de l'ARS et le Président du Conseil général des Hauts-de-Seine ont modifié cette autorisation, par arrêté conjoint du 23 février 2015 portant réduction de la capacité d'hébergement de 10 lits, la capacité totale passant alors de 135 lits à 125 lits dont :

- 115 lits d'hébergement permanent,
- 10 lits d'hébergement temporaire,
- 10 places d'accueil de jour (jamais mises en œuvre en raison d'une implantation, au sein de l'établissement, sans entrée indépendante).

La convention tripartite pluriannuelle signée par l'établissement le 30 juin 2010 avec le Conseil général des Hauts-de-Seine et l'ARS a été modifiée par avenant du 6 août 2016. Dès le 1^{er} janvier 2018, un CPOM 2018-2022 a été conclu et a remplacé la convention tripartite.

I – LES CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

A. L'organisation du pilotage de l'établissement

1. La conformité aux conditions d'autorisation

L'EHPAD « Résidence les Bords de Seine » se présente comme une « maison de retraite haut de gamme » avec des terrasses et vue sur l'île de la Jatte située sur la Seine, aux confins de Neuilly-sur-Seine et Levallois-Perret⁶. L'EHPAD s'adresse à une population aisée.

Occupant un immeuble spacieux en R+6, les 125 lits sont répartis dans les étages 1 à 6. A l'ouverture de l'établissement, il était prévu un accueil de jour au 1^{er} étage, deux unités Alzheimer de 14 lits chacune aux 3^{ème} et 4^{ème} étages, une unité pour grands dépendants au 6^{ème} étage. Depuis, l'espace réservé à l'accueil de jour a été dédié à l'organisation de « repas thérapeutiques » destinés aux résidents dénutris, à des ateliers d'animation et thérapeutiques ainsi qu'au bureau commun à la psychologue et à la psychomotricienne.

Une salle de kinésithérapie équipée de matériels techniques (espace de marche entre barre, espalier, vélo d'appartement ...), un espace de balnéothérapie et des espaces collectifs répondant à des critères hôteliers de haute gamme : grand salon avec un espace bar/salon de thé, un espace convivial pour accueillir des conférences ou des concerts ; un restaurant et des salles à manger en étage dédiées pour les unités de soins adaptées et les repas thérapeutiques, un salon de coiffure, des espaces de circulation larges et moquetés avec diffuseurs d'huiles essentielles dans les couloirs.

Un dossier de création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) a été adressé aux autorités de tarification et de contrôle par courrier en date du 18/01/2015, qui n'a pas été retenu. Il est précisé dans le CPOM 2018-2022 que le gestionnaire a proposé d'aménager, en lieu et place de l'actuel accueil de jour, un PASA⁷ pouvant accueillir, chaque jour, 14 résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée associée à des symptômes psycho-comportementaux modérés. Toutefois, l'ARS ne finance plus l'ouverture de nouveaux PASA.

Contrairement à la répartition des résidents suivant leur niveau de dépendance, telle que décrite dans le Projet d'établissement 2014-2018, la direction a indiqué lors de la visite d'inspection que les résidents étaient installés dans les étages de manière à équilibrer la charge en soins et en accompagnement.

Il est à noter l'existence de 2 unités de soins adaptées (nouvelle dénomination des unités protégées), situées aux 3^{ème} et 4^{ème} étages. Lors de notre visite, l'unité du 3^{ème} étage était en cours de fermeture pour travaux afin d'ouvrir à sa place, à la rentrée, une unité pour « les grands dépendants », le 4^{ème} étage restant une unité accueillant des résidents présentant des troubles du comportement.

Deux « listes des résidents » différentes, ainsi qu'une liste des intervenants médicaux avec liste des résidents pris en charge, ont été éditées et remises à la mission le jour de l'inspection, faisant état respectivement de 99, 103 et 106 résidents présents. Par ailleurs, selon l'assistante de direction, deux résidents s'ajoutent à la liste des 103, dont l'avenant au contrat de séjour est en cours de signature. La mission n'est pas en mesure de connaître le taux de présence réel de l'EHPAD au jour de l'inspection.

⁶ Rapport d'évaluation interne 24/06/2013, page 4 et <https://www.orpea.com/maison-de-retraite-les-bords-de-seine-neuilly-sur-seine-92>

⁷ Le PASA est un espace aménagé dans l'EHPAD dédié à l'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neurodégénératives durant la journée. Les personnes âgées qui y sont accueillies à la journée peuvent éventuellement venir de l'extérieur. Les PASA (pôles d'activités et de soins adaptés) ne proposent pas d'hébergement.

Remarque n°1 : L'absence d'une liste fiable des résidents présents dans l'EHPAD ne garantit pas la sécurité des résidents et de mesurer le taux de présence de l'établissement.

La distinction entre les lits d'hébergement permanent (115 lits) et les lits d'hébergement temporaire (10 lits) n'a pas été précisée à la mission. Parmi les 73 admissions dénombrées en 2017, 42 l'ont été pour des séjours à titre temporaire.

La durée moyenne de séjour s'établit à 24 mois et la moyenne d'âge des résidents se situe à 89 ans au 31/12/2017⁸.

Les résidents (en hébergement permanent et temporaire) accueillis sont relativement autonomes : au 31/12/2017, 15,6% des résidents relèvent des groupes iso-ressources 5 ou 6, 41,1% des GIR 3 et 4 et 43,3% des GIR 1 et 2.

La population accueillie ne répond par conséquent que partiellement aux critères de dépendance, les données régionales 2017 (CNSA-Galaad) font état d'un pourcentage de GIR 1 à 4 de plus de 95,1%, alors que celui de l'EHPAD, le jour de la 1^{ère} visite, est de 82,2%.

Le dernier Groupe iso ressources moyen pondéré (GMP) de l'établissement validé en 2017 (indicateur qui exprime le niveau de dépendance des résidents en hébergement permanent) s'élève à 691 (722 : moyenne nationale 2016 et 734 : moyenne régionale⁹) et le Pathos moyen pondéré (PMP) validé en 2017 (indicateur qui évalue les besoins en soins techniques requis) à 194 (194 : moyenne nationale 2015 et 226 moyenne nationale 2017).

2. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement en vigueur couvre la période 2014-2018 ; il arrive donc à échéance.

Il a été réalisé lors du second semestre 2013, concomitamment à la réalisation de la première évaluation interne. Conformément à l'article L311-8 du CASF, il indique une date de réunion de consultation du Conseil de la vie sociale (CVS) au cours de laquelle il était soumis pour avis.

Ce projet d'établissement définit six thèmes déclinés en 47 objectifs qui comportent le pilote et le calendrier de mise en place ; toutefois, la mission d'inspection constate qu'il n'y a pas d'indicateurs d'évaluation. Selon ce calendrier, 33 objectifs opérationnels ont comme échéance le 1er trimestre 2014, seuls deux s'étendent jusqu'en 2018.

Si les objectifs en matière de coordination des soins et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement sont présentés, les objectifs en matière de coopération (ancrage des activités dans le territoire avec des partenariats formalisés) ne sont pas suffisamment développés.

⁸ Source : Rapport annuel d'activité médicale 2017

⁹ Données GALAAD IDF CNSA 2017

La mission d'inspection prend acte que la réécriture du projet d'établissement est prévue à compter du 10/09/2018 d'après le « Plan d'actions qualité - Gestion des risques » de l'établissement. Il est préconisé d'obtenir la participation des usagers, familles et partenaires (Cf. conclusions de l'évaluation externe de 2014 présenté infra) ainsi que celle des équipes. La mission invite l'établissement à suivre les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » (Mai 2010/ANESM-HAS).

Le projet d'établissement existe mais la mission ne constate pas une réelle appropriation de celui-ci par le personnel.

Remarque n°2 : Le projet d'établissement n'a pas été assez porté par l'institution pour permettre une réelle appropriation du personnel.

3. La démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations

Conformément à la circulaire du 21 octobre 2011 qui précise le cycle des évaluations et l'organisation de la démarche qualité, l'établissement relève du « régime de droit commun », applicable aux établissements autorisés et ouverts après la date de promulgation de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Les établissements doivent communiquer les résultats de l'évaluation interne tous les cinq ans et procéder à deux évaluations externes au plus tard sept ans après la date de l'autorisation et deux ans avant la date de son renouvellement.

L'évaluation interne

L'établissement, depuis son ouverture, a procédé à une évaluation interne durant le 1er semestre 2013. Une présentation de la démarche auprès des personnels et aux résidents et/ou aux familles a eu lieu lors de réunions d'information générale et du Conseil de la vie sociale en février 2013. Elle a donné lieu à l'organisation de groupes de travail associant les professionnels. Une restitution aux résidents et aux familles était prévue en septembre 2013.

Le rapport d'évaluation interne, construit à partir des cinq axes préconisés par l'ANESM¹⁰, a porté sur 16 thèmes, auquel sont associés 15 indicateurs qualité. Il a donné lieu à un plan de 52 actions couvrant ces cinq axes :

- 1- la garantie des droits individuels (1^{er} thème décliné en 5 actions) et collectifs (2^{ème} thème : 5 actions) ;
- 2- la prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents : douleur (3^{ème} thème : 2 actions), chutes (4^{ème} thème : 3 actions) , escarres (5^{ème} thème : 1 action), dénutrition (6^{ème} thème : 3 actions), troubles de l'humeur et du comportement (7^{ème} thème : 3 actions), risque infectieux (8^{ème} thème : 4 actions), continuité des soins (9^{ème} thème : 1 action) ;
- 3- le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance : déplacement et accompagnement des personnes non valides (10^{ème} thème : 4 actions), capacités à la toilette (11^{ème} thème : 2 actions) ;

¹⁰ Recommandation ANESM/HAS « L'Evaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », février 2012

4- la personnalisation de l'accompagnement : projet personnalisé (12^{ème} thème : 4 actions), personnalisation des activités (13^{ème} thème : 4 actions), maintien des liens sociaux (14^{ème} thème : 3 actions) ;

5- l'accompagnement de la fin de vie : le soutien des proches et des professionnels (15^{ème} thème : 3 actions) et l'accompagnement de la personne (16^{ème} thème : 3 actions).

Cette évaluation interne est déclinée dans un outil de suivi dont la mise à jour, en date du 4 avril 2018, a été consultée par la mission. Cet outil identifie pour chaque action le responsable, l'indicateur de suivi et l'échéance de réalisation, permettant de suivre l'état d'avancement de ces actions (« partiel » ou clôturé). A la date du 4 avril 2018, 36 actions étaient réalisées et 16 sont « reportées sur la prochaine évaluation interne ».

D'après cet outil, 83 actions découlent d'une nouvelle évaluation interne datant de 2017.

Ecart n°1 : L'absence de transmission à l'ARS de l'évaluation interne datant de 2017 n'est pas conforme à l'article D.312-203 du CASF¹¹.

Parmi les 31 actions non abouties de cette nouvelle évaluation interne (cf. le « Plan d'actions qualité-gestion des risques » du 07/07/2018), la mission relève en particulier celles-ci :

- l'absence d'analyse en équipe de la totalité des fiches d'amélioration et des courriers de réclamation traités dans l'année écoulée ;
- les nouveaux salariés n'ont pas été formés à la « prévention de la maltraitance » ;
- les échelles « Doloplus » et « Algoplus » sont à développer (formation soignants) ; tous les salariés n'ont pas été formés au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur ;
- en 2017, tous les résidents n'ont pas un bilan bucco-dentaire annuel ; il n'y pas de convention avec un dentiste ; le personnel soignant n'a pas été formé sur l'hygiène bucco-dentaire ; absence de conventions de partenariat signées avec un centre de consultation mémoire, un établissement psychiatrique. Le thème de la prévention de la dénutrition, identifié dans les actions issues de l'évaluation interne de 2013, avait déjà été prorogé ;
- l'Évaluation gériatrique standardisée (EGS) doit être tracée sur Netsoins™ par le médecin coordonnateur ; la grille AGGIR n'est pas réalisée dans les 15 jours suivant l'entrée du résident ; pas de projet personnalisé/animation du résident ; en outre l'ensemble des projets de vie individualisés (PVI) n'est pas réalisé dans le mois suivant l'entrée du résident et l'intégralité des PVI n'est pas révisé systématiquement tous les ans a minima et tous les 6 mois en unité de soins adaptés ; la fiche recueil des goûts du résident n'est pas remplie lors de l'admission ; la gestion des séjours temporaires est à parfaire (objectif : réussir à faire une réunion de fin de court séjour). Cependant la mission a pu constater pour le cas de la résidente concernée l'EGS et le PVI ont été élaborés dans les délais ;
- en 2017 comme en 2013, peu de directives anticipées sont recueillies ; le personnel est insuffisamment formé sur l'accompagnement en fin de vie.

¹¹ Article D.312-203 du CASF : « Les résultats de ces évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans ou, pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel, lors de la révision du contrat ».

L'évaluation externe

L'évaluation externe a été effectuée les 20 et 21 janvier 2014 par une société habilitée et le rapport a été finalisé le 14 avril 2014. Cette évaluation externe est déclinée dans un outil de suivi dont la mise à jour en date du 7/07/2018 a été consultée par la mission. Elle a apporté une appréciation sur les suites réservées aux résultats de l'évaluation interne.

Les axes d'amélioration sont les suivants :

- améliorer le taux de PVI et de projets de soins individuels (PSI) (70% début 2014, du fait de l'absence de médecin coordonnateur) ;
- en ce qui concerne la prise en charge de douleur de la douleur, le réajustement des traitements prescrits par les médecins traitants n'est pas optimal ; la douleur n'est pas réévaluée suite à la délivrance du médicament ;
- il conviendrait de nommer un référent « nutrition » afin de respecter les prescriptions de suivi alimentaire : l'IDEC ;
- les IDE ne doivent pas retranscrire les ordonnances sur le logiciel de soins¹² car les médecins traitants ne le font pas ;
- limiter le turn-over des soignants.

Le département qualité du groupe Orpéa supervise la réalisation des évaluations ; le référent interne de la démarche qualité est le directeur de l'établissement. La démarche qualité apparaît à la mission pilotée et tracée : l'établissement a mis en place l'outil « Plan d'actions qualité-gestion des risques » afin de suivre les divers plans d'action issus des différents outils qualité du groupe Orpéa, conformément aux préconisations de l'évaluation interne de 2014.

La mission relève néanmoins que le rapport d'activité médicale annuel de 2017 est automatisé et sans analyse ni proposition de plan d'actions sur les axes d'amélioration.

B. L'organisation du travail

1. Une instabilité de la gouvernance

La première directrice a occupé le poste 4 ans, mais à partir d'octobre 2014 quatre directeurs se sont succédés à la tête de la structure avant l'actuel directeur, en poste depuis le 3 octobre 2017.

La « Résidence les Bords de Seine » est dirigée par un directeur ayant les titres requis pour assurer la direction d'un EHPAD conformément à l'article D.312-176-6 du CASF [REDACTED]. Le directeur a présenté à la mission, en lieu et place d'une fiche de poste, une « fiche métier directeur (trice) exploitation » signée le [REDACTED] par l'intéressé, l'identité du cosignataire n'est pas indiquée.

Les « activités principales » qui y sont détaillées sont conformes aux missions dévolues aux directeurs d'EHPAD, c'est-à-dire le pilotage et la mise en œuvre :

¹² En réalisant des retranscriptions de prescriptions médicales sur le livret d'accueil de de l'infirmier intérimaire et vacataire, l'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques professionnelles car c'est une pratique à risque par l'erreur éventuelle de recopiage.

- ✓ du projet d'établissement,
- ✓ des ressources humaines et de la logistique,
- ✓ de la gestion administrative et budgétaire,
- ✓ du fonctionnement de l'établissement,
- ✓ des relations avec l'extérieur.

Conformément à l'article D.312-176-5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), le directeur en poste lors de l'inspection a présenté à la mission un document unique de délégation (DUD) cosigné par l'intéressé le [REDACTÉ] et par le Directeur général du groupe Orpéa. Toutefois, ce document unique de délégation vise les précédentes fonctions de directeur d'un autre EHPAD du Groupe Orpéa, « Les Terrasses de Mozart » (Paris, 16^{ème}). Il n'est donc pas valable pour le poste actuel de directeur de l'EHPAD « Résidence les Bords de Seine ».

Ecart n°2 : Le document unique de délégation du directeur ne respecte pas les dispositions de l'article D.315-176-5 du CASF¹³.

Remplacement du directeur et astreinte administrative les nuits et les week-ends

Deux procédures internes au groupe Orpéa sont remises à la mission concernant l'organisation de la permanence de direction :

- « Gestion des plannings, absences – directeur et cadres », procédure datée du 1^{er}/10/2008 : il est indiqué que les cadres et directeurs adressent chaque jeudi leur planning pour les 15 jours à venir, le directeur régional fixant ensuite son propre planning ; il s'agit là d'une simple description du circuit des demandes d'absences ;
- « Conduite à tenir pour la continuité de la fonction de direction », procédure datée du 1^{er}/06/2018 :
 - au sein de l'établissement, si l'établissement dispose d'un adjoint de direction, le directeur et ce dernier ne s'absentent pas en même temps ;
 - quelque soient les raisons de son absence, le directeur doit s'assurer qu'un référent formé est présent sur son établissement ;
 - au sein du bassin géographique, en semaine, en cas de déplacement, le directeur doit s'assurer qu'un autre directeur est disponible en cas d'urgence ;
 - le week-end, le directeur assure une permanence par roulement (un week-end sur trois ou quatre en fonction de la zone géographique) avec nécessité d'être présent tout le week-end sur son propre établissement.

La seconde procédure précise que, lors des absences du directeur, le directeur adjoint assure temporairement son remplacement « afin de pouvoir prendre les dispositions nécessaires et l'alerter en cas de problème ».

L'établissement a un système d'astreintes et a formalisé un planning en ce sens.

¹³ Article D.312-176-5 du CASF : « Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit privé, mentionnés au I de l'article L. 312-1, lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel ».

Organigramme

Un organigramme général est remis à la mission. Il n'est que partiellement nominatif (postes à responsabilité) et n'est pas daté.

Médecin coordonnateur

Un contrat de travail à durée indéterminée a été signé entre l'EHPAD et le médecin coordonnateur le [REDACTED], l'identité du cosignataire n'y est pas indiquée. Y est annexé une fiche de poste du médecin coordonnateur ou « fiche métier » type du groupe gestionnaire, signée également le [REDACTED] par l'intéressé. Les « activités principales » mentionnées sur la première page de cette fiche reprennent les cinq premières missions dévolues aux médecins coordonnateurs d'EHPAD, telles que prévues par la réglementation. Cependant, le document remis ne comporte que deux pages sur les trois et les missions 6 à 14 ne sont pas répertoriées.

Son temps de présence pour sa fonction de coordination est de 0,50 équivalent temps plein pour 0,60 attendu dans un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places.

Ecart n°3 : Le temps de coordination du médecin coordonnateur ne répond pas aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF¹⁴.

Il a été indiqué à la mission qu'il assure le rôle de médecin traitant, [REDACTED], pour trois résidents. Aucune clause dans son contrat de médecin coordonnateur n'y fait référence et il n'a pas signé de contrat-type portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux en EHPAD.

Ecart n°4 : Le médecin coordonnateur n'a pas signé de contrat-type portant sur ses conditions d'intervention au titre de médecin libéral au sein de l'EHPAD, conformément à article R. 313-30-1 du CASF¹⁵.

Conformément à l'article D.312-157 du CASF, le médecin coordonnateur de l'EHPAD est titulaire d'un diplôme de [REDACTED]

Le jour de la seconde visite, le médecin coordonnateur a transmis les comptes rendus des commissions de coordination gériatrique :

- **En 2016 :** aucune, en raison de sa prise de fonction dans un contexte difficile (direction et encadrement de soins instables)

¹⁴ Article D312-156 du CASF : « Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes doit se doter d'un médecin coordonnateur. Pour les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à : -un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ».

¹⁵ Article R.313-30-1 du CASF : « Ces contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel. »

- **En 2017** : deux comptes rendus.
 - Le 4 juillet. En dehors des intervenants, y ont participé pour les professionnels libéraux ou non-salariés un seul médecin traitant et le médecin biologiste du laboratoire d'analyses médicales et pour l'établissement, la directrice, l'IDEC et la psychomotricienne. Les sujets abordés étaient : le plan d'actions de lutte contre la dénutrition avec la mise en place d'un restaurant thérapeutique ; le partenariat avec les hôpitaux de proximité pour éviter le passage aux urgences ; la définition d'un score d'éligibilité à la conciliation médicamenteuse.
 - Le 22 décembre. En dehors des intervenants, y étaient présents pour les professionnels libéraux ou non-salariés un seul médecin traitant et le médecin biologiste du laboratoire d'analyses médicales et pour l'établissement, la directrice, la psychologue et la psychomotricienne. Les thématiques développées étaient : la stratégie de prise en charge des chutes interdisciplinaires et la filière gériatrique du territoire.
- **En 2018** : un compte-rendu.
 - Le 21 juin. En dehors des intervenants, y ont participé pour les professionnels libéraux ou non-salariés le médecin biologiste du laboratoire d'analyses médicales et pour l'établissement, la psychologue.
L'ordre du jour portait sur la prise en charge non médicamenteuse de la douleur, l'iatrogénie médicamenteuse et une réflexion éthique « la perte d'autonomie et la dignité », à propos d'un cas.

Force est de constater que :

- Les participants sont très peu nombreux : les médecins traitants sont quasiment absents ; le pharmacien est absent alors que deux commissions relèvent de ses compétences ; les kinésithérapeutes sont absents s'ils ne sont pas intervenants alors que chaque commission concernait leur profession ;
- Aucun suivi des décisions arrêtées lors des commissions de coordination gériatrique n'est mis en œuvre ;
- La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas assez régulièrement.

Ecart n°5 : La tenue de deux commissions de coordination gériatrique doit être organisée au moins tous les ans selon les dispositions de l'article D.312-158-3° du CASF¹⁶.

Infirmière coordinatrice

Au regard de la fiche de poste de l'infirmière coordinatrice (IDEC) transmise par l'EHPAD, il ressort une incohérence avec celle du médecin coordonnateur. Il n'est pas fait référence sur sa fiche de poste à son lien fonctionnel avec le médecin coordonnateur. Cependant, il est indiqué qu'elle agit sous la délégation du médecin coordonnateur pour la prise en charge gériatrique et l'organisation des soins des résidents. L'IDEC coordonne notamment les équipes de soins et fixe les plannings.

¹⁶ Article D.312-158 du CASF : « 3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. »

Ecart n°6 : La fiche de poste de l'infirmière coordinatrice n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-158-1° du CASF¹⁷.

Infirmière référente

En plus d'une infirmière coordinatrice, l'EHPAD possède une infirmière référente (IDER). La fiche de poste d'infirmière référente ne mentionne pas qu'en l'absence des IDE, elle les remplace pour réaliser les soins des résidents. Par ailleurs, la mission s'interroge sur la pertinence d'avoir deux encadrants des équipes soignantes au détriment de soins direct auprès des résidents, sachant qu'il n'y a que deux infirmières pour 125 places.

Remarque n°3 : L'existence d'un poste d'infirmière référente ne permet pas d'améliorer le ratio infirmier auprès des résidents.

2. L'organisation des effectifs soignants

Selon le planning des personnels soignants du mois de juillet 2018, les infirmiers sont constitués en deux équipes en alternance de deux infirmiers (IDE). Le binôme infirmier est assuré tout le mois de juillet pour prendre en charge tous les résidents de l'EHPAD, hormis 10 jours durant lesquels l'IDE était seule.

Le directeur a pu créer deux postes IDE supplémentaires pour un total de sept infirmiers dont l'IDEC soit par roulement trois IDE, dont deux IDE et une IDER. L'IDE référente était en congé le jour de la 1^{ère} visite. De plus, un poste d'IDE est en cours de recrutement après le départ de l'une d'entre elles.

Selon ce même planning soignant pour juillet 2018, deux équipes en alternance d'aides-soignants (AS) et auxiliaires de vie sociale (AVS) sont dédiées à chacun des étages 1 à 4 (unités « classiques »). Deux équipes sont affectées par roulement à chacune des deux unités de soins adaptés (USA) situées aux 3^{ème} et 4^{ème} étages. Enfin deux équipes se chargent par roulement des deux 5^{ème} et 6^{ème} demi-étages. L'effectif est ainsi réparti dans le planning de juillet ci-dessous :

Etage	Nombre de résidents	Effectif AS/AV	Ratio résidents/agent
1er	23	3	7,66
2 ^{ème}	25	3	8,33
3 ^{ème} hors USA	18	2	4,5*
3 ^{ème} /USA		2	
4 ^{ème} hors USA	25 dont 11 hors UP et 14 UP	1,5 (2 en équipe n°1 et 1 en équipe n°2)	7
4 ^{ème} /USA		2	
5 + 6 ^{èmes}	12	2 puis 1,5 (1 en équipe n°1 à c/ du 14/07)	6 puis 8

¹⁷ Article D.312-158-1 : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : 1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ; »

**UP du 3^{ème} étage en cours de fermeture ; ratio non calculé pour l'unité protégée du 3^{ème} étage faute d'avoir le nombre de résidents y étant alors pris en charge*

Or, selon le procès-verbal du CVS du 6 décembre 2017, la direction indique que « ... le taux d'encadrement est d'une aide-soignante (AS) pour sept résidents au maximum (une AS pour quatre résidents [à l'USA] au 3^{ème} étage) ». En juillet, ce taux n'est pas respecté pour une partie des équipes d'AS/AVS.

Les équipes soignantes des unités classiques sont composées de quatre AS/AVS aux 4^{ème} et 5^{ème}/6^{ème} étages et de six AS/AVS aux 1^{er} et 2^{ème} étages. La mission en déduit que les fonctions des AVS sont les mêmes que celles des AS.

Écart n°7 : Il n'est pas de la compétence des auxiliaires de vie sociale de réaliser seules des toilettes conformément à l'arrêté du 4 juin 2007.

Selon les entretiens, les unités de soins adaptés (USA) de 14 lits bénéficient chacune de deux aides-soignants (confirmé le jour de la 1^{ère} visite d'inspection, dont un vacataire) et d'une maîtresse de maison affectée aux deux USA.

Depuis octobre 2016, les deux postes de maîtresses de maison dédiés à l'hébergement classique ont été révisés, un a été supprimé, l'autre orienté vers les deux USA.

Chez ORPEA, leurs missions sont orientées vers le soin, ainsi les fiches de poste des maîtresses de maison indiquent qu'elles participent aux soins de nursing en USA ou ceux difficiles dans les autres unités, elles assurent la mobilisation de l'équipe soignante aux animations. Ces missions relèvent de la compétence des aides-soignantes ou AMP et nécessitent une formation spécifique.

Dans cet EHPAD, à la date de la 1^{ère} visite, ce poste est occupé par une aide-soignante placée en transversalité pour coordonner les USA. Celle-ci participe à la cohésion des prises en charge, à la définition du projet d'animation, au respect des procédures et également aux soins en fonction de la charge de travail.

En ce qui concerne l'effectif soignant de nuit, sur l'étude des 15 premiers jours du planning prévisionnel de juillet 2018, la première équipe de nuit est composée d'une AS expérimentée et de trois autres personnels dont la qualification n'est pas précisée dans le planning. La mission s'interroge sur la qualification de ces personnels et sur leur type de contrat (vacataires ou non).

L'établissement recourt à de nombreux personnels en contrat à durée déterminée (CDD).

L'EHPAD a remis à la mission une procédure intitulée « Embauche d'un nouveau salarié et intégration » datée du 1^{er} juin 2018. Cette procédure décrit la procédure administrative de recrutement mais ne constitue pas un dispositif d'encadrement et d'intégration des nouveaux salariés, stagiaires et intérimaires à proprement parler.

Remarque n°4 : Dans un contexte de turn-over du personnel important, l'absence de dispositif d'encadrement et d'intégration des nouveaux salariés, stagiaires et intérimaires ne permet pas d'envisager une intégration progressive du nouvel arrivant avec une formation en binôme¹⁸.

C/ Les conditions de prise en charge

1. Les modalités d'accueil, d'accompagnement

Les conditions d'admissions

Le rapport d'activité 2017 indique comme :

- Critères d'exclusion :
 - Les seringues électriques en voie veineuse ou port à cath (chambre implantable) ;
 - Les aspirations trachéales fréquentes en longue durée ou nocturne ;
 - Les changements de canules de trachéotomie ;
 - L'alcoolisme non sevré ;
 - Les maladies psychiatriques avec risques (suicide, maladies psychiatriques chroniques actives ;
- Cause des refus médicaux d'admission :
 - Les troubles psychiatriques non stabilisés.

La procédure d'admission précisée dans le projet d'établissement 2014-2018 est laconique¹⁹. Elle ne fait pas état de la phase de préadmission, étape permettant de vérifier l'adéquation entre l'état de santé du candidat et de ses souhaits avec la capacité de l'établissement à répondre à ses besoins.

Remarque n°5 : L'absence de précision sur la procédure d'admission dans le projet d'établissement, et notamment l'absence de mention de la phase de préadmission n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques²⁰.

Livret d'accueil

Un livret d'accueil du résident daté de septembre 2017 est remis à la mission. Ce livret est remis à tous les résidents lors de leur admission.

Le contrat de séjour

Les contrats examinés par la mission sont plus souvent signés par l'accompagnant que par le résident. Le directeur a indiqué rechercher la signature du résident quand c'est possible, aussi tous les contrats ne sont pas signés des résidents même s'ils ne bénéficient pas de mesure de protection.

¹⁸ Recommandation HAS/ANESM : "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance"- Décembre 2008

¹⁹ Admission du résident dans le projet d'établissement 2014-2018 : « L'admission d'un résident est réalisée après la validation du dossier médical par le médecin coordonnateur. Lors de l'entrée du résident, notre infirmière coordinatrice se rend dans la chambre afin de recueillir l'histoire de vie, les renseignements administratifs (personnes à prévenir ...), le choix de l'établissement en cas d'hospitalisation, les instructions diverses (allergies, régimes ...). »

²⁰ Recommandation ANESM/HAS : « Qualité de la vie en EHPAD – volet 1 »

Le résident peut être assisté par une personne de son choix, appelée Personne de confiance, désignée en application de l'article L. 311-5-1 CASF.

Ecart n°8 : La signature du contrat de séjour relève du résident lui-même ou de son représentant légal conformément à l'article D.311²¹ du CASF.

Modalités d'accompagnement

La formalisation des projets de vie individuels (PVI) est un axe de progression du plan d'actions qualité. Il a en effet fait l'objet d'un plan d'action à l'issue des évaluations internes successives de 2013 (« Il n'existe pas de projet personnalisé du résident » et « Absence de PVI pour les résidents » au 30/06/2017), puis de 2018 (« L'intégralité des PVI n'est pas révisé tous les ans a minima et tous les six mois en unité spécifique Alzheimer », en état d'avancement partiel au 4/04/2018).

Il ressort des entretiens que les projets personnalisés ne sont pas revus annuellement.

Remarque n°6 : L'absence d'actualisation des projets personnalisés ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques de la HAS.²²

Les résidents ont la possibilité de personnaliser leurs chambres. Toutes les chambres sont équipées de lits médicalisés, les fenêtres sont à doubles vitrages, les chambres sont spacieuses. Les résidents peuvent donc installer leur propre mobilier. La mission a constaté lors de la visite la présence de photographies dans les chambres, de petite bibliothèque, fauteuil, tableaux. Certains résidents ont accès à des balcons depuis leurs chambres et il leur est permis de fumer sur les balcons pour ceux qui le souhaitent.

Au vu du profil des résidents ayant un niveau de vie élevé, ces derniers attendent d'une « maison de retraite de standing » un accompagnement personnalisé. C'est pour cette raison que plusieurs résidents font appel à des dames de compagnie extérieures à l'établissement (aides-soignantes ou animatrices) pour les aider dans les actes de la vie quotidienne (aller chercher un gilet, les accompagner en sortie, faire les courses).

Néanmoins, il apparaît que des tâches comme l'aide à la prise de médicaments peuvent être déléguées aux dames de compagnie. Or, aucune formation par l'infirmière, ni aucune délégation de tâche n'a été formalisée entre l'EHPAD et les dames de compagnie. Aucune traçabilité n'est assurée.

Ecart n°9 : En ne disposant pas de conventions précisant les conditions d'intervention des dames de compagnie au sein de l'EHPAD, l'établissement n'est pas en conformité avec l'article L.312-1-II alinéa 5 du CASF²³.

²¹ Article D.311 du CASF : « Ce contrat est conclu entre la personne accueillie ou son représentant légal et le représentant de l'établissement ».

²² Recommandations ANESM/HAS : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », (volet 1) Décembre 2008.

²³ Article L.312-1-II al5 du CASF : « Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention ».

L'hébergement temporaire

Cette activité est importante pour 10 places autorisées : comme indiqué plus haut, parmi les 73 admissions dénombrées en 2017, 42 l'ont été pour des séjours à titre temporaire. Aussi, si le précédent projet d'établissement 2013-2018 cite le titre, aucun projet de service n'y est proposé²⁴.

La mission souligne l'importance de l'action identifiée lors de l'évaluation interne de 2017 visant au « développement d'une politique de gestion des séjours temporaires ».

Dans le prochain projet d'établissement, le projet de service concernant les 10 places d'hébergement temporaire sera à développer.

Remarque n°7 : L'absence de mention des 10 places d'hébergement temporaire dans le projet d'établissement n'est pas conforme à la circulaire du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

2. Les conditions d'accueil de [REDACTED]

L'admission

Il ressort des entretiens et des documents transmis que [REDACTED], a été admis [REDACTED], sans avoir été examiné [REDACTED] par le médecin coordonnateur, qui a apprécié son état de santé à partir des échanges avec le médecin hospitalier où [REDACTED] était hospitalisé [REDACTED]. Elle va séjourner à l'EHPAD jusqu'au [REDACTED].

Remarque N°8 : Un examen médical sur personne est nécessaire pour une évaluation de la compatibilité de l'état de santé de la résidente avant son admission, conformément aux recommandations ANESM/HAS²⁵.

[REDACTED] était auparavant suivie à [REDACTED] [REDACTED] mais un des médecins de cet hôpital a demandé au médecin coordonnateur d'admettre [REDACTED] en EHPAD, car l'hôpital ne pouvait plus poursuivre sa prise en charge.

Pour l'établissement d'accueil, l'état psycho-gériatrique de [REDACTED] était stabilisé à l'entrée. Dans le rapport d'activité 2017, il est précisé qu'un état psychiatrique avec risque (suicide, maladies psychiatriques chroniques actives) sont des critères d'exclusion et que les troubles psychiatriques non stabilisés sont une cause de refus médical d'admission (0% en 2017).

[REDACTED]

[REDACTED]

²⁴ Projet d'établissement 2014-2018, page 62

²⁵ Recommandation ANESM/HAS : « Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 » De l'accueil de la personne à son accompagnement – janvier 2011.

Par ailleurs, [REDACTED] est entré [REDACTED] dans l'EHPAD, sans avoir bénéficié d'une information éclairée sur son nouveau lieu de vie [REDACTED]

Lors de la visite de préadmission, il n'y a pas eu de colloque singulier avec le médecin coordonnateur, celui-ci ayant été en étroites relations avec le médecin hospitalier, détenteur de l'ensemble des éléments du dossier médical.

Son entrée lui a été présentée comme une période de convalescence lui permettant, selon son état, de retourner à son domicile. La crainte était que [REDACTED] refuse son admission si elle avait su qu'elle entrait en EHPAD.

Ce procédé reposait, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Remarque N°9 : L'admission ne repose pas sur une information éclairée de [REDACTED] pour éviter son refus d'admission ce qui est contraire à l'article L.311-4 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques²⁶.

Il a été indiqué à la mission que [REDACTED]. La présence de l'annexe « liberté d'aller et venir » n'a pas pu être vérifiée, car [REDACTED] ayant quitté l'établissement son dossier a été archivé et n'est plus accessible.

A son arrivée, [REDACTED], fonction exercée par un mandataire judiciaire.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Le médecin coordonnateur est le médecin traitant de [REDACTED].

A l'entrée, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

²⁶ Recommandation HAS/ANESM Qualité de vie en EHPAD - volet 1 De l'accueil de la personne à son accompagnement – janvier 2011.

[REDACTED]

Le projet personnalisé

[REDACTED]
[REDACTED] ; il n'est pas signé. La présence des dames de compagnie y est indiqué comme essentielle pour [REDACTED] rassurer et l'accompagner aux activités ou sortir dans le jardin de la résidence.

Le projet personnalisé n'a pas été actualisé selon les changements de situation de la personne (et/ou de son représentant légal), des proches ou des professionnels. Le projet personnalisé, bien qu'élaboré à l'entrée de [REDACTED], n'a pas été actualisé à son retour d'hospitalisation (Cf. **Remarque n°6**).

[REDACTED]

[REDACTED]

Par ailleurs, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED] Malgré l'interdiction des visites, plusieurs personnes ont tenté sans autorisation d'entrer en contact avec [REDACTED]

[REDACTED]

Le changement de chambre rapide après son entrée

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Ecart n°10 : L'absence de transmissions régulières par l'équipe soignante (d'autant plus quand l'état de santé d'un résident est instable) ne garantit pas une circulation optimale des informations et ne facilite ni la continuité des soins ni leur individualisation conformément à l'article L.311-3-3° du CASF²⁸.

Néanmoins, la mise en place d'une surveillance particulière, comme préconisée dans le protocole « [REDACTED] », est identifiée avec notamment :

- le transfert en USA ;
- l'ouverture d'une cible « éviter les dangers » dans les transmissions dès le 21 septembre ;

²⁸ Article L311-3 du CASF : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. »

- et l'organisation de prises en charge non médicamenteuses : art-thérapie via plus particulièrement la zoothérapie, balnéothérapie non mise en œuvre (panne puis refus de la résidente d'entrer dans l'eau), thérapie snoezelen individuelle.

[REDACTED]

La mission note que la procédure [REDACTED] est bien appliquée.

[REDACTED]
L'évaluation gériatrique d'entrée ne mentionne pas de troubles du comportement.
[REDACTED]

[REDACTED]
Le suivi recommandé par l'évaluation du NPI-ES pour les personnes présentant des troubles du comportement est d'au moins une fois par mois, voire toutes les semaines en période de crise nécessitant une évaluation rapprochée de l'évolution de la symptomatologie.
[REDACTED]

Remarque n°10 : L'outil d'évaluation NPI-ES n'est pas utilisé conformément aux recommandations de l'HAS.

[REDACTED]

Le cahier de liaison entre les dames de compagnie et le personnel de l'EHPAD instauré par le service d'aides à domicile (SAD) n'a pu être mis à la disposition de la mission, celui-ci ayant été, a priori, récupéré par le SAD au départ de [REDACTED] de l'EHPAD.
Par ailleurs, les transmissions papier, reportées sur l'agenda annuel complété par les équipes de jour pour les soignants de nuit, n'ont pas été remises, bien que demandées.

[REDACTED]

²⁹ Signification NPI-ES : abréviation franco-anglaise d'Inventaire Neuro-Psychiatrique (Neuro-Psychiatric Inventory) de l'Equipe Soignante

[Redacted text block]

Aucune trace n'est trouvée dans les transmissions. (Cf. **Ecart n°10**).

[Redacted text block]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted] La mission s'interroge sur l'information au médecin traitant-coordonnateur de cet épisode [Redacted]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[REDACTED]

[REDACTED]

Le protocole ORPEA « En cas de chute » précise que « *toute chute doit être examinée par un médecin dans les meilleurs délais et la famille prévenue* » et « *PS : il vaut mieux appeler le médecin pour un simple hématome que de passer à côté d'une fracture méconnue* ».

Lors du constat de chute établi le [REDACTED] :

- les constantes, telles que préconisées dans le protocole, ont été relevées et notées.
- l'infirmière a été prévenue et a cherché à joindre la [REDACTED]
- Cependant, il est noté que la famille n'a pas été prévenue ni le médecin coordonnateur, comme préconisé dans le protocole.

[REDACTED]

Le protocole « analyse et prévention des chutes » est partiellement mis en place par le remplissage de la fiche de recueil de données.

L'analyse de [REDACTED] n'a pas été faite et par conséquent la mise en œuvre éventuelle de mesures préventives impossible.

L'évaluation gériatrique réalisée à l'entrée n'évalue pas le risque de chutes généré chez [REDACTED] par les effets secondaires de certains traitements.

[REDACTED]

3. L'état [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Aucune autre transmission ne sera faite sur le sujet, ni le lendemain ou les jours suivants.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] (Cf. Ecart n°10).

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Les soins requis ne sont pas retrouvés dans le dossier de transmissions (absence de transmissions dans les données transmises entre [REDACTED] et le [REDACTED]) et les traitements non répertoriés dans l'historique médicamenteux et les « traitements en cours et à venir » du dossier de liaison. (Cf. Ecart n°10).

4. L'état [REDACTED]

L'évaluation gériatrique à l'entrée rapporte [REDACTED]. Le poids et la taille de la résidente n'y sont pas répertoriés. Le poids mesuré le jour de l'entrée est retrouvé sur le suivi de la courbe de poids.

Son poids est suivi mensuellement. A compter du [REDACTED], est tracée une aide complète à la prise de l'ensemble des repas.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

La version remise du protocole de prise en charge de la dénutrition du sujet âgé développé par ORPEA date du 1^{er} juin 2018 et est donc postérieur à l'épisode de dénutrition mis à jour dans le dossier de [REDACTED].

Lors de cet épisode, les recommandations HAS d'avril 2007 ne sont pas respectées puisque [REDACTED] présente une situation à risque de dénutrition par l'existence [REDACTED]

[REDACTED] Bien qu'un suivi des prises alimentaires soit mis en place à compter de fin novembre, aucun enrichissement de son régime alimentaire n'a été prescrit par le médecin.

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Elle

ne comprend pas cette limitation et évoque de la maltraitance.

Remarque n°11 : Les recommandations de la HAS concernant le suivi nutritionnel ne sont pas respectées pour tous les résidents.

5. La coordination des soins

La prise en charge de [REDACTED] par le médecin traitant, également médecin coordonnateur. Ces deux rôles ne sont pas distincts et l'exercice de son rôle de médecin traitant s'exerce sur son temps de coordination.

La coordination

Différents niveaux de coordination sont à considérer :

- En interne : entre les équipes de jour et de nuit ; entre les personnels de missions différentes : soignants, infirmiers, médecin coordonnateur, auxiliaires médicaux ;
- Et avec les intervenants extérieurs.

La mission a pu constater que les transmissions ne sont pas réalisées de façon systématique (absence de mention d'une chute, présence d'hématomes...). De ce fait, en ne disposant pas d'informations à jour, la continuité et la qualité des soins sont remises en cause : [REDACTED]
[REDACTED] ... (Cf. **Ecart n°10**).

B/ La prise en charge médicamenteuse de [REDACTED]

Le dossier de [REDACTED] permet l'étude de plusieurs points à partir des procédures du circuit du médicament. La mission a investigué la prise en charge médicamenteuse de [REDACTED] et non le circuit du médicament de l'établissement dans sa globalité.

Différents manquements à la procédure « Circuit du médicament- Récupération, Création et Gestion des Prescriptions et fiches de traitement » de novembre 2016, sont mis à jour par la mission :

- Les ordonnances originales papier ou saisie sur support informatique, imprimée et signée doivent être conservées mais leur copie n'a pas été mise à disposition de la mission.

[REDACTED]

A noter, la non poursuite d'un médicament du traitement de sortie reportée dans le compte rendu d'hospitalisation [REDACTED] sans justification dans le dossier de [REDACTED]. Il n'a pas été indiqué à la mission si ces originaux sont conservés ou non dans le dossier des résidents.

[REDACTED]

[REDACTED] (Cf. Ecart n°10)

Les protocoles « Circuit du médicament – Gestion du Rangement et de la Préparation des Médicaments délivrés », « Préparation des Doses à administrer (PDA) avec déconditionnement », « Ecrasement et Sécabilité des traitements Recommandations », « Encadrement de la gestion Personnelle des Médicaments » et « Circuit du Médicament – Stupéfiants ou Assimilés » ont été transmis à la mission.

Le protocole de la distribution des médicaments (version 10 du 01/11/2017) n'est pas complet. Il manque la procédure « Situation d'Urgences » en cas d'ingestion de médicaments non voulu.

- En l'absence du relevé des actes de distribution, il n'est pas possible d'analyser les données transmises par l'EHPAD, ni celles issues des réclamations.
- Au vu des transmissions, les aides-soignantes de nuit de l'EHPAD ont respecté la procédure en indiquant dans les transmissions les incidents de distribution, au nombre de 16.

[REDACTED]

[REDACTED]

Par ailleurs, une analyse approfondie n'a pas été possible en l'absence du relevé de distribution des médicaments de [REDACTED] qui n'a pas été mis à la disposition de la mission.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Les transmissions dans le logiciel

[REDACTED]

Du [] au [] matin, aucune transmission n'est retrouvée, sans justification à la date de reprise des transmissions, le [] au soir, ainsi que certains jours/nuits (14 autres périodes sans transmission depuis le début de sa prise en charge) alors que la prise en charge de la résidente est difficile.

[]
[]
[]
[]

[]
[]
[]
[]
[]
[] (Cf. **Ecart n°10**).

Les données extraites du logiciel sont difficiles à analyser :

- les dates de transmissions ne sont pas toujours chronologiquement répertoriées ;
- les observations médicales du médecin traitant-coordonnateur peuvent être à rechercher à différents endroits du dossier, dans les « transmissions », les « observations » et/ou dans « les autres prescriptions en cours et à venir » ;
- les traitements médicamenteux sont également à rechercher dans différentes parties du dossier : « l'historique médicamenteux », les « traitements en cours ou à venir », les « transmissions » et/ou les « observations » et, reproduits plusieurs fois ou pas.

Les transmissions écrites

Leur défaut est à souligner à différents temps de la prise en charge ainsi que leur qualité. Le dossier de transmissions écrites met en exergue la non homogénéité de celles-ci d'un soignant à l'autre, leur irrégularité dans le temps, voire leur absence. (Cf. **Ecart n°10**).

Pour rappel, le dossier médical du résident est un outil professionnel qui contient des informations concernant la santé du résident, recueillies par les professionnels de santé. Il assure la traçabilité de toutes les actions effectuées et est un outil d'information, de communication et de coordination entre les acteurs de soins du résident.

Plus particulièrement, []
[]
[]

C/ L'environnement et les partenariats

La mission a pris connaissance des documents remis par la direction concernant les modalités, formalisées ou non, des relations entre les partenaires et l'EHPAD.

Les conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs, SOS médecins) :

- trois conventions signées [redacted] (soins de suite ou rééducation fonctionnelle) [redacted]
- la convention de coopération avec la Filière gériatrique [redacted] qui assure aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé et s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD aux structures sanitaires requises par leur état de santé. [redacted] assure la permanence des soins pour les résidents.
- une convention renouvelée avec [redacted]
- deux conventions de partenariat passées avec le service d'HAD [redacted]

La collaboration du médecin coordonnateur aux réseaux gérontologiques coordonnés et réseaux de santé :

- Il n'existe pas à proprement parler de collaboration avec le réseau de santé plurithématique, gériatrique, soins palliatifs, oncologie et accès aux soins, du territoire.
- Le médecin coordonnateur, [redacted], initie les prises en charge et au besoin les oriente vers l'hôpital [redacted]. Il en est de même pour la gériatrie, où il fait appel à ses correspondants avec qui il travaille depuis 10 ans à [redacted]

La signature par les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD d'un contrat conforme au contrat-type prévu par l'arrêté du 30/12/2010 :

- Sur 41 médecins généralistes libéraux intervenant au sein de l'EHPAD, le jour de la visite 9 contrats portant sur les conditions d'intervention sont signés :
 - huit ont été entre 2011 et 2013, dont pour l'un d'entre eux par un médecin qui n'est pas répertorié sur le site AMELI de l'assurance maladie (plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation : départ à la retraite, changement de région, voire décès...), un 9^{ème} contrat ne portant quant à lui ni date ni numéro RPPS du praticien ni signature d'un représentant de l'EHPAD, le nom du praticien n'étant pas non plus répertorié sur AMELI ;
 - parmi les huit médecins ayant signé le contrat d'intervention, six exercent toujours à l'EHPAD et suivent 15 résidents. Sur l'ensemble des médecins intervenants, six suivent plus de 50% de la population de l'EHPAD dont seulement deux ont signé le contrat d'intervention ;
- une convention a été signée le [redacted] avec une officine de pharmacie, fournisseur de prestations pharmaceutiques à l'EHPAD, [redacted]
- une convention a été signée le [redacted] avec un masseur-kinésithérapeute, exerçant à [redacted] et portant mise à disposition par l'EHPAD d'un local moyennant indemnisation par ce professionnel de santé libéral ;
- une convention a été signée avec un cabinet d'audioprothésistes, [redacted].

Comme mentionné à l'**Ecart n°4** : L'absence de signature des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux, médecins traitants, intervenant en EHPAD ne répond à l'article R.313-30-1 du CASF.

Les conventions passées avec les médecins généralistes, le masseur kinésithérapeute, les audioprothésistes et le pharmacien d'officine mentionnent leur participation à la commission de coordination gériatrique prévue par l'article D.312-158 du CASF. La mission a constaté que seul le kinésithérapeute a participé à une des trois commissions présidées par le médecin coordonnateur actuel ainsi que deux médecins libéraux, non signataires du contrat d'intervention.

[REDACTED]

Dans le rapport d'activité 2017 rédigé par l'EHPAD, aucune analyse du fonctionnement des conventions signées n'est présentée alors que certaines conventions le prévoient, comme celles avec la filière gériatrique et les HAD.

A noter, le protocole de « Circuit du médicament- Récupération, Création et Gestion des Prescriptions et fiches de traitement » mentionne qu'une proposition de signer le contrat-type est faite au médecin traitant et s'il refuse, son refus serait tracé sur la convention et classé dans le classeur de convention.

Remarque n°12 : Outre le fait qu'elles ne sont pas mises à jour, l'absence d'analyse des conventions ne permet pas à l'EHPAD d'engager une réflexion sur des axes d'amélioration.

III – LA PREVENTION ET LA GESTION DES RISQUES

A/ Plan bleu

Aucun plan bleu n'avait été transmis à la Délégation Départementale des Hauts-de-Seine. Toutefois, l'EHPAD a communiqué à la mission un plan bleu datant de mai 2018. Ce plan mentionne les différentes modalités d'organisation de l'EHPAD en cas de déclenchement d'une situation de crise.

Différentes situations exceptionnelles sont envisagées : canicule, grand froid, confinement, vents violents, inondations.

Il existe des fiches actions spécifiques, pour la canicule la fiche a été élaborée en mai 2017 rédigée par la direction adjointe, validée par le Directeur et approuvée par la direction régionale d'Orpéa. Cette fiche détaille les actions à entreprendre selon les différents niveaux d'alerte.

Des climatiseurs sont présents dans chaque chambre et sont mis en route selon la demande des résidents. Les couloirs et salons de chaque étage sont également climatisés. Le jour de l'inspection, l'équipe d'inspection a pu observer que les résidents au sein de l'EHPAD ne souffraient pas de la chaleur extérieure.

En juin, le personnel de l'EHPAD a reçu une formation relative au plan bleu et notamment au plan canicule. L'IDER est chargé de se rendre dans les étages et de rappeler les consignes d'hydratation et de stimuler les résidents pour les inciter à boire.

La mission a pu constater lors de sa visite que le personnel sert à boire aux résidents pendant la journée, l'hydratation des résidents est surveillée et tracée quotidiennement.

B/ La prévention de la maltraitance

1. La communication avec les familles et les proches

A l'accueil se trouve un cahier de réclamations, les familles ou accompagnants font part de ce qu'ils ont apprécié ou les améliorations qu'ils attendent de l'EHPAD. Il existe également un livre d'or également à l'accueil. Les familles ou les résidents expriment leur ressenti sur le séjour.

La mission constate l'existence d'un conseil de la vie sociale (CVS) qui se réunit régulièrement et s'avère actif, à la lecture des comptes rendus. Le représentant des usagers rencontré par la mission fait état de sa satisfaction en ce qui concerne ses conditions de prise en charge. Toutefois, la mission a pu constater que les derniers comptes rendus du CVS ne sont pas affichés dans l'établissement.

2. L'étude des réclamations concernant [REDACTED]

L'analyse des griefs des réclamants à partir de l'étude du dossier de [REDACTED] met en évidence des difficultés de communication entre les parties.

La réclamation du service d'aide à domicile

[REDACTED]

[REDACTED]

La définition des rôles de chacun, personnel du SAD et de l'EHPAD, n'est pas définie. Il est par conséquent difficile d'avoir un avis objectif au regard de certaines allégations énoncées par le personnel du SAD.

Aucune convention n'a été signée avec les personnes, appelées « dames de compagnie » par l'EHPAD, intervenant à titre privé auprès de certains résidents, alors qu'elles peuvent se substituer au personnel de l'EHPAD pour certaines missions. (Cf. Ecart n°9).

Par ailleurs, il n'a pas été possible d'interroger les personnels considérés, ni d'étudier le cahier de liaison du SAD avec leurs transmissions écrites, le cahier complété par leurs soins ayant été repris par les premières à la sortie définitive de [REDACTED].

La difficulté de communiquer est réciproque entre les équipes des deux structures.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

En effet, la mission a été informée qu'il est arrivé que les personnes ayant fait des chutes soient parfois restées plusieurs heures au sol après la chute, sans qu'aucun personnel ne leur vienne en aide. L'EHPAD ayant plus de 100 places, le personnel ne passe pas souvent dans les chambres. Les résidents qui chutent ne sont pas toujours en capacité d'activer l'appel malade qui peut être placé loin de leur point de chute. Le médaillon se porte comme un collier et peut donc être activé dès que la personne a fait une chute. Si les tests sont positifs, l'expérimentation pourra être étendue.

Soins de nursing

Selon les entretiens avec le personnel, le nombre de toilettes est fait en fonction des besoins des résidents, les protections hygiéniques sont commandées en quantité suffisante.

Animation

Le planning des animations remis à la mission d'inspection fait état d'activités multiples et régulières. Des prestations de coiffure, d'esthétique sont proposées.

Si les personnels soignants rencontrés par la mission témoignent de leur intérêt pour ce volet « animation » de leur travail, l'évaluation interne de 2017 fait toutefois état d'une insuffisante implication des équipes soignantes. Par ailleurs, l'encadrement des bénévoles, un des objectifs posés à l'issue de l'évaluation interne de 2013, a été reporté et reconduit lors de l'évaluation suivante de 2017.

Prévention de la dénutrition

Une cuisine thérapeutique a été mise en place par la psychologue afin de prévenir le risque de dénutrition qui frappe souvent les personnes âgées qui entrent en EHPAD. Un suivi alimentaire est donc réalisé et une stimulation alimentaire pour ceux qui n'ont plus d'appétit. Le poids des résidents est également tracé dans Netsoins™.

C/ La gestion des événements indésirables graves

1. La gestion des événements indésirables internes

Il ressort des entretiens que certains personnels connaissent l'existence des fiches d'événements indésirables et les remplissent, d'autres non.

En parallèle de la complétude de la fiche d'événement indésirable, le personnel prévient par ailleurs l'infirmière coordinatrice et le directeur. Cette culture orale est connue de tout le personnel.

C'est le directeur, en qualité de responsable de l'établissement qui décide ou non de le qualifier d'événement indésirable grave (EIG) et s'il faut le signaler à l'ARS.

Un protocole de signalement d'un événement indésirable grave dont la dernière actualisation date de janvier 2018 a été remis à la mission d'inspection. Cette procédure prévoit l'information immédiate de la direction en cas d'EIG.

Il n'est pas écrit que le personnel doit remplir la fiche d'EI ce qui peut expliquer sa méconnaissance par une partie du personnel.

Remarque n°13 : L'absence de groupe de réflexion interne sur la notion d'événement indésirable ne permet pas son identification claire par le personnel.

Les retours sur les suites d'un évènement indésirable se font sur le temps de transmission et en réunion pluridisciplinaire.

2. Les signalements de la direction de l'EHPAD

La direction a signalé à l'ARS et au Conseil départemental ses difficultés avec la prise en charge de [REDACTED] et plus particulièrement avec son entourage.

[REDACTED]

[REDACTED]

Suite à cela la Délégation départementale a demandé à la direction un rapport circonstancié sur la prise en charge de la résidente. Le directeur a rendu son rapport circonstancié le 30 mai 2018.

La mission note que le directeur, lors des entretiens, s'est montré transparent envers la mission et ses difficultés dans l'accompagnement de la situation de [REDACTED]. Il a, par ailleurs, répondu à toutes les demandes de rapports, aux questionnements de la cellule Réclamations-Signalements de la Délégation Départementale. Il a alerté les autorités de tutelles lorsque la situation est devenue plus complexe.

³⁰ Article 40 du CPP : « Toute autorité qui dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République ».

IV – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

Liste des écarts relevés par la mission d'inspection	
E1	L'absence de transmission à l'ARS de l'évaluation interne datant de 2017 n'est pas conforme à l'article D.312-203 du CASF.
E2	Le document unique de délégation du directeur ne respecte pas les dispositions de l'article D.315-176-5 du CASF.
E3	Le temps de coordination du médecin coordonnateur ne répond pas aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.
E4	Le médecin coordonnateur n'a pas signé de contrat-type portant sur ses conditions d'intervention au titre de médecin libéral au sein EHPAD, conformément à l'article R. 313-30-1 du CASF.
E5	La tenue de deux commissions de coordination gériatrique doit être organisée au moins tous les ans selon les dispositions de l'article D.312-158-3° du CASF.
E6	La fiche de poste de l'infirmière coordinatrice n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-158-1° du CASF.
E7	Il n'est pas de la compétence des auxiliaires de vie sociale de réaliser seules des toilettes conformément à l'arrêté du 4 juin 2007.
E8	La signature du contrat de séjour relève du résident lui-même ou de son représentant légal article D.311 du CASF.
E9	En ne disposant pas de conventions précisant les conditions d'intervention des dames de compagnie au sein de l'EHPAD, l'établissement n'est pas en conformité avec l'article L.312-1-II alinéa 5 du CASF.
E10	L'absence de transmissions régulières par l'équipe soignante ne garantit pas une circulation optimale des informations et ne facilite ni la continuité des soins ni leur individualisation conformément à l'article L.311-3-3° du CASF.
Liste des remarques formulées par la mission d'inspection	
R1	L'absence d'une liste fiable des résidents présents dans l'EHPAD ne garantit pas la sécurité des résidents et de mesurer le taux de présence de l'établissement.
R2	Le projet d'établissement n'a pas été assez porté par l'institution pour permettre une réelle appropriation du personnel.
R3	L'existence d'un poste d'infirmière référente ne permet pas d'améliorer le ratio infirmier auprès des résidents.
R4	Dans un contexte de turn-over du personnel important, l'absence de dispositif d'encadrement et d'intégration des nouveaux salariés, stagiaires et intérimaires ne permet pas d'envisager une intégration progressive du nouvel arrivant.
R5	L'absence de précision sur la procédure d'admission dans le projet d'établissement et notamment l'absence de mention de la phase de préadmission n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques.
R6	L'absence d'actualisation des projets personnalisés ne respecte pas les recommandations des bonnes pratiques.
R7	L'absence de mention des 10 places d'hébergement temporaire dans le projet d'établissement n'est pas conforme à la circulaire du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.
R8	Un examen médical sur personne est nécessaire pour une évaluation de la compatibilité de l'état de santé de la résidente avant son admission, conformément aux recommandations ANESM/HAS.
R9	L'admission ne repose pas sur une information éclairée de la résidente pour éviter son refus d'admission ce qui est contraire à l'article L.311-4 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques.

R10	L'outil d'évaluation NPI-ES n'est pas utilisé conformément aux recommandations de l'HAS.
R11	Les recommandations de la HAS concernant le suivi nutritionnel ne sont pas respectées pour tous les résidents.
R12	Outre le fait qu'elles ne sont pas mises à jour, l'absence d'analyse des conventions ne permet pas à l'EHPAD d'engager une réflexion sur des axes d'amélioration.
R13	L'absence de de groupe de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable ne permet pas son identification claire par le personnel.

V – CONCLUSION

Force est de constater que l'inspection n'a pas permis d'établir d'actes de maltraitance envers [REDACTED]. Elle a cependant constaté des dysfonctionnements dans la prise en charge de [REDACTED] en lien avec un manque de rigueur dans certaines procédures administratives et médicales, une insuffisance de complétude du dossier médical, un déficit en personnel soignant ainsi qu'une instabilité de ce dernier.

La mission a constaté que l'état de santé de [REDACTED] ne correspondait pas aux critères d'admission de l'EHPAD, l'établissement n'ayant pas les moyens (vocation) de prendre en charge ce type de pathologie. La situation particulière (relation familiale et entourage) n'a pas favorisé une prise en charge optimale.

Il est donc nécessaire pour l'établissement de respecter la tenue d'une consultation entre le médecin coordonnateur et le résident, ainsi que les critères propres à l'EHPAD avant toute admission. Une fois l'admission inadéquate de [REDACTED] considérée, se pose la question du défaut de transmissions, de soins et de coordination, dans un certain nombre de situations et de la nécessité d'y apporter les améliorations indispensables à la prise en charge de qualité des résidents.

L'établissement doit également entreprendre des efforts concernant l'actualisation des projets personnalisés des résidents, veiller à l'encadrement des nouveaux salariés ainsi que l'encadrement de l'intervention des dames de compagnies dans un contexte de turn-over important du personnel.

Fait à Paris, le :

Stéphanie MEDARD Inspectrice de l'action sanitaire et sociale	Nelly BOUSSYGUINE Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
Docteur Sophie GAUTHIER Médecin de l'Agence régionale de santé, habilitée aux inspections	

VI – LISTE DES SIGLES UTILISES

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CVS : Conseil de la vie sociale
DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EIG : Evènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP : « *Hazard Analysis Critical Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
IDER : Infirmier diplômé d'Etat référent
MEDEC : Médecin coordonnateur
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés
PDA : Préparation des doses à administrer
PVI : Projet de vie individuel
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
USA : Unité de soins adaptés

VII – ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre d'annonce

Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

Annexe 3 : informations CNSA GALAAD IDF 2017

Annexe 1



Cabinet du Directeur général
Inspection Régionale Autonomie Santé

Affaire suivie par : Stéphanie MEDARD

Courriel : stephanie.medard@ars.sante.fr
ars-idf-inspection@ars.sante.fr

Téléphone : 01.44.02.09.07

Monsieur le Directeur Général
du Groupe ORPEA
Siège social
21 rue Jean Jaurès CS 10032
92813 Puteaux Cedex

Paris, le - 2 JUL. 2018

Monsieur le Directeur Général,

Mon attention a été attirée par plusieurs courriers de réclamations et signalements reçus en 2016, 2017 et 2018 concernant l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes la « Résidence les Bords de Seine » sis 76 boulevard Bourdon à Neuilly-sur-Seine (92600).

Parmi ces différentes réclamations, certains éléments m'ont paru inquiétants. A ce titre, j'ai missionné une équipe composée de Mesdames :

- Stéphanie MEDARD, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, qui sera la coordinatrice de la mission d'inspection ;
- Nelly BOUSSYGUINE, inspectrice hors classe ;
- Docteur Sophie GAUTHIER, médecin ARS habilité à l'inspection.

L'équipe se rendra dans cet établissement à compter du 5 juillet 2018 de façon inopinée.

Cette mission d'inspection sera réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et aura pour objet de vérifier :

- les conditions d'organisation de travail de cet établissement ;
- l'organisation de la prise en charge des soins ;
- la gestion et prévention des situations de maltraitance et des événements indésirables.

Au cours de cette mission, les agents pourront recueillir, sur place, tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle conformément à l'article L.1421-3 du code de santé publique. Ils mèneront en outre des entretiens avec les personnes qu'ils estimeront nécessaire de rencontrer.

Vous pourrez transmettre tous les documents dématérialisés nécessaires à la mission à l'adresse suivante : ars-idf-inspection@ars.sante.fr ainsi qu'à la coordinatrice de l'équipe : stephanie.medard@ars.sante.fr.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout échange ou renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

Christophe DEVYS



Copie :

Monsieur Olivier CHANAS
Directeur
EHPAD Résidence les Bords de Seine
76 boulevard Bourdon
92600 NEUILLY SUR SEINE

35 rue de la Gare, Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19
Standard : 01. 44.02.00.00
www.ars.iledefrance.sante.fr

Annexe 2

LISTE DES DOCUMENTS A CONSULTER

A envoyer à l'ARS par voie électronique à ars-idf-inspection@ars.sante.fr et stephanie.medard@ars.sante.fr

Documents à remettre à la mission d'inspection dès que possible :

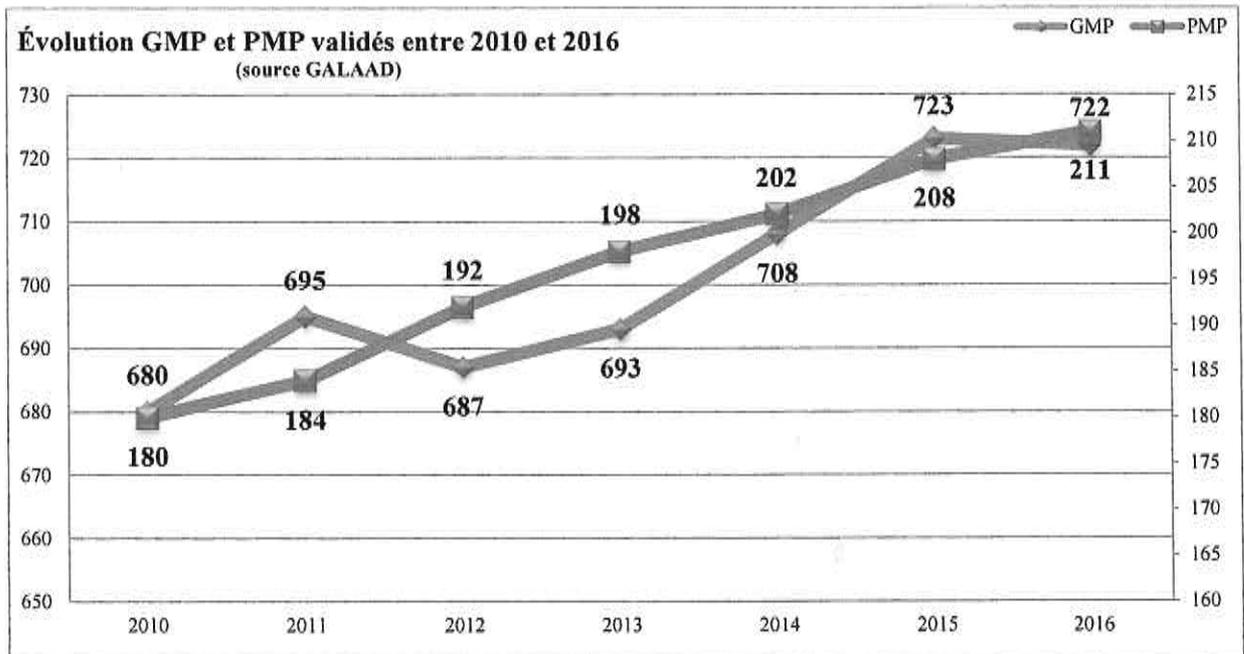
- Liste des résidents par chambre présents ce jour ;
- Liste des salariés présents ce jour ;
- Plannings des salariés (y compris l'équipe de nuit du 04 au 05 juillet) de ce jour (*légendés ; codes couleurs et abréviations*)

N°	Nature du document demandé	Consultation sur place	Modalité de transmission	Document remis OUI/NON
1	Statuts de l'organisme gestionnaire		Transmission dématérialisée de préférence	
2	Composition des instances dirigeantes de l'organisme gestionnaire		Transmission dématérialisée de préférence	
4	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD		Transmission dématérialisée de préférence	
5	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD		Transmission dématérialisée de préférence	
6	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)		Transmission dématérialisée de préférence	
7	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note de procédure)		Transmission dématérialisée de préférence	
8	Organigramme général détaillé de l'établissement		Transmission dématérialisée de préférence	
9	Projet d'établissement (article L311-8 CASF)		Transmission dématérialisée de préférence	
10	Le livret d'accueil		Transmission dématérialisée de préférence	
11	Contrat de séjour type	X		
12	Procédure d'accueil des nouveaux salariés		Transmission dématérialisée de préférence	
13	Rapport d'activité 2017 et le rapport d'activité médical annuel (RAMA)		Transmission dématérialisée de préférence	
14	Rapport d'évaluation externe (article L312-8 CASF)		Transmission dématérialisée de préférence	
15	Le plan d'amélioration continue de la qualité		Transmission dématérialisée de préférence	
16	Listes nominatives des personnels à la date de l'inspection (avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée)		Transmission dématérialisée de préférence	
17	Planning des effectifs du mois de juillet 2018		Transmission dématérialisée de préférence	
18	Procédure de remplacement d'un salarié		Transmission dématérialisée de préférence	
19	Organisation des équipes de nuit		Transmission dématérialisée de préférence	
20	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	X		
21	Liste des résidents avec les GIR correspondants	X		
22	Dossiers des résidents	X		
23	Projets personnalisés des résidents	X		
24	Planning des animations du mois de juillet 2018		Transmission dématérialisée de préférence	
25	Composition du conseil de vie sociale, ordres du jour et 3 derniers comptes rendus (articles L311-6, D311-3 et suivants CASF)		Transmission dématérialisée de préférence	

26	Registre de recueil des incidents importants et/ou des événements indésirables graves (EIG)	X		
27	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)		Transmission dématérialisée de préférence	
28	Registre de recueil des réclamations et des doléances des usagers	X		
29	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant		Transmission dématérialisée de préférence	
27	Conventions établies avec les différents partenaires : sanitaire, psychiatrie, HAD, soins palliatifs...		Transmission dématérialisée de préférence	
30	Protocoles de prévention des chutes, des escarres, de la dénutrition, de la dépression, du suicide, prévention bucco-dentaire		Transmission dématérialisée de préférence	

Documents complémentaires demandés par mail le 12/07/2018 :

- le contrat de travail, le diplôme et la fiche de poste du médecin coordonnateur;
- la convention passée pour la permanence des soins;
- la convention concernant les soins palliatifs;
- la convention passée avec les réseaux de santé;
- le protocole de gestion des troubles du comportement et sa politique de prévention;
- le protocole du circuit du médicament dans sa globalité, sa particularité comprise;
- le dernier avis de commission de sécurité;
- les comptes rendus des commissions de coordination gérontologiques de 2017 et 2018;
- l'ensemble des conventions signées avec les kinésithérapeutes;
- l'ensemble des conventions signées avec les médecins traitant



Depuis 2010, le PMP est passé de 180 à 211, soit une progression +17 % de la charge en soins dans les EHPAD. Quant au GMP, il est passé de 680 à 722 sur la même période, soit une progression de +6 % du niveau de dépendance des résidents en EHPAD.

L'accroissement du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents sont corrélés au succès de la politique de maintien à domicile et certainement au coût élevé de l'hébergement, qui ont pour effet de retarder, au maximum, l'entrée en EHPAD. En effet, l'âge moyen des résidents en EHPAD est passé de 83 ans à 86 ans entre 2007 et 2015³¹.

³¹ Enquête EHPA 2007 (DREES) + Les soins en EHPAD 2013-2015 (CNSA)