

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes « Résidence Les Bords de Seine » (EHPAD)
76 boulevard Bourdon / 92600 NEUILLY-SUR-SEINE
N° FINESS 920023678**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2022_0032

Déplacement sur site les 27 et 28 janvier 2022

Mission conduite par

- ✓ Madame Nelly BOUSSYGUINE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ Monsieur Stéphane BERNARD, inspecteur de l'action sanitaire et sociale mission / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ Madame Patricia GRANGER, cheffe de service contractualisation, tarification et contrôle des ESMS / Conseil départemental des Hauts-de-Seine
- ✓ Monsieur Frédéric HANGZARUK, cadre en charge de la contractualisation, tarification et contrôle des ESMS / Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Accompagnés par

- ✓ Madame Géraldine ISABEL, kinésithérapeute, désignée personne qualifiée / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière, désignée personne qualifiée / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ Madame le Docteur Martine LE NOC-SOUDANI, médecin, désignée personne qualifiée / Agence régionale de santé d'Ile-de-France
- ✓ Madame Fanny MANGIN, attachée d'administration de l'Etat, désignée personne qualifiée / Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Textes de référence

- Article L.313-13-V du Code de l'action sociale et des familles
- Article L. 133-2 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

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 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 L. 311-2 du CRPA :

- Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- 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 L. 311-5, 2° du CRPA 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 L. 311-6 du CRPA 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 des affaires (...);
- 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 L. 1111-7 du code de la santé publique ».

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 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 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
A/ Contexte de la mission d'inspection	6
B/ Modalités de mise en œuvre	6
C/ Présentation de l'établissement.....	7
I – CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT	8
A/ Cadre institutionnel et gouvernance	8
Conformité à l'autorisation et caractéristiques de la population accueillie	8
Gouvernance et projet d'établissement	8
Prévention de la maltraitance et gestion des événements indésirables	10
B/ L'organisation des ressources humaines.....	11
La situation générale des effectifs.....	11
Suivi des personnels en poste	12
Accueil des nouveaux salariés et tenue des dossiers RH	13
Dialogue social et qualité de vie au travail.....	14
II – PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS	16
A/ Respect des droits des résidents	16
Accès aux informations réglementaires.....	16
Fonctionnement du Conseil de la vie sociale	16
Gestion des réclamations des résidents et des familles	17
Gestion des dossiers administratifs individuels des résidents.....	18
B/ Conditions d'hébergement et prestations hôtelières	19
III – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE	21
A/ La prise en charge médicale des résidents	21
La coordination médicale	21
L'évaluation des risques de fausses routes	22
La prise en charge nutritionnelle.....	23
Incontinence	23
Soins des plaies.....	23
Douleur.....	23
Marche et prévention des chutes	24
La prise en charge de l'urgence.....	24
La gestion du Covid-19	25
B/ L'organisation des soins	25
L'organisation du travail des équipes soignantes	25
C/ Les dispositifs médicaux	29
Les achats de consommables	Err
eur ! Signet non défini.	
IV – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	32
V – CONCLUSION	35
VI – LISTE DES SIGLES UTILISES	36

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Cette mission d'inspection est conjointement diligentée par la Directrice générale de l'ARS et par le Directeur général adjoint du Pôle Solidarités du Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Elle vise à vérifier l'effectivité de la mise en place des mesures notifiées en 2019 à l'issue de la précédente inspection de l'ARS, vérification qui n'avait pu être réalisée en raison de la crise Covid, ainsi que les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan des soins et de la dépendance.

Elle a en effet été déclenchée à la suite de la parution dans la presse d'un article sur le livre à paraître « *Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés* » dénonçant les conditions d'hébergement des résidents accueillis dans au sein de l'EHPAD « Résidence les Bords de Seine » et les pratiques commerciales du groupe gestionnaire Orpéa.

Certains des faits dénoncés ont guidé la démarche et suscité des demandes complémentaires par rapport au simple suivi du rapport de 2019. Cependant, la mission n'a pas en mesure de traiter les questions relatives d'une part aux schémas d'optimisation financière du groupe gestionnaire (services siège d'Orpéa), ni au droit du travail hors du champ de compétence des inspecteurs.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Consécutivement à la réception de plusieurs réclamations et signalements en 2017-2018, une inspection inopinée avait eu lieu au sein de cet EHPAD le 5 juillet 2018. Cette procédure avait conduit à la notification à l'inspecté d'une lettre de décisions définitives du 6 juin 2019 comportant 5 prescriptions et 6 recommandations.

Par la suite, le Défenseur des droits, par une décision n°2019-318 notifiée à l'ARS et au CD92 par courrier du 30 décembre 2019, a recommandé à ceux-ci de mener au cours de l'année 2020, une visite inopinée au sein de cet EHPAD afin de contrôler l'effectivité de la mise en œuvre des mesures propres à garantir le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies. Mais la crise Covid-19 n'a pas permis la mise en œuvre de cette recommandation dans le délai imparti.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, comprend huit membres et est de composition pluridisciplinaire. Elle s'est rendue de manière inopinée sur site les 27 et 28 janvier 2022.

La mission a pu visiter les locaux, s'entretenir avec les personnels et consulter/recueillir l'ensemble des documents demandés, y compris des dossiers médicaux ; la mission a effectué chaque fin de journée une restitution/échange avec la directrice de l'EHPAD et la directrice régionale adjointe en charge des opérations médico-sociales.

Principaux écarts et remarques formulés par la mission

La mission a constaté que, sur les 6 prescriptions et 6 recommandations notifiées en 2019 par l'ARS, trois mesures ne sont pas mises en œuvre :

- la prescription portant sur l'organisation des échanges des informations et transmissions au sein de l'équipe soignante n'est pas complètement mise en œuvre,
- les prescriptions portant sur la nature des actes réalisés par les auxiliaires de vie sociale, sur l'établissement de conventions avec les familles employant des dames de compagnie et ainsi que la recommandation relative à la conduite d'une réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable ne sont pas satisfaites.

Par ailleurs, la vérification des conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance conduit aux constats suivants :

- L'implication du médecin coordonnateur dans la prise en charge des résidents et dans la relation entretenue avec les familles est déterminant, cependant il n'est pas soutenu par les services métier du siège d'Orpéa dans la conduite du projet de soins de l'EHPAD ;
- La coordination interne des soins paramédicaux et de l'organisation des prestations hôtelières est insuffisante et doit être réellement organisée et permettre une clarification des fonctions dévolues à chaque professionnel ;
- Sur le plan de la prise en charge médicale des résidents, des points d'amélioration sont identifiés notamment en matière de repérage des troubles de la déglutition, de prévention de la dénutrition et de prévention des escarres ; en outre, la mission a analysé un dossier médical cité dans le livre « Les Fossoyeurs » et conclu à une prise en charge très insuffisante du résident concerné (annexe au rapport) ;
- Plusieurs professionnels et familles qui ont souhaité être entendus par la mission ont fait part au cours des entretiens du fait que les équipes soignantes souffraient de l'absence d'un management de proximité et pâtissaient d'une déconsidération de leurs missions ;
- Les droits des usagers ne sont pas tous respectés, qu'il s'agisse de la réalisation de projets personnalisés articulant projet de soin et projet de vie, ou de la désignation de la personne de confiance ;
- Alors que le gestionnaire a fait le choix d'une prestation de restauration internalisée, l'EHPAD ne met pas en œuvre de procédure pour la réalisation de repas enrichis et appétant ;
- Certaines des prestations proposées par le groupe gestionnaire dans sa communication externe n'existent pas, comme par exemple la balnéothérapie ou bien la salle Snoezelen.

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

Cette mission d'inspection, qui n'est pas inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (PRIC), a été diligentée conjointement par la Directrice générale de l'ARS et par le Directeur général adjoint du Pôle Solidarités du Conseil départemental des Hauts-de-Seine, dans le contexte sensible provoqué par la parution le 24 janvier 2022 dans la presse des extraits de l'enquête d'un journaliste sur le groupe ORPEA¹.

B/ Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection est organisée par l'ARS et par le CD 92 dans leur domaine de compétence respectif, conformément à l'alinéa V de l'article L. 313-13 du CASF².

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectifs :

- de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance
- et de contrôler l'effectivité de la mise en place des mesures correctrices notifiées.

L'équipe d'inspection est constituée de huit personnes et avec une composante pluridisciplinaire (cinq agents administratifs et trois agents soignants).

La mission d'inspection a fait l'objet d'un courrier d'annonce du 26 janvier 2022 qui a été remis en mains propres à la directrice de l'établissement le jour de la première visite, le 27 janvier 2022. Une seconde lettre d'annonce de l'ARS datée du 28 janvier 2022 a été remise à la directrice de l'EHPAD lors de la venue inopinée d'une partie de la mission d'inspection le lendemain.

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 les 27 et 28 janvier 2022. Au cours de ces deux jours de visite, l'équipe d'inspection a rencontré la directrice de l'établissement et la directrice régionale du groupe, mené des entretiens avec le médecin coordonnateur, l'IDEC, le directeur adjoint, un infirmier, des soignants, la gestionnaire en charge des ressources humaines, un représentant du conseil de la vie sociale (CVS). A l'issue de chacune de ces deux journées de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice⁴. En outre, les jours suivants, la mission a recueilli le témoignage de quatre familles et de trois salariés.

Conformément à la demande de la directrice générale de l'ARS et du PCD 92, les agents chargés du contrôle ont vérifié que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne menacent ni ne compromettent l'état de santé, la sécurité ou le bien-être physique

¹ A paraître dans un livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés »

² Article L. 313-13-V : « Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil départemental et par le directeur général de l'agence régionale de santé, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels des agences régionales de santé mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives ».

³ Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

⁴ Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

et moral des résidents accueillis. Ils ont également particulièrement vérifié les conditions d'organisation de la prise en charge médicamenteuse au sein de cet établissement.

C/ Présentation de l'établissement

Situé au 76 boulevard Bourdon à NEUILLY-SUR-SEINE (92600), l'EHPAD « Résidence Les Bords de Seine » est géré par le groupe ORPEA dont le siège est situé à Puteaux.

Ouvert en 2003, l'EHPAD « Résidence les Bords de Seine » dispose d'une capacité autorisée de 115 lits d'hébergement permanent et 10 lits d'hébergement temporaire (et de 10 places d'accueil de jour qui ne sont pas installées). Il est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer et dispose d'une unité protégée. Cet établissement n'est pas habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale.

Le budget de fonctionnement réalisé en 2020 par l'EHPAD est de [REDACTED] € en 2020, dont :

- [REDACTED] € au titre de l'hébergement⁵,
- [REDACTED] € au titre de la dépendance,
- [REDACTED] € au titre des soins.

Les produits de la tarification 2020 couvrent les postes de dépenses suivants :

- [REDACTED] € au titre de la dépendance (87% sont des charges de personnel, soit : 30% des charges du personnel hôtelier (ASH), 30% des charges d'AS/AMP/AES) et 100% de la psychologue ;
- [REDACTED] € au titre des soins (89% sont des charges de personnel, parmi lesquelles plus de la moitié couvrant les 70% restant des AS/AMP/AES).

La convention tripartite pluriannuelle signée par l'établissement le 30 juin 2010 avec le Conseil départemental des Hauts-de-Seine et l'ARS a été modifiée par avenant du 6 août 2015. Dès le 1^{er} janvier 2018, un CPOM 2018-2022 a été conclu et a remplacé la convention tripartite.

⁵ La totalité des charges au titre de l'hébergement n'est pas indiquée aux autorités de tarification. A l'ERRD seulement : les charges partagées avec la dépendance 70% Hébergement et 30% Dépendance, essentiellement 70% ASH, produits entretiens et blanchissage à l'extérieur, soit un montant partiel des charges de l'hébergement.

I - CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

A/ Cadre institutionnel et gouvernance

Conformité à l'autorisation et caractéristiques de la population accueillie

Le nombre de résidents accueillis à l'EHPAD est de 101 résidents. Soit un taux de présence de 88%.

Selon l'ERRD 2020, le GMP s'élève à 718 et le PMP à 194.

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous des chiffres médians régionaux susmentionnés.

En 2021, la part des résidents très dépendants était de 59% (GIR 1, 2 et 3)⁶, en baisse par rapport à 2020 (65%). Les 188 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD BDS, 2021	9%	29%	21%	25,5%	15,5%
EHPAD BDS, 2020 ⁷	13,7%	34,4%	16,9%	21,9%	13,2%
IDF ⁸	18%	40%	18%	17%	7%

Gouvernance et projet d'établissement

Suivant l'organigramme de l'établissement daté de mai 2021, la direction de l'établissement est placée sous l'autorité d'une direction régionale elle-même située sous la direction des opérations médico-sociales.

Sous l'autorité de la directrice d'établissement et de son adjoint, se trouvent outre les personnels techniques et administratifs, les personnels en charge des services de soins dont le MEDEC, l'IDEC en charge des infirmières et des AS/AMP/AES/ASG, les services hôteliers dont la responsable hôtelière en charge des auxiliaires de vie et des agents de service, le service d'animation, la psychologue et la psychomotricienne.

Le personnel d'encadrement de l'établissement connaît une stabilisation depuis fin 2019-début 2020 avec l'arrivée d'une directrice le [REDACTED], d'un médecin coordonnateur (MEDEC) le [REDACTED] et d'un directeur adjoint le [REDACTED]. L'équipe a été complétée il y a 6 mois avec une nouvelle IDEC.

La directrice d'exploitation de l'EHPAD, titulaire [REDACTED], a les qualifications réglementaires requises pour ce poste à l'article D. 312-176-6 du CASF. Elle dispose d'une fiche métier intitulée « directeur(trice) exploitation » qu'elle a signée et qui décrit les activités principales du poste [REDACTED] et d'un document unique de délégation,

⁶ Cf. Article D. 313-5, CASF

⁷ Source : RAMA 2020

⁸ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

conformément à l'article D. 312-176-5 CASF, co-signé de l'intéressée et du directeur général du groupe gestionnaire.

Le médecin coordonnateur est recruté à [REDACTED] ETP, ce qui respecte les seuils réglementaires de l'article D. 312-156 du CASF. Il dispose de la capacité en gériatrie.⁹ [REDACTED]

La mission constate que l'écart audit article D. 312-156 du CASF relevé lors de la précédente visite d'inspection du 5 juillet 2018 concernant le temps de coordination du médecin coordonnateur est corrigé.

L'IDEC dispose quant à elle d'une « fiche métier » détaillant ses activités principales :

- La coordination et l'organisation des activités et des soins,
- Le contrôle de la gestion des matériels et des produits,
- Le management de l'équipe de soins,
- Le développement des compétences et la démarche qualité.

[REDACTED]

Plusieurs professionnels et des familles ont souhaité être entendus par la mission les jours suivant les deux visites sur site. Au cours des entretiens, ils ont fait part d'une souffrance avérée au travail des soignants, qui seraient selon eux déconsidérés. Ces témoignages font écho aux points inscrits aux ordres du jour des réunions des délégués du personnel qui en 2017 contestaient les changements d'étage imprévus, l'iniquité dans l'affectation des salariés, l'équipement professionnel, le fait aussi que « les soignants ne savent pas vers qui se tourner quand ils sont en difficultés »¹⁰.

Une élaboration du projet d'établissement imprécise

La réécriture du projet d'établissement prévue en 2018 pour une durée de cinq ans (2019-2023), conformément à l'article L. 311-8 du CASF, n'a pas eu lieu. [REDACTED]

[REDACTED] indique à la mission d'inspection que la finalisation du projet d'établissement n'a pas pu aboutir du fait du changement de direction en 2018.

Il est remis à la mission un rétro planning porté par la nouvelle équipe de direction avec les étapes de son élaboration couvrant la période du 22 juillet 2021 au 30 septembre 2022. Ce document prévoit :

- La désignation des membres du comité de pilotage afin de définir un pilote par projet,
- La tenue de réunions de présentation auprès des équipes,
- La mise à disposition des salariés du calendrier des groupes de travail.

Il a été énoncé lors des échanges conduits par la mission que des groupes de travail avec les salariés ont eu lieu. Cependant, au vu de la crise sanitaire et du changement de direction, de nouveaux professionnels, il apparaît nécessaire de poursuivre le travail collectivement à partir de la base réalisée en 2018 – 2019.

Ecart N°1 :

⁹ Source : Rapport annuel d'activité médicale (RAMA) 2020

¹⁰ Source : Cahier n°10 des délégués du personnel

En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.

Prévention de la maltraitance et gestion des évènements indésirables

Prévention de la maltraitance

Les documents institutionnels sont peu dits sur le sujet de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance. Le « Livret d'accueil du nouveau salarié » indique : « Toute maltraitance de la part du personnel ou de l'entourage d'un résident doit être signalée à la direction ou référent ».

Par ailleurs, le plan de formation des personnels fait état pour 2020 de deux stagiaires ayant suivi une session sur la maltraitance : 1 formation « référent bientraitance » (7j) et 1 formation de « formateur prévention maltraitance » (7j). Le plan de formation 2021 prévoit que cinq stagiaires suivront respectivement pour 3 d'entre eux la formation prévention maltraitance ORPEA (3*7j) et pour 2 d'entre eux la formation de formateur prévention maltraitance (2*7j).

Ecart N°2 :

Le mode d'organisation actuel du travail des équipes soignantes est de nature à affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents :

- Insuffisance de personnel induisant une réorganisation quotidienne des tâches quotidiennes, des glissements de tâches et une surcharge de travail,
- Absence d'animation et de régulation des équipes par l'encadrement et d'organisation de l'intégration des nombreux salariés vacataires (et des stagiaires),
- Absence de roulement des équipes d'une unité ou d'un étage à l'autre induisant une charge de travail déséquilibrée,
- Difficultés pour les agents de prendre leur temps de pause réglementaire.

Réf : articles L. 311-3 et L. 313-14 du CASF

Ecart N°3 :

L'inconstance des effectifs présents pour un horaire de travail donné, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.

Remarque N°1 :

L'absence de temps de repos effectif engendre une altération des conditions de travail susceptible d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Gestion des évènements indésirables¹¹

Une procédure écrite est rédigée par le siège (version 7 du 01 novembre 2020) sur le signalement des évènements indésirables, qui concerne le personnel de l'établissement et les services supports du siège. Elle indique qu'un pré-signalement doit être fait dans les plus brefs délais aux autorités de tarification (ARS, CD) en concertation avec le siège avant l'envoi de la déclaration de l'évènement indésirable grave, validée également par le siège, dans un délai de 48 heures maximum aux autorités de tarification (ARS, CD). Elle décrit également le protocole pour le suivi et le traitement des évènements indésirables graves (EIG et EIGS).

Les fiches de déclaration des évènements indésirables (FEI) sont connues. Pour autant, elles sont peu utilisées aux dires des professionnels entendus, qui effectuent peu de déclarations

¹¹ Références : articles L. 331-8-1 et R. 331-8 à 10 du CASF, articles L. 1413-14 et R. 1413-68 du CSP ; infections associées aux soins (IAS) : articles L. 1413-14 et R. 1413-79 du CSP.

d'EI et ne savent pas ce qu'advient les EI déclarés. Les personnels entendus associent ceux-ci aux seules chutes des résidents, qui sont effectivement répertoriées dans le système d'information NETSOINS®.

Remarque N°2 :

L'établissement ne transmet pas les pré-signallements (EI/EIG) à l'adresse générique de déclaration des évènements indésirables du Conseil départemental, ni ne s'assure de la bonne transmission conjointe (ARS et CD) des évènements indésirables dans les plus brefs délais.

Remarque N°3 :

L'établissement n'organise pas la gestion des suites des évènements indésirables : déclencher une enquête interne, assurer un retour d'information auprès des résidents concernés – et/ou du représentant légal – afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, initier un plan d'action préventives et correctives.

B/ L'organisation des ressources humaines

La situation générale des effectifs

Au mois de janvier 2022, l'EHPAD fait état à la mission d'un effectif réel de [REDACTED] ETP.

Catégories	ETP prévisionnel (données EPRD 2021, remplacements compris)	ETP occupé (planning janvier 2022)	Postes vacants en ETP	Observation/ETP occupé : nb d'agents CDI ¹²
Direction / Encadrement				
Directeur	■	■	■	■
MEDEC	■	■	■	■
IDEC	■	■	■	■
Administration/SG	■	■		■
Sous-total	■	■	■	
Personnel paramédical	■	■	■	
Infirmier	■	■	■	■
AS/ASG/AES/AMP	■	■	■	■
Kinésithérapeute	■	■	■	
Pédicure-podologue	■	■	■	
Psychologue	■	■	■	■
Psychomotricien	■	■	■	■
Sous-total	■	■	■	
Auxiliaires de vie (dont service hôtelier : ASH)	■	■	■	■
Restauration	■	■	■	■
Animation	■	■	■	■
Sous-total	■	■	■	
Total	■	■	■	■

Durant ce même mois de janvier, l'EHPAD emploie :

- ■ agents en CDI (■ autres agents ne sont pas comptés ici, car non recensés dans la liste remise à la mission qui précise la date de recrutement des agents) : 47% de ces ■ salariés en CDI ont une ancienneté égale ou inférieure à deux ans :

	Ancienneté > 5 ans	De 3 à 4 ans	De 1 à 2 ans	< un an
Recrutés en	2010-2016	2017 et 2018	2019 et 2020	2021-2022
Nombre	■	■	■	■
%	37,5%	15,6%	35,9%	11%

- ■ agents en CDD¹⁴ (vacations), dont 80% sont des personnels soignant au sens large (■ AS, ■ auxiliaires de vie/AES/AMP et ■ IDE).

De ce fait, l'EHPAD a établi - pour le seul mois de janvier 2022 – un nombre total de ■ bulletins de paie.

Outre les bulletins de salaires des ■ CDI de la liste des agents employés en janvier 2020 et transmise à la mission, la liasse de bulletins de paye ceux de ■ agents en CDI supplémentaires. Elle comporte en outre les bulletins de salaires de ■ agents en CDD, à raison de 1 à 11 bulletins par agent (vacations).

Ecart N°4 :

Le recours à de nombreux personnels vacataires requiert un temps de gestion très important (constitution des dossiers RH, vérification de la validité des diplômes) et de management (ajustement des plannings et des équipes) et interroge la mission sur son impact dans la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents : aptitude des équipes à intégrer ces nombreux vacataires, capacités d'adaptation des vacataires aux protocoles internes et aux besoins en soins et en accompagnement des résidents.

Réf : Articles L. 311-3 et L. 313-14 du CASF.

Remarque N°4 :

L'EHPAD fait appel de façon chronique à un nombre important de personnel vacataire, ce qui traduit et entretient l'instabilité des équipes en place.

Suivi des personnels en poste

Nombre de salariés soignants – AS/AMP/auxiliaires de vie - présents le 28/01/2022 :

	Nb résidents	Planning mensuel « Octime »	Présences constatées par la mission et écart avec le doc « Répartition salarié au 28/01/22 »	Stagiaires présentes	Total Présents hors stagiaires	Nb. de résidents/agent
1 ^{er}	20	1 AMP et 1 AuxVie	2 AuxVie et à p.11h une 3 ^{ème} *	1 stagiaire AS	3	7
2 ^{ème}	26	1 AS et 1 AuxVie	2 AuxVie dont N.* et une 3 ^{ème} *		3	9
3 ^{ème} classique	8	3 AS	1 AS (2 ^{nde} AS prévue/doc mais abs)		1	8
3 ^{ème} UGD ¹⁵	9	1 ASG	ASG et N.* (AS prévue/doc mais abs)		2	5
4 ^{ème} classique	25 (UP 14 lits)	1 AuxVie et 2 AS	2 AS (AS prévue/doc mais abs) et N*	1stagiaire Bac PRO-ASSP et 1 stagiaire ASV	3	8
4 ^{ème} USA ¹⁶						
5 ^{ème}	6	1 AS	1 AuxVie et 1 AS	1 stagiaire Bac PRO-ASSP	2	7
6 ^{ème}	7	2 AuxVie				
	101	14			14	7

*Qualification non indiquée dans les plannings « Octime »

¹⁵ UGD : Unité dédiée aux grands dépendants (14 chambres)

¹⁶ USA : Unité de soins adaptés ou « unité protégée » (14 chambres)

Récapitulatif soignants présents les 27 et 28/01/2022 :

Date	Nb d'AS, AMP et AV présents	CDI	CDD	Observations
27/01/2022	13	7	6	- 1 CDD remplace un « titulaire » qui n'est pas identifié dans la liste nominative des salariés - 1 agent dont l'identité est incertaine
28/01/2022	14	6	8	- 1 CDD remplace un « titulaire » qui n'est pas identifié dans la liste nominative des salariés - 2 CDI « de la SA Orpéa » mis à disposition ¹⁷

Personnel infirmier du 28/01/2022 : une 1 IDE en CDI et deux vacataires, [REDACTED]

Les salariés doivent signer une « fiche de présence » lors de leur prise de poste/pause/fin de journée de travail. Ce support sert pour les éléments variables de la paie (transmis au siège). Le planning mensuel « Octime » est quant à lui prévisionnel et corrigé J+1 notamment par l'intégration des nouveaux salariés recrutés (une fois le contrat de travail signé). Malgré l'inscription journalière dans la « fiche de présence » des heures de travail effectuées, incluant les heures supplémentaires, il est rapporté à la mission que ces dernières ne seraient pas payées ou récupérées.

Le 28 janvier 2022, il n'y a pas d'AS au 1^{er} ni au 2^{ème} étages ; les personnels soignants présents sont des auxiliaires de vie uniquement, contrairement à la prescription n°6 notifiée en 2019.

Remarque N°5 :

Les supports de suivi des effectifs soignants et ASH en poste (planning prévisionnel, tableau journalier, fiche de présence) présentent des incohérences entre eux et ne traduisent ni la qualification ni le nombre des personnels effectivement présents et rencontrés par la mission.

Accueil des nouveaux salariés et tenue des dossiers RH

Des procédures sont écrites concernant le recrutement de tout salarié et notamment les pièces obligatoires à fournir. A l'embauche, des documents sont remis à chaque salarié et une attestation signée justifiant de cette transmission est classée dans le dossier du salarié.

Ceux-ci sont : un exemplaire du règlement intérieur et ses annexes (annexe 1 : charte d'utilisation informatique, annexe 2 : code de conduite du groupe ORPEA), EPI, téléphone portable, un livret d'accueil du salarié et ses annexes relatives aux TMS, à la formation, à la fiche synthèse prévention des AES, à la charte de confiance, un exemplaire des engagements d'Orpéa – charte Qualité Familles / Résidents, un exemplaire des engagements de l'équipe, les notices d'information relatives aux frais de santé et à la prévoyance, bulletin individuel d'affiliation, un exemplaire de la charte de la personne dépendante et de la charte de la personne âgée accueillie.

Deux livrets d'accueil existent, l'un pour les CDI et l'autre pour les contrats courts. Le livret d'accueil pour les nouveaux arrivants est composé d'une présentation du groupe Orpéa, de l'établissement et du référent en charge de l'accueil (IDEC pour le soin, la responsable hôtelière pour l'hébergement / restauration et le chef cuisine pour la cuisine), un organigramme, le cadre de travail, la formation, les instances internes et volet détaillé sur les bonnes pratiques. Celui remis pour les contrats de travail de courte durée est plus succinct et

¹⁷ Dans le CDI d'un de ces agents de la SA Orpéa mis à disposition de l'EHPAD, l'article 4, alinéa 2 est intitulé ainsi : « (...) Toutefois, il est entendu que pour des raisons liées à la bonne organisation de l'activité du groupe ORPEA-CLINEA, la salariée pourra être amenée à se déplacer sur d'autres cliniques ou résidences ».

pragmatique : rappel des bonnes pratiques notamment sur le soin, la présentation et cadre de travail.

Selon les entretiens conduits par la mission, les personnels en poste ne sont pas en effectif suffisant pour réaliser un tutorat des personnels vacataires dans des conditions satisfaisantes.

Remarque N°6 :

L'absence de protocole d'accueil des vacataires et des nouveaux professionnels ne facilite pas leur intégration à la structure et leur adaptation aux usagers qu'ils accompagnent et est susceptible d'affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.

Réf : HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »).

Il est à noter que l'exemplaire des engagements de l'équipe a été travaillé par les salariés en de février à avril 2021.

Les dossiers consultés ont permis de constater que les documents sont signés et à jour : contrat de travail, fiche de poste, entretien annuel d'évaluation, vérification du casier judiciaire.

Dans les dossiers vérifiés par la mission, la validité de deux diplômes n'a pas été vérifiée (une IDE et une AVS). Or, la direction précise avoir procédé à un contrôle de tous les dossiers RH.

L'établissement accueille également des élèves stagiaires ; celles-ci sont placées sous le tutorat de l'IDEC.

Par ailleurs, des familles recourent à des « dames de compagnie ». La mission a constaté à l'occasion de la présente inspection l'absence de formalisation d'une convention avec ces personnes employées par les familles qui détermine les modalités de leur intervention et l'intégration, dans le projet personnalisé de chaque résident concerné, la répartition des tâches entre les professionnels de l'EHPAD et sa « dame de compagnie ». L'établissement a déclaré à la mission qu'il prévoit une révision de la charte en vigueur.

Ecart N°5 :

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.

Dialogue social et qualité de vie au travail

Les instances représentatives du personnel sont situées au niveau du siège social, deux membres du CSE sont salariés de l'EHPAD, les membres du CSE sont affichés à l'EHPAD (à noter un syndicat maison dit « Arc-en-ciel »).

La mission est informée de deux actions prud'homales engagées sous la direction précédente (avant 2019),

enfin d'un signalement de l'EHPAD au Procureur pour mise en danger d'un résident par un salarié (début 2020) ; la direction indique tracer les manquements et en aviser le siège (avertissements).

Les agents rencontrés par la mission, interrogés sur la qualité de vie au travail (QVT), disent pour certains être globalement satisfaits et évoquent une tension « ordinaire » de la vie au

travail ; toutefois, ils expriment le souhait d'une organisation du travail stabilisée (impact de l'absentéisme), de formations qualifiantes¹⁸, d'une action sociale et de gratifications salariales.

Selon d'autres professionnels entendus, la QVT n'est pas satisfaisante et il est fait état d'une forte déconsidération voire d'un mépris des personnels soignants. Ces attentes et ce ressenti expliqueraient l'absentéisme et le turnover.

Entre 2014 et 2017, les délégués du personnel ont transcrits dans 14 cahiers¹⁹ des interrogations et autres remarques, pour lesquelles moins de 5% ont présenté une réponse de la direction. La plupart ont trait à une déconsidération du personnel soignant.

Ces constats – les témoignages de déconsidération des soignants, la faible ancienneté de ces professionnels, l'absence de prise en compte de la répartition de la charge de travail par étage – contrastent avec les résultats de l'évaluation externe de 2020 que l'EHPAD a adressé à l'ARS (« *personnel de l'EHPAD, satisfait de travailler dans cet environnement* », « *Répartition de la charge de travail par les chefs d'équipes ; approche contribuant au maintien d'une qualité de travail favorable pour le personnel et d'une qualité de prise en charge des résidents* »).

Remarque N°7 :

En réponse à l'absentéisme et au turnover structurels des personnels soignants, le gestionnaire et la direction de l'établissement ne portent aucun plan d'action en faveur de la fidélisation du personnel.

¹⁸ Selon le Plan de formation 2020 communiqué par l'EHPAD : 5 agents inscrits en parcours VAE au DEAS (5 modules de 7h) ; en 2021, 3 agents ; en 2021, une formation d'ASG (20j)

¹⁹ Source : Cahiers des délégués du personnel remis à la mission

II – PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS

A/ Respect des droits des résidents

Accès aux informations réglementaires

L'équipe d'inspection a vérifié les dispositions prises en termes d'affichage des informations réglementaires au sein des locaux. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans le sas d'accueil de l'EHPAD, conformément à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Les tarifs pratiqués par l'établissement sont affichés au même endroit. La liste des personnes qualifiées définie à l'article L. 311-5 du CASF est disponible sur un support situé au rez-de-chaussée, à proximité de l'entrée principale. Enfin, l'avant dernier compte rendu du conseil de la vie sociale (CVS), en date du 9 septembre 2021²⁰, est accessible dans son intégralité sur un autre support toujours au rez-de-chaussée.

Remarque N°8 :

L'information des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est présente au sein de l'EHPAD mais n'est pas assez visible (à la dernière page d'un tourniquet de document au RDC ou dans les étages, dans une pièce accessible uniquement aux soignants et cachée par un écran d'ordinateur).

Fonctionnement du Conseil de la vie sociale

Conformément à l'article D. 311-16 du CASF, le CVS s'est réuni à trois reprises en 2021 : les 6 mai, 9 septembre et 10 décembre. La mission d'inspection a pris connaissance du projet du compte-rendu du 10 décembre qui n'a pas été validé à ce jour par les membres du CVS. Les sujets traités dans ce CVS sont les suivants :

- ✓ La restauration : les membres élus évoquent une amélioration sur la qualité gustative des plats et une amélioration de la présentation des repas. Il est noté que par ailleurs que l'établissement organise des commissions animation et restauration.
- ✓ L'animation : l'ensemble des élus évoque la qualité et la diversité des animations et l'arrivée d'un nouvel animateur. Cependant les représentants signalent parfois une difficulté quant à l'accompagnement des résidents aux animations par les personnels soignants. La direction indique que des rappels sont faits auprès des soignants par l'intermédiaire de l'IDEC.
- ✓ La prise en charge des résidents : les représentants des familles évoquent le problème de fidélisation des personnels notamment soignants et les postes vacants au sein de l'établissement. La direction exprime la difficulté générale dans le secteur médico-social de fidéliser et de recruter en CDI les professionnels soignants. Information de l'embauche d'une aide-soignante en CDI qui permettra de stabiliser le 1er étage. La direction indique également, à la date du CVS, qu'il n'y a qu'un seul poste vacant dans les équipes infirmières. La directrice évoque un projet de distribution des petits déjeuners par le personnel hôtelier en présence d'une aide-soignante.
- ✓ Un point est également fait sur les vols : la direction informe que plusieurs plaintes ont été déposées. Les représentants des familles demandent d'accentuer la prévention des vols par un écrit.

²⁰ Le dernier CVS a eu lieu le 10 décembre 2021.

- ✓ Les travaux en cours : dans le cadre de la réhabilitation des lieux, la direction indique que les travaux de circulation et la salle de réunion du 5^{ème} étage sont terminés et que les travaux de circulation du 6^{ème} étage sont en cours. Demande de la représentante des familles du remplacement du mobilier vieillissant. Initialement pas prévue dans le cadre de la réhabilitation, mais une commande est faite de nouveaux mobilier pour l'unité USA. Un curage en milieu d'année a permis la disparition des odeurs nauséabondes (3^{ème} et 4^{ème} étages).
- ✓ Points divers : information de la direction que le repas de Noël en présence des familles n'aura pas lieu. Les représentants indiquent que la date initialement choisie (période scolaire) n'était pas adéquate. La direction a pris note pour l'année prochaine. La directrice fait un point sur la présence de souris et présente le suivi et les actions menés. Les représentants des familles évoquent la fermeture de la balnéothérapie. La direction indique qu'un problème d'étanchéité a été découvert en plus des changements de carreaux, de nouveaux travaux devront être effectués. La direction évoque la démarche TMS PRO V2 dans le cadre des accidents du travail dus aux manutentions et les nouvelles mesures de l'identito-vigilance (identité numérique de santé).

La mission d'inspection a par ailleurs rencontré deux résidents élus au conseil de la vie sociale de l'EHPAD, dont la présidente en exercice de cette instance. Ces deux résidents n'ont pas signalé de difficultés particulières par rapport à leurs conditions de vie et d'hébergement.

La présidente du CVS exprime un bon ressenti de l'établissement. Le personnel est « gentil ». Les petits déjeuners sont suffisants et pour les repas, il est souhaité plus de viande rôtie que de viande en sauce. En cas d'appel, il peut y avoir une réactivité un peu longue mais dans l'ensemble c'est correct. Dans le cas de la crise sanitaire, la présidente indique que le premier confinement a été un peu difficile et confirme l'utilisation de la visioconférence avec la famille pendant cette période. Elle participe aux activités. Dans l'ensemble, elle considère qu'il y a une bonne prise en charge (repas, propreté de la chambre, hygiène).

Les quatre familles ayant spontanément témoigné auprès de la mission ne partagent pas cette appréciation concernant le CVS. Ils estiment que les sujets soulevés sont réitérés en vain. Outre les souris, les vols, la qualité médiocre des repas (absence de collation disponible la nuit)²¹, ils ne sont pas informés des évènements indésirables associés aux soins.

Ecart N°6 :

En ne présentant pas de bilan des évènements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.

Gestion des réclamations des résidents et des familles

Un cahier de suggestions est disponible à l'accueil de l'établissement. Le jour de l'inspection, ce cahier est sur le comptoir de l'accueil, accessible librement aux résidents et/ou familles. Ce cahier est quasiment vide : il ne contient que trois messages dont deux sont datés respectivement des 21 juillet et 26 août 2021. Le troisième n'est pas daté.

- ✓ Le 21/07/2021 : question sur l'obtention du passe santé ? Mention « Vu » de la direction le 25/07 ;
- ✓ Le 26/08/2021 : demande ouverture accès parking pour les visiteurs : réponse de la direction, le 26/08 : l'accès par le parking est fermé car il ne permet pas le contrôle du passe sanitaire à l'accueil ;

²¹ Cf. Article D. 312-159-2, annexe 2-3-1 du CASF

- ✓ Message sans date : suggestion d'activités (musées, jardins, plage) avec la mention « Vu ».

Les familles ayant spontanément témoigné auprès de la mission soulignent le déficit de communication de l'établissement auprès des familles concernant la prise en charge de leur proche et une évolution défavorable de leur état de santé, qu'il s'agisse de l'interruption de l'administration de médicaments faute de renouvellement du stock, des chutes, d'escarres débutantes, de la remise d'un dossier médical pour sortie de WE appartenant à un autre résident, de l'oubli d'une perfusion. Les témoignages des familles font état d'évènements indésirables associés aux soins qui ne sont pas enregistrés (cf. supra non signalement en interne des EI). Ce constat fait écho aux résultats de l'évaluation externe de 2020 qui relève le « *manque de formalisme quant au traitement et à l'analyse des EI* ».

Gestion des dossiers administratifs individuels des résidents

La mission a procédé à la vérification de plusieurs dossiers administratifs individuels de résidents, sur la base d'un échantillon de 10 dossiers, soit 10% des résidents accueillis (101 résidents au jour de l'inspection).

L'organisation du contenu de ces dossiers s'appuie sur une « *check List* » établissant leur composition. Chaque dossier comprend le contrat de séjour et ses annexes, une sous-chemise pour le livret d'accueil et ses annexes, une sous-chemise dédiée à la phase de préadmission, une sous-chemise pour l'admission, une sous-chemise contenant les autorisations, une sous-chemise avec les pièces administratives, une sous-chemise pour les éventuelles mesures de protection juridique des résidents et enfin une dernière sous-chemise contenant les échanges avec le résident, sa famille ou son représentant légal.

Les annexes au livret d'accueil sont constituées du règlement de fonctionnement (annexe 1), la charte des droits et libertés de la personne accueillie (annexe 2), notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (annexe 3) ainsi que les divers formulaires d'autorisation.

Les dossiers sont globalement bien structurés et complets. L'échantillon contrôlé a permis de constater que les contrats de séjour sont systématiquement insérés et signés par le résident ou son représentant légal ou accompagnant. En revanche, pour la moitié de ces dossiers (5/10), le formulaire de désignation de la personne de confiance – prévue à l'article D. 311-5-1 du CASF – n'est pas cosignée du résident et de la personne de confiance ou du représentant légal. La partie facultative de ce formulaire concernant les directives anticipées est le plus souvent non renseignée. La direction de l'établissement indique à la mission que les directives anticipées figurent dans le dossier de soin qui est enregistré sur le logiciel NETSOINS® .

Remarque N°9 :

Les informations relatives aux directives anticipées ne concernent pas seulement les soins et doivent être accessibles aux professionnels administratifs chargés également de les mettre en œuvre.

Concernant la réalisation d'un audit externe sur la validité des contrats de séjour à la demande du Défenseur des Droits le 30 décembre 2019 (DDD), un courrier de la directrice de l'établissement a été envoyé au Défenseur des Droits le 28 février 2020 qui indique qu'une évaluation par un organisme externe avait déjà été conduite les 11 et 12 décembre 2019. Cette évaluation aurait permis de repérer des manquements sur les dossiers administratifs des résidents et des mesures correctives auraient été apportées dans ce cadre, selon ce courrier du groupe ORPEA.

Les projets de vie²² ne figurent pas non plus dans les dossiers administratifs des résidents. Dans la mesure où ces projets de vie contiennent des éléments relatifs à la prise en charge médicale, médico-sociale et paramédicale, ils sont également intégrés dans les dossiers de soin. La mission identifie un problème dans leur formalisation. Ils doivent comporter un volet soins mais qui ne doit pas comporter le plan de soins ou des informations relevant du secret médical.

Concernant les projets personnalisés, la psychologue indique que les projets sont actuellement évalués tous les ans pour l'hébergement et tous les six mois pour l'USA, en précisant que ce délai est à améliorer pour l'USA. Les familles sollicitent la psychologue directement en cas de besoin, qui les rencontre également lors d'entretiens dans le cadre de l'élaboration des projets personnalisés des résidents. Il n'est pas précisé à la mission s'ils comportent un projet de soins.

Remarque N° 12 (cf. infra) :

La direction de l'établissement n'a pas remis à la mission de procédure d'élaboration du projet individualisé, ni un calendrier de mise en œuvre, leur supervision relevant des missions de la psychologue.

Réf : HAS, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », 2018

B/ Conditions d'hébergement et prestations hôtelières

Les locaux sont propres. De la musique est émise dans les couloirs. Les sols sont tous moquetés. Des pièces à usage des professionnels possèdent un digicode. Mais l'accès à plusieurs d'entre elles n'est pas verrouillé par le digicode. Des pièces vides sans digicode peuvent être dangereuses si une PA y pénètre et chute ou ne peut en ressortir seule.

Il y a plusieurs ascenseurs desservant les différentes ailes de l'EHPAD. Un strapontin dans les ascenseurs est à la disposition des personnes mais certains sont mal fixés et donc potentiellement sources de chute. Un seul ascenseur permet d'accéder au sous-sol, où sont situés les lieux de stockage des déchets.

Ce constat rejoint les conclusions de l'évaluation externe de 2020 qui relève l'absence « de circuit défini propre/sale pour le transport du linge dans l'ascenseur ».

Remarque N°10 :

La mission observe que le circuit « sale » n'est pas identifié au sein de l'EHPAD pour la gestion des déchets.

Concernant en particulier les trois premiers niveaux (rez-de-chaussée, 1^{er} et 2^{ème} étages), la mission constate que plusieurs équipements contribuant à la qualité de la prise en charge des résidents sont inutilisés ou ne sont pas opérationnels, en raison de travaux en cours ou à venir. L'espace SNOEZELLEN au 1^{er} étage est fermé (il n'a pas été indiqué à la mission si du personnel était formé à son utilisation), la balnéothérapie est en attente de travaux de réfection ainsi que la salle de cinéma située au 3^{ème} étage. Il est indiqué à la mission que le bâtiment - ouvert en juillet 2010 - nécessite des travaux de réhabilitation, notamment les 1^{er} et 2^{ème} étages.

Les chambres sont spacieuses et claires ; les lits sont équipés d'un appel malade, qui a été testé par la mission (temps de réponse de 5 minutes ou moins ce jour-là). Le suivi des appels

²²Référence : article D. 312-155-0, 3° du CASF : Les EHPAD « (...) mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies. »

malade et le temps de décroché peut être effectué par la direction qui en a fait une présentation à la mission. Selon les témoignages des familles, les appels la nuit sont infructueux ou tardifs.

Remarque N°11 :

La mission relève l'existence d'équipements de qualité qui sont inopératoires et qui pourtant sont présentés dans la visite virtuelle²³ de l'établissement sur le site internet du groupe ORPEA.

La restauration

Une grande salle à manger commune au rez-de-chaussée accueille les résidents pour les repas.

Les repas sont servis à l'assiette, des serveurs font le service, tournent sans cesse dans la salle offrant une surveillance continue des résidents. Les habitudes des résidents sont connues (vin, style de pain, ...). Lorsque les résidents le demandent, à l'avance ou au moment du repas, le plat du jour peut être remplacé par un steak haché. L'aide au repas et les déplacements des résidents sont effectués par quelques soignants des étages. Des chevalets nominatifs sont disposés sur les tables avec des vignettes de couleur selon le régime ou textures alimentaires (Vert=haché, Rouge=mixé, rose=sans porc, bleu=sans sel). Une fontaine à eau gazeuse est à disposition dans la salle à manger.

Les résidents grabataires ou ponctuellement fatigués peuvent prendre leur repas en chambre. Un soignant de chaque étage va en cuisine récupérer un chariot de transport de plateaux repas. L'aide au repas est assurée par les soignants de l'étage ainsi que l'administration des médicaments déléguée par l'IDE²⁴.

²³ <https://www.orpea.com/visites-virtuelles/maison-de-retraite/residence-orpea-lesbordsdeseine/visite-virtuelle-lesbordsdeseine.html>

²⁴ Cf. article R. 4311-4 du CSP

III – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

A/ La prise en charge médicale des résidents

La coordination médicale

Le MEDEC a des connaissances [REDACTED]

[REDACTED] Il est, de par ses missions, garant de la prise en charge médicale des résidents. Environ 90% des résidents ont un médecin traitant.

Parmi ces médecins, quatre praticiens libéraux, identifiés dans une liste indicative délivrée par l'EHPAD aux résidents, ont une forte activité dans l'EHPAD. Le médecin coordonnateur intervient pour les 10% restants, sans autre précision.

L'intervention de ces quatre médecins libéraux est prévue dans le cadre de conventions datant respectivement de 2011, 2016 et les deux autres de 2019, liant les professionnels de santé et l'EHPAD, conformément aux articles L. 314-12 et R. 313-30-1 du CASF.

Les MT libéraux ont accès à distance au logiciel NETSOINS® pour tracer leurs observations et leurs prescriptions, s'ils le souhaitent. Le médecin coordonnateur tient une commission annuelle de coordination gériatrique conformément à ses missions réglementaires²⁵ ; un procès-verbal de la commission du 24 juin 2021 a été remis à la mission, qui réunissait autour du MEDEC quatre médecins traitants libéraux, le pharmacien d'officine, un kinésithérapeute et la psychomotricienne de l'EHPAD.

Une convention « relative aux modalités de coopération entre les établissements de santé et un EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques labellisée » a été passée en 2017 entre l'EHPAD et la filière gériatrique centre 92, ayant comme établissement support le CH Rives de Seine²⁷.

Le MEDEC participe aux transmissions informelles inter équipes l'après-midi (mais pas de manière quotidienne), aux transmissions quotidiennes du matin avec les IDE (mais ces transmissions seraient actuellement souvent annulées du fait de la crise Covid), aux réunions interdisciplinaires 2 fois par semaine par étage (30-45 minutes).

[REDACTED]

Remarque N°12 :

La mission constate l'absence de réunion pour élaborer en interdisciplinarité les projets individualisés des résidents.

Un projet individualisé est en principe élaboré en pluridisciplinarité. Il comporte d'une part un projet de soin, dont les objectifs en terme de thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses sont fondés sur l'évaluation clinique médicale et paramédicale, les observations de l'équipe soignante et la synthèse médicale des différentes pathologies et les

²⁵ Article D. 312-158, alinéa 1° du CASF

²⁶ Article D. 312-158, 3° du CASF

²⁷ Cette filière gériatrique désormais dénommée Centre Nord, est adossée au CH des Rives de Seine et à l'Institut Hospitalier Franco-Britannique.

volontés du résident ; et d'autre part un projet de vie. Le projet de soin et le projet de vie s'articulent l'un et l'autre²⁸.

Conformément à l'article D. 312-158, 10° du CASF, le MEDEC a établi un rapport annuel d'activité médicale pour l'année 2020.

La psychologue, qui est à temps plein, a pris ses fonctions dans l'établissement en 2017, indique qu'il y a une certaine pérennité dans l'établissement « avec une direction impliquée, soutenante et une bonne ambiance de travail avant les derniers évènements ». Ses jours de présence sont du lundi au vendredi (10H-18H) avec un week-end travaillé par mois.

Dans le cadre de la coordination des équipes, celle-ci participe à :

- ✓ Trois réunions médicales par semaine avec MEDEC ou IDE (compte-rendu) ;
- ✓ Une réunion de direction tous les jeudis (compte-rendu) ;
- ✓ Les transmissions chaque jour à 15H30 avec IDEC ou infirmières (NETSOINS®).

En ce qui concerne l'organisation du projet de soin du résident, dans les quelques dossiers médicaux parcourus, l'examen clinique et l'évaluation gériatrique standardisée (douleur, Braden, MMSE, capacités motrices, poids) sont effectuées de même que la biologie à l'entrée, conformément à la procédure d'évaluation initiale du groupe. Le médecin de l'inspection a analysé des dossiers médicaux²⁹.

L'évaluation des risques de fausses routes

En revanche, concernant le repérage des troubles de la déglutition, celui-ci est absent des dossiers examinés. Les recommandations de bonne pratique prévoient le test au verre d'eau et la surveillance des symptômes relatifs aux troubles de la déglutition. La mission relève également l'absence de mise à disposition de fontaine à eau pétillante dans les UVP. De plus, elle note la quasi-absence d'intervention d'une orthophoniste pour des bilans et des formations des soignants ; par ailleurs, il n'y a pas d'appareil à aspiration à proximité des UVP.

Lors des échanges, ce risque n'est pas évoqué par l'équipe soignante. Les troubles de la déglutition³⁰ sont une complication des maladies de type Alzheimer. Ces troubles de la déglutition sont parfois pauci symptomatiques mais aussi le plus souvent accompagnés de complications graves telles que des pneumopathies d'inhalation.

En l'absence de dépistage systématique par des tests appropriés et/ou une évaluation d'une orthophoniste des croissants et du pain de mie sont proposés aux résidents des UVP, bien que ceux-ci présentent un risque élevé à induire des fausses routes. Les soignants des UVP doivent par ailleurs pouvoir intervenir en cas d'inhalation des aliments et disposer d'appareils à aspiration.

Or, lors de la visite, la mission relève qu'il n'y a pas d'appareil à aspiration à proximité des UVP, ce qui ne permet pas d'intervenir rapidement en cas de fausse route d'un résident.

²⁸ Référence : article D. 312-155-0, 3° du CASF : Les EHPAD « (...) mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies. »

²⁹ Annexe n°5, exemple d'une analyse d'un dossier médical (résident 2017-2018)

³⁰ En 2016 une étude du CHU de Rouen démontre une prévalence de 87% des troubles de la déglutition chez les patients non institutionnalisés souffrant de démence et suivi en consultation mémoire :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01207675#:~:text=Soixante%20six%20pourcent%20souffraient%20de%20troubles%20de%20l'efficacit%C3%A9.>

Le médecin coordonnateur mentionne la sollicitation d'un ORL 1 ou 2 fois /mois pour une endoscopie en cas de dysphagie haute. Cette démarche est surprenante pour identifier des troubles de la déglutition chez des personnes résidentes en UVP. L'examen ORL ("laryngoscopie", "nasofibroscope") s'impose afin de vérifier d'éventuelles anomalies des amygdales, et du pharynx, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Or la dysphagie n'est pas limitée aux anomalies des amygdales et du pharynx mais La dysphagie oropharyngienne se produit également et entre autre quand la personne a de la difficulté à former et à avaler le bol alimentaire et à le faire passer de la cavité buccale dans le pharynx. Ce mécanisme est le plus fréquent chez les patients atteints d'une démence de type Alzheimer selon lequel le patient a de la difficulté à reconnaître la présence d'aliments dans sa bouche et à commencer à l'avalier.

La prise en charge nutritionnelle

Selon le MEDEC, la procédure est en cours de révision du fait des recommandations nouvelles de la HAS publiées en novembre 2019. La procédure en vigueur indique la surveillance mensuelle des poids et la surveillance de l'albuminémie à l'entrée puis tous les 6 mois environ. Le médecin coordonnateur a remis le bilan au 28 janvier des personnes dénutries ou potentiellement dénutries. 38 résidents sont identifiés comme étant à surveiller car considérées à risque de dénutrition (surveillance particulière du poids), 29/38 sont identifiées comme dénutries (albuminémie < 35g/L), dont 8 présenteraient une albuminémie inférieure à 30g/L. Parmi ces 8 personnes, [REDACTED]

Le nombre de personnes identifiées comme dénutries est élevé alors que les prestations hôtelières mettent notamment en avant la restauration. L'établissement recourt à l'achat produits de diététique enrichis pour lutter contre la dénutrition (cf. infra), mais il n'y a pas de procédure pour la réalisation de plats enrichis appétant.

Incontinence

Des formations sont réalisées par la société Hartmann sur la gestion des protections. Il n'existe pas de formation sur la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'incontinence. Le MEDEC initie quelques calendriers mictionnels. L'EHPAD dispose d'un bladder scan. Le suivi des selles et des urines est effectif dans les dossiers. La visite des UVP a permis de voir l'usage de chaises adaptées pour la conduite au WC.

Soins des plaies

Les formations sont réalisées par la société Hartmann et a priori par l'équipe mobile gériatrique externe (EMGE) pour les soins locaux et par le prestataire Bastide (matériel/matelas) pour l'utilisation des dispositifs anti escarres. Selon les entretiens conduits par la mission, un agent a bénéficié d'une formation plaie et cicatrisation ; le plan de formation 2021 indique pour sa part l'inscription de 3 agents à une formation de 2 jours intitulée « Plaies et cicatrisations ». Au 28/01/22 un résident reçoit des soins pour une escarre par l'HAD de la Croix-St-Simon³¹ transmissions écrites dans la chambre, cependant il n'y a pas de traçabilité de temps d'échange entre les IDE de la résidence et de l'HAD pour le suivi.

Douleur

Utilisation confirmée par l'observation des dossiers d'Algoplus et de l'échelle EVA. Une armoire sécurisée est à la disposition des soignants dans la salle de soins pour les morphiniques ainsi que le cahier de traçabilité. Pour les résidents ayant des soins de plaie

³¹ Une convention en date du 29 mars 2018 liant l'EHPAD et le service d'HAD de la Fondation Œuvre de la Croix-Saint-Simon a été remise à la mission, ainsi qu'une autre convention passée avec l'HAD de l'AP-HP le 14/03/2018.

douloureux, une prémédication antalgique est effectuée sur ordonnance. Si l'HAD effectue le soin de plaie, l'IDE de l'HAD prévient les IDE de l'EHPAD de son heure de passage afin d'administrer la prémédication en amont.

Marche et prévention des chutes

La prise en charge en masso-kinésithérapie est assurée par plusieurs professionnels de santé libéraux.

Les évaluations kinés (test Tinetti selon le MEDEC) et les objectifs de prise en charge sont définis par les MK après l'évaluation initiale et bilans mensuels.

La mission a été informée qu'il est demandé aux familles de participer financièrement pour la réalisation d'actes kinés complémentaires, à savoir au-delà d'une séance par jour (l'AM prend en charge une séance par jour). Le MEDEC précise que les prises en charge kinés sont très efficaces pour renforcer les apraxies des résidents.

Lors de la consultation de NETSOINS®, la mission constate qu'un bilan kinésithérapique mensuel est réalisé et tracé, mais elle relève un défaut de traçabilité des séances effectuées quotidiennement par les kinésithérapeutes.

Ecart N° 7 :

L'intervention de masseurs-kinésithérapeutes est prévue dans le cadre de conventions liant les professionnels de santé et l'EHPAD, conformément aux articles L. 314-12 et R. 313-30-1 du CASF. Or, la convention d'exercice libéral de kinésithérapie liant l'EHPAD et un masseur-kinésithérapeute présentée à la mission date de 2010 et ne vise pas nominativement les différents professionnels libéraux qui interviennent actuellement au sein de l'établissement.

Ecart N°8 :

L'absence de traçabilité et de transmissions quotidiennes relatives aux interventions des masseurs-kinésithérapeutes contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP.

La prise en charge de l'urgence

En journée et en semaine, le MEDEC est présent 4 jours sur 5. Il est le premier interlocuteur en cas d'urgence. En l'absence du MEDEC, la nuit et les week-end, le protocole stipule qu'il faut appeler l'IDE d'astreinte. S'il n'y a pas de réponse, le SAMU (15).

Les professionnels ont connaissance du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU), disponible sur le système d'information NETSOINS®. Plusieurs DLU ont été transmis à la mission, regroupant en particulier l'ensemble des observations et des transmissions. Les DLU, conçus le plus souvent par les logiciels de soins, comportent un nombre de page (10 voire 20 pages) qui les rendent inexploitable par les urgentistes lors d'une hospitalisation. Un modèle a été pourtant proposé en 2015 par la HAS pour les rendre exploitables³².

³² ³². https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu

Pour rappel, selon la HAS :

- un dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être constitué pour tous les résidents de l'EHPAD, que leur dossier médical soit accessible ou non 24h/24h dans l'EHPAD ;
- le médecin coordonnateur s'assure de la création et la mise à jour régulière du document de liaison d'urgence et de ses annexes et de l'utilisation systématique du document de transfert de l'EHPAD ;
- le DLU est accessible 24 h/24 h pour tous les soignants de l'EHPAD pouvant être amenés à gérer une urgence ;
- lors de l'urgence, le DLU, complété du document de transfert de l'EHPAD, est transmis au médecin de la permanence des soins ou au médecin urgentiste prenant en charge le résident dans l'EHPAD ou dans le service des urgences (SU) ;
- en l'absence d'hospitalisation, le médecin du SU complète le document de retour du SU ;

La gestion du Covid-19

Le médecin coordonnateur déclare que 10 décès sont survenus lors de la 1^{ère} vague. Il déclare également qu'en cette période de 5^{ème} vague tous les professionnels et les résidents ont leur dose de rappel vaccin Covid.

En cas de cluster, une IDE du siège intervient dans l'établissement pour gérer le suivi. Celle-ci a indiqué à la mission qu'elle ne collabore pas avec le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) car les procédures Covid du groupe ORPEA sont d'après elle « plus rigoureuses ».

Les procédures fournies sont pour certaines à réactualiser (l'une d'entre elle mentionne le traitement par la chloroquine). Lors de l'inspection, la direction a signalé un cluster. La mission a pu vérifier sa déclaration sur l'outil Voozanoo (le 28/01/22, déclaration de 15 résidents positifs et de 13 professionnels, n'ayant pas entraîné de décès).

Le plan bleu de l'établissement, en date d'août 2021, comporte un paragraphe intitulé « Prévention et gestion épidémie Covid 19 », qui renvoie aux mesures détaillées dans deux procédures : « procédure CORO 002 relative à la conduite à tenir (CAT) en zone épidémique Covid 19 » et « procédure CORO 003 relative à la CAT en cas de résident confirmé ou suspecté au Coronavirus ».

Ecart N°9 :

Le gestionnaire et la direction ne veillent pas suffisamment au bien-être et la santé des résidents : non évaluation des troubles de déglutition et absence de matériel d'aspiration et fontaines à eau gazeuse, nombre important de personnes dénutries et absence de protocole de repas enrichis, absence d'évaluation du niveau d'incontinence.

Réf : Article L. 311-3 du CASF.

B/ L'organisation des soins

L'organisation du travail des équipes soignantes

Alors que l'organigramme indique que les auxiliaires de vie relèvent de l'autorité de la responsable hôtelière, les plannings mensuels les mentionnent parmi les services de « nursing » au même titre que les aides-soignantes et les AMP. Cela est confirmé lors des entretiens conduits par la mission avec les personnels.

Ces équipes soignantes, de jour comme de nuit, travaillent en 12 heures dont 2 heures de pause, sur un roulement de 2 semaines.

Les soignants ont des prises de poste décalées afin d'assurer une continuité des soins ainsi que des temps de transmissions.

Il n'a pas été remis à la mission de fiches de tâches spécifiques aux AS et AES (ex-auxiliaires de vie sociale et AMP). L'établissement a indiqué que « les fiches heurées sont à réactualiser intégralement, et seront rédigées à posteriori, à l'occasion d'une révision de l'organisation du

- le DLU sert de support de communication lors de l'échange téléphonique avec le SAMU-Centre 15 pour les soignants de l'EHPAD.

travail. Cette révision consiste notamment à rééquilibrer les tâches comme par exemple, celle de la distribution des petits déjeuners. »

En effet, les petits déjeuners des résidents, qu'ils requièrent ou non une aide à la prise du repas, sont distribués par les personnels en charge ensuite de la réalisation des toilettes.

La mission constate que les auxiliaires de vie sociale dépassent leur champ de compétence sur la réalisation des toilettes, comme cela avait été constaté lors de l'inspection sur site le 5 juillet 2018.

Ecart N°10 :

Les aides-soignantes et les AES (ex-AMP et ex-auxiliaires de vie sociale) occupent les unes et les autres, de jour comme de nuit, les mêmes fonctions alors qu'elles disposent de qualifications différentes. Les AES doivent travailler en binôme effectif avec les AS et non sous la seule responsabilité fonctionnelle de celles-ci.

Réf : article R. 4311-4 du CSP, articles D. 4391-1 à -8 du CASF et arrêté du 10 juin 2021 conduisant au DEAS, articles D. 451-88 et -89 du CASF et arrêtés du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS et du 30 août 2021 relatif au DEAES³³.

En ce qui concerne la gestion des équipes soignantes (IDE, AS, AVS), il est relaté à la mission que les vacataires sont accueillis et informés par les « anciens ». Il est relevé des problèmes d'organisation car les protocoles de soins ne sont pas connus ni lus des professionnels entendus, l'emplacement des chariots de soins non indiqué aux vacataires.

Il existe un classeur de protocoles en cas de panne informatique, mais celui-ci n'est pas pratique ni intuitif. En effet, il comporte un sommaire de 6 pages et mélange les protocoles imprimés dans le classeur et d'autres à consulter dans le système de gestion électronique des documents interne ou « GED », les pages ne comportent pas de numérotation des protocoles présents dans le classeur.

Des mini formations sont organisées, mais qui semblent être plus des rappels de conduite à tenir que de réelles formations.

Le recours à l'HAD est défini par des critères : si le pansement requiert plus de 10 minutes, l'HAD fait appel à un IDE libéral pour les multiples passages journaliers en cas d'alimentation entérale.

Le personnel entendu souligne le manque de personnel, dont infirmier. Lorsque les trois IDE sont présentes, il s'agit d'un « grand jour ». Le plus souvent, seules deux IDE sont présentes simultanément. La majorité des transmissions sont orales et très peu écrites. Cependant la traçabilité des soins est faite dans NETSOINS® par les soignants, qui savent en extraire les plans de soins.

Lors des transmissions orales quotidiennes de 15h, il est indiqué à la mission que seules les IDE et AS y participent, mais ni les auxiliaires de vie, ni les AMP n'y sont présentes, alors que les auxiliaires de vie font des toilettes seules et administrent des médicaments (une fois écrasés par les IDE).

Les transmissions restent principalement orales, la traçabilité écrite est insuffisante. Elle est pourtant essentielle dans des équipes où la rotation des professionnels est forte.

La mission estime que les soignants AS/AMP/AVS ne doivent pas compter uniquement sur les transmissions des professionnels les plus anciens pour connaître les habitudes de vie des

³³ Les arrêtés du 4 juin 2007 relatif au DEAVS et du 11 avril 2006 relatif au DEAMP sont abrogés.

résidents (alimentaire, hygiène, mobilisation, ...). La mission considère que le management de proximité est inexistant alors qu'il est le garant des bonnes pratiques professionnelles.

Elle maintient l'écart relevé lors de l'inspection réalisée le 5 juillet 2018.

Ecart N°11 :

L'échange des informations orales et écrites au sein de l'équipe soignante n'est pas assuré et ne permet pas de garantir une circulation fluide des transmissions.

Réf : article L. 311-3-3 du CASF.

Écart N°12 :

L'insuffisance de partage de procédures formalisant des pratiques de soins, ne favorise pas la qualité et la sécurité des soins et expose au risque de survenue d'événements indésirables. Cette insuffisance ne permet pas à l'établissement de satisfaire à l'obligation de diffusion de bonnes pratiques inscrite à l'article D. 312-158- 5° du CASF.

Le circuit du médicament

Les prescriptions sont faites et renouvelées par les médecins traitants. Le MEDEC peut intervenir en cas d'urgence.

Les prescriptions sont inscrites dans NETSOINS® puis imprimées et rangées dans un classeur par étages ou unités. Ce classeur permet de palier une panne informatique et est un support de contrôle pour les IDE dans la distribution des médicaments. Les prescriptions sont faxées ou envoyées par mail à l'officine de pharmacie avec laquelle l'EHPAD a passé une convention en date du 17 mai 2021.

La délivrance de la préparation de la dose à administrer (PDA) est effectuée par l'officine tous les mercredis sous forme de piluliers. La PDA couvre toute la semaine du lundi au dimanche. La pharmacie livre également les médicaments commandés en urgence.

Chaque pilulier contient 4 compartiments distincts (matin, midi, soir, coucher). Sur chaque compartiment est visible : le jour et la date et le moment d'administration, le nom, prénom et la photo du résident, l'étage et le numéro de chambre. Il est indiqué également le nombre de médicaments dans et hors du pilulier.

La mission observe que le calibrage d'impression des informations sur le pilulier prévoit un trait pour séparer l'identité du résident et l'énumération des médicaments dans le pilulier. Hors cette ligne se superpose à la première ligne de médicament. Cela engendre une mauvaise visibilité des écritures voire l'impression que cette première ligne de médicament est barrée. Cela peut affecter la phase de contrôle de la similitude entre la prescription et le contenu du pilulier.

Remarque N°13 :

En ne rendant pas lisibles les écritures sur le pilulier, l'étape de contrôle de la distribution des médicaments peut être compromise.

Le stockage des piluliers pour la semaine suivante est fait dans une pièce sécurisée par un digicode. Ils sont dans des armoires spécifiques au format des piluliers et rangés par étage.

Une autre armoire contient des boîtes correspondantes à chaque chambre afin d'accueillir des médicaments hors pilulier. Cette armoire n'a plus de porte. L'IDEC a informé la mission qu'elle serait changée dans quelques jours au profit d'une armoire sécurisée.

Les piluliers de la semaine en cours sont stockés dans les chariots de distribution des médicaments (un par IDE). L'aménagement intérieur de certains chariots ne permet pas de

27/52

fermer la porte coulissante sur le devant des chariots. Les chariots ne sont donc pas sécurisés dans les couloirs, durant le tour de distribution des médicaments, sans surveillance lorsque l'IDE est dans une chambre.

Ecart N°13 :

La non sécurisation du chariot de distribution des médicaments ne garantit pas la sécurité des résidents lors de la distribution des médicaments, contrairement aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.

La distribution des médicaments se fait 4 fois par jour (matin, midi, soir et coucher). Celle du matin est la plus longue, environ 1h30 à 2h selon le nombre d'IDE présents et donc du nombre de résidents que ces professionnels ont en charge. Ce qui équivaut à une moyenne de 2 à 3 minutes par résident.

La distribution est faite par les IDE auprès des résidents en chambre ou en salle de restauration. L'identité-vigilance est sécurisée par la photo du résident sur les piluliers et sur le classeur des ordonnances permettant le contrôle de la similitude entre l'ordonnance et le contenu du pilulier. Les chevalets nominatifs placés sur les tables sont une indication peu fiable. Le jour de la mission, une résidente était assise à la bonne table mais le chevalet était inversé avec une résidente de la même table. L'IDE a demandé confirmation de l'identité de la résidente à l'AS.

Pour les résidents qui ont des difficultés de déglutition, les médicaments sont systématiquement écrasés avec un broyeur à médicaments munis de sachets adéquats. La liste des médicaments écrasables n'est pas consultée au préalable. La mission a observé l'écrasement d'un médicament par l'IDE, le nom du résident est noté au marqueur sur le sachet. Il a été donné à une AVS pour une résidente prenant son petit-déjeuner en salle de restauration. Le sachet, non fermé, a été posé sur le plateau repas de la résidente.

L'administration est faite par l'IDE et par les AS/AES par délégation de l'IDE³⁴. Les professionnels interrogés sur l'aide à la prise des médicaments disent ne pas connaître les protocoles de soins sur ce sujet³⁵.

Ecart N°14 (cf. infra) :

La méconnaissance des protocoles de soins relatifs à l'aide à la prise des médicaments par les professionnels concernés contrevient à l'article L313-26 du CASF.

Remarque N°14 :

L'écrasement de médicaments sans consulter préalablement la liste de médicaments écrasables peut exposer à une perte d'efficacité ou à une toxicité de ces médicaments.

Remarque N°15 :

La non fermeture du sachet contenant un médicament écrasé peut être source de perte de produit ou de souillure de ce dernier.

Traçabilité des soins

La traçabilité de l'administration des médicaments est faite à distance, dès lors que l'IDE en a le temps. Des tablettes donnant accès à NETSOINS® sont mises à disposition, mais les professionnels ont fait part à la mission de problèmes de connexion.

³⁴ Article L. 313-26, CASF.

³⁵ Le rapport d'évaluation externe de l'EHPAD établi en 2020 et transmis à l'ARS considère que le circuit du médicament est sécurisé.

La mission a constaté que les traçabilités des surveillances et des soins sont faites sur NETSOINS® par tous les professionnels. La mission a été informée du dysfonctionnement de certains postes informatiques dans différents étages, ce qui contraint les professionnels de chercher un poste qui fonctionne dans les autres étages pour faire ses traçabilité et transmissions.

Écart N°14 :

L'organisation actuelle du circuit du médicament au sein de l'EHPAD n'est pas conforme aux attendus, elle fait courir un risque aux résidents en raison de :

- la transmission à la pharmacie par mail des prescriptions, non conforme à la réglementation,
- l'absence de traçabilité des prises effectives médicamenteuses et des soins individuels, sur un document, papier ou informatique lié au dossier de soins de chaque résident.

Réf : Articles L. 311-3-1°, L. 313-26, D. 312-158-5° du CASF et articles L. 4311-1 et sv et R. 5132-22 du CSP.

Les constats en matière de prise en charge médicale et paramédicale – une insuffisante prévention des troubles de la déglutition, un défaut d'appui métier du siège auprès du médecin coordonnateur, un circuit du médicament insuffisamment sécurisé alors que le recours aux vacataires et aux CDD est très important – contrastent avec les résultats de l'évaluation externe de 2020 que l'EHPAD a adressé à l'ARS (faisant état de l'absence de difficultés remontées sur la prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des résidents et aux conditions d'accompagnement identifiées par l'EHPAD).

C/ Les dispositifs médicaux

La mission fait les constats suivant :

- l'EHPAD recourt aux compléments alimentaires remboursés par la Sécurité Sociale plutôt que la confection de repas enrichis³⁶, alors que la prestation restauration est internalisée par le groupe gestionnaire (7 ETP en CDI) ;
- selon les soignants entendus, l'établissement dispose d'assez de protections et de matériel.

Remarque N°16 :

La mission constate un réassort inapproprié en protections dans les étages : un étage n'était pourvu que de la taille « S », un autre uniquement du « XL ».

Des lève-malade mobiles sont visibles dans les couloirs lors des visites de la mission les deux matins ainsi que des chambres avec un lève-malade sur rails ; selon la direction, 25 chambres ont été réhabilitées avec des rails au plafond et 14 chambres en UGD grâce à un investissement autorisé par le siège (USA 3^{ème} étage : créée entre 2018-2020) ;

Les obus d'O2 sont en salle de soins sur des chariots dédiés, sous plastique (sorte de film palette) attestant de leur remplissage. Toutefois, la mission a constaté qu'une bouteille est vide. Néanmoins, les professionnels disposent d'un compresseur permettant de remplir les obus portables ainsi que les sacs de transport pour les déplacements des résidents nécessitant de l'O2 en continu au sein de l'EHPAD.

- *Achats des protections contre l'incontinence :*

	2018	2021
Nombre de protections achetées	57 811	72 484
Nombre de résidents en GIR 1, 2 ou 3	61	55
Nombre de protections/jour/résident	2,6	3,6

³⁶ Selon les données extraites par l'EHPAD et remises à la mission, 13 résidents ont un régime alimentaire enrichi en texture mixée ou hachée au 28/01/2022

Sources : Factures HARTMANN et liste des résidents avec GIR et dates d'entrée/sortie

Entre 2018 et 2021, le nombre de protections achetées a augmenté de 20%. De plus, la diminution de 10% des résidents les plus dépendants (GIR 1 à 3) a amélioré le ratio du nombre de changes réalisés par résident. Ainsi, si en 2018, les résidents étaient changés en moyenne toutes les 9 heures, en 2021, ils l'étaient toutes les 6,5 heures.

La mission note, par ailleurs, qu'un nouveau contrat de prestation de services signé le [redacted] entre ORPEA et la société [redacted].

- Achats de produits de diététique enrichis pour lutter contre la dénutrition et d'eaux gélifiées pour les résidents ayant des troubles de la déglutition :

	2018	2021
Montant des achats HP/HC ³⁷	7 853	3 088
Montant des achats d'eaux gélifiées	3 468	1 112
Montant des HP/HC/jour/résident dénutri	0,57	0,22
Montant de l'eau gélifiée/jour/résident Alzheimer	0,68	0,22

Sources : Factures Nutrisens et Nestlé Healthcare et liste des résidents avec GIR et dates d'entrée/sortie

Il n'a pas été possible de calculer le nombre de grammes de protéines dans ces aliments HP/HC afin d'objectiver les apports.

Toutefois, il apparaît que le montant des achats réalisés en nourriture HP/HC a été divisée par 2,5 et par 3 pour les eaux gélifiées entre 2018 et 2021. Notons par ailleurs, que le médecin coordonnateur ne parvient pas à faire enrichir les repas notamment par ajouts de produits riches en protéines auprès de la cuisine. Enfin, les aides-soignants ont indiqué avoir des difficultés à obtenir plus que leur dotation par repas auprès de la cuisine. Les professionnels de l'EHPAD ont identifié 38 personnes dénutries et 14 résidents Alzheimer, plus sujets aux fausses routes (cf. supra).

Enfin, par conventions commerciales signées les [redacted], les Sociétés [redacted].

- Locations de lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres (mémoire de forme ou à air) :

	2018	2021
Nombre de lits médicalisés loués / mois	64	60
Nombre de lits Alzheimer loués / mois	64	36
Nombre de matelas anti-escarres loués / mois	22	23
Nombre de résidents GIR 1 ou 2	47	36

Sources : Factures Bastide et liste des résidents avec GIR et dates d'entrée/sortie

³⁷ HP/HC : Hyperprotidique / Hypercalorique

L'EHPAD accueille 101 résidents. En 2018, en moyenne, 128 lits étaient loués, par mois, contre 96 en 2021³⁸. L'établissement accueille dans une unité spécifique 14 résidents Alzheimer, alors que 64 lits étaient loués en 2018 et 36 en 2021. Les patients en GIR 1 et 2 sont le plus susceptibles, au regard de leur plus faible mobilité, de développer des escarres, mais seuls deux patients sur trois bénéficient d'un matelas anti-escarres. La mission relève une absence de formation sur la prévention des escarres.

Une convention cadre de promotion commerciale a été signée entre ORPEA et la Société



- Achats de crèmes pour la prévention des escarres (effleurage) :

	2021
Tubes achetés par l'EHPAD ³⁹	20
Tubes achetés sur prescription	441
Changes possibles	23 050
Patients GIR 1 et 2 (sur 12 mois)	
Changes réalisés / nbre de protections achetées	47 304
Changes avec effleurage	0,49
Nombre résidents physiques GIR 1 et 2	
Nombre de résidents GIR 1 et 2 avec prescription	37

Sources : Facture Pharmacie [redacted] historique des délivrances aux résidents sur ordonnance et liste des résidents avec GIR et dates d'entrée/sortie

95 % des crèmes utilisées pour réaliser les effleurages sur les résidents les plus fragiles sont achetées sur ordonnance (alors que cette dernière n'est pas nécessaire). Alors que 72 résidents sont en GIR 1 ou 2, seuls 37 bénéficient d'une ordonnance pour cette crème. Or, au regard des quantités disponibles, seul un change sur deux peut faire l'objet d'un effleurage.

Remarque N°17 :

Lors des entretiens, il est indiqué à la mission que les effleurages ne sont pas considérés comme de la prévention mais comme un traitement d'escarre.

³⁸ Il n'a pas été possible de compter le nombre de lits médicalisées réellement présents dans l'établissement.

³⁹ Le prix unitaire TTC d'une crème [redacted] de 100g est de 6,50 €.

IV – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.
E2	Le mode d'organisation actuel du travail des équipes soignantes est de nature à affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents : <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de personnel induisant une réorganisation quotidienne des tâches quotidiennes, des glissements de tâches et une surcharge de travail, - Absence d'animation et de régulation des équipes par l'encadrement et d'organisation de l'intégration des nombreux salariés vacataires (et des stagiaires), - Absence de roulement des équipes d'une unité ou d'un étage à l'autre induisant une charge de travail déséquilibrée, - Difficultés pour les agents de prendre leur temps de pause réglementaire. <i>Réf : articles L. 311-3 et L. 313-14 du CASF</i>
E3	L'inconstance des effectifs présents pour un horaire de travail donné, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du code de l'action sociale et des familles. Le recours à de nombreux personnels vacataires requiert un temps de gestion très important (constitution des dossiers RH, vérification de la validité des diplômes) et de management (ajustement des plannings et des équipes) et interroge la mission sur son impact dans la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents : aptitude des équipes à intégrer ces nombreux vacataires, capacités d'adaptation des vacataires aux protocoles internes et aux besoins en soins et en accompagnement des résidents. <i>Réf : Articles L. 311-3 et L. 313-14 du CASF.</i>
E4	Le recours à de nombreux personnels vacataires requiert un temps de gestion très important (constitution des dossiers RH, vérification de la validité des diplômes) et de management (ajustement des plannings et des équipes) et interroge la mission sur son impact dans la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents : aptitude des équipes à intégrer ces nombreux vacataires, capacités d'adaptation des vacataires aux protocoles internes et aux besoins en soins et en accompagnement des résidents. <i>Réf : Articles L. 311-3 et L. 313-14 du CASF.</i>
E5	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.
E6	En ne présentant pas de bilan des évènements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
E7	L'intervention de masseurs-kinésithérapeutes est prévue dans le cadre de conventions liant les professionnels de santé et l'EHPAD, conformément aux articles L. 314-12 et R. 313-30-1 du CASF. Or, la convention d'exercice libéral de kinésithérapie liant l'EHPAD et un masseur-kinésithérapeute présentée à la mission date de 2010 et ne vise pas nominativement les différents professionnels libéraux qui interviennent actuellement au sein de l'établissement.
E8	L'absence de traçabilité et de transmissions quotidiennes relatives aux interventions des masseurs-kinésithérapeutes contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP.
E9	Le gestionnaire et la direction ne veillent pas suffisamment au bien-être et la santé des résidents : non évaluation des troubles de déglutition et absence de matériel d'aspiration et fontaines à eau gazeuse, nombre important de personnes dénutries

	et absence de protocole de repas enrichis, absence d'évaluation du niveau d'incontinence. <i>Réf : Article L. 311-3 du CASF.</i>
E10	Les aides-soignantes et les AES (ex-AMP et ex-auxiliaires de vie sociale) occupent les unes et les autres, de jour comme de nuit, les mêmes fonctions alors qu'elles disposent de qualifications différentes. Les AES doivent travailler en binôme effectif avec les AS et non sous la seule responsabilité fonctionnelle de celles-ci. <i>Réf : article R. 4311-4 du CSP, articles D. 4391-1 à -8 du CASF et arrêté du 10 juin 2021 conduisant au DEAS, articles D. 451-88 et -89 du CASF et arrêtés du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS et du 30 août 2021 relatif au DEAES⁴⁰.</i>
E11	L'échange des informations orales et écrites au sein de l'équipe soignante n'est pas assuré et ne permet pas de garantir une circulation fluide des transmissions. <i>Réf : article L. 311-3-3 du CASF.</i>
E12	L'insuffisance de partage de procédures formalisant des pratiques de soins, ne favorise pas la qualité et la sécurité des soins et expose au risque de survenue d'événements indésirables. Cette insuffisance ne permet pas à l'établissement de satisfaire à l'obligation de diffusion de bonnes pratiques inscrite à l'article D. 312-158- 5° du CASF.
E13	La non sécurisation du chariot de distribution des médicaments ne garantit pas la sécurité des résidents lors de la distribution des médicaments, contrairement aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.
E14	L'organisation actuelle du circuit du médicament au sein de l'EHPAD n'est pas conforme aux attendus, elle fait courir un risque aux résidents en raison de : - la méconnaissance des protocoles de soins relatifs à l'aide à la prise des médicaments par les professionnels concernés ; - la transmission à la pharmacie - par mail - des prescriptions ; - l'absence de traçabilité des prises effectives médicamenteuses et des soins individuels, sur un document, papier ou informatique lié au dossier de soins de chaque résident. <i>Réf : Articles L. 311-3-1°, L. 313-26, D. 312-158-5° du CASF et articles L. 4311-1 et sv et R. 5132-22 du CSP.</i>
N°	Liste des remarques formulées par la mission
R1	L'absence de temps de repos effectif engendre une altération des conditions de travail susceptible d'affecter la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.
R2	L'établissement ne transmet pas les pré-signallements (EI/EIG) à l'adresse générique de déclaration des événements indésirables du Conseil départemental, ni ne s'assure de la bonne transmission conjointe (ARS et CD) des événements indésirables dans les plus brefs délais.
R3	L'établissement n'organise pas la gestion des suites des événements indésirables : déclencher une enquête interne, assurer un retour d'information auprès des résidents concernés – et/ou du représentant légal – afin de leur permettre d'effectuer les recours nécessaires et auprès des personnels concernés, initier un plan d'action préventives et correctives.
R4	L'EHPAD fait appel de façon chronique à un nombre important de personnel vacataire, ce qui traduit et entretient l'instabilité des équipes en place.
R5	Les supports de suivi des effectifs soignants et ASH en poste (planning prévisionnel, tableau journalier, fiche de présence) présentent des incohérences entre eux et ne traduisent ni la qualification ni le nombre des personnels effectivement présents et rencontrés par la mission.
R6	L'absence de protocole d'accueil des vacataires et des nouveaux professionnels ne facilite pas leur intégration à la structure et leur adaptation aux usagers qu'ils

⁴⁰ Les arrêtés du 4 juin 2007 relatif au DEAVS et du 11 avril 2006 relatif au DEAMP sont abrogés.

	<p>accompagnent et est susceptible d'affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.</p> <p><i>Réf : HAS « La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre », 2008 (§ Repère n° 4.2.1 « Accueillir le nouveau professionnel et lui donner les moyens de comprendre et de s'adapter aux usagers qu'il accompagne »).</i></p>
R7	En réponse à l'absentéisme et au turnover structurels des personnels soignants, le gestionnaire et la direction de l'établissement ne portent aucun plan d'action en faveur de la fidélisation du personnel
R8	L'information des contacts « Alma » (à destination des personnes âgées victimes de maltraitance) est présente au sein de l'EHPAD mais n'est pas assez visible (à la dernière page d'un tourniquet de document au RDC ou dans les étages, dans une pièce accessible uniquement aux soignants et cachée par un écran d'ordinateur).
R9	Les informations relatives aux directives anticipées ne concernent pas seulement les soins et doivent être accessible aux professionnels administratifs chargés également de les mettre en œuvre.
R10	La mission observe que le circuit « sale » n'est pas identifié au sein de l'EHPAD pour la gestion des déchets.
R11	La mission relève l'existence d'équipements de qualité qui sont inopérants et qui pourtant sont présentés dans la visite virtuelle ⁴¹ de l'établissement sur le site internet du groupe ORPEA.
R12	<p>Il n'a pas été remis à la mission de procédure d'élaboration du projet individualisé, ni un calendrier de mise en œuvre, leur supervision relevant des missions de la psychologue.</p> <p>La mission constate en outre l'absence de réunion pour élaborer en interdisciplinarité les projets individualisés des résidents.</p>
R13	En ne rendant pas lisibles les écritures sur le pilulier, l'étape de contrôle de la distribution des médicaments peut être compromise.
R14	L'écrasement de médicaments sans consulter préalablement la liste de médicaments écrasables peut exposer à une perte d'efficacité ou à une toxicité de ces médicaments.
R15	La non fermeture du sachet contenant un médicament écrasé peut être source de perte de produit ou de souillure de ce dernier.
R16	La mission constate un réassort inapproprié en protections dans les étages : un étage n'était pourvu que de la taille « S », un autre uniquement du « XL ».
R17	Lors des entretiens, il est indiqué à la mission que les effleurages ne sont pas considérés comme de la prévention mais comme un traitement d'escarre.

⁴¹ <https://www.orpea.com/visites-virtuelles/maison-de-retraite/residence-orpea-lesbordsdeseine/visite-virtuelle-lesbordsdeseine.html>

V – CONCLUSION

L'inspection conduite au sein de l'EHPAD « Résidence Les Bords de Seine » a certes mis en évidence le rôle déterminant porté par le médecin coordonnateur dans la prise en charge des résidents et dans la relation entretenue avec les familles. Il est à souligner que la majorité des personnes accueillies dans l'établissement disposent d'un médecin traitant.

Néanmoins, ce médecin coordonnateur n'est pas soutenu dans la conduite du projet de soins de l'EHPAD par les référents médicaux du siège gestionnaire. Cet appui serait important pour le soutenir dans la prise en charge médicale des résidents. Ainsi, la mission identifie des points d'amélioration, notamment en matière de repérage des troubles de la déglutition et de prévention de la dénutrition.

les équipes soignantes. L'activité de celles-ci est structurellement désorganisée, une partie d'entre elles relevant de l'IDEC, l'autre partie de la responsable hôtellerie. Les équipes soignantes souffrent selon les témoignages entendus de l'absence d'un management de proximité. La mission constate en particulier une grande incohérence dans le fait que les auxiliaires de vie, supervisées par la responsable hôtelière mais chargées au même titre que les aides-soignantes des toilettes des résidents, soient exclues des réunions quotidiennes de transmissions. La mission a recueilli plusieurs témoignages concordants de salariés et de familles faisant état d'une réelle déconsidération des missions de ces professionnels, qui font écho aux réclamations émises par les délégués du personnel fin 2017. Cette désorganisation, qui diffère des conclusions de l'évaluation externe de l'EHPAD établie en 2020 et communiquée à l'ARS, peut être source de négligences et de défauts de surveillance.

Les droits des usagers ne sont pas respectés, qu'il s'agisse de la désignation de la personne de confiance, ou de la réalisation de projets personnalisés articulant projet de soins et projet de vie.

Par ailleurs, alors que le gestionnaire a fait le choix d'une prestation de restauration internalisée, l'EHPAD ne propose pas de repas enrichis et goûteux, ni de collations nocturnes.

Enfin, les prestations vantées par l'établissement dans sa communication externe (site internet) n'existent pas, qu'il s'agisse par exemple de la balnéothérapie ou bien de la salle Snoezelen (qui requiert un personnel formé).

Nelly BOUSSYGUINE Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, ARS	Patricia GRANGER Cheffe de service contractualisation, tarification et contrôle des ESMS, CD92
signé	signé
Stéphane BERNARD Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, ARS	Frédéric HANGZARUK Cadre en charge de la contractualisation, tarification et contrôle des ESMS, CD92
signé	signé

VI – LISTE DES SIGLES UTILISES

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
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
CDS : Contrat de séjour
CNIL : Commission nationale Informatique et Libertés
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
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
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EI/EIGG : Evènement indésirable/évènement indésirable grave
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HACCP: « *Hazard Analysis Critical Control Point* »
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANESM)
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RDF : Règlement de fonctionnement
UVP : Unité de vie protégée

VII – ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettres de mission des agents de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Annexe 2 : Courrier d'annonce conjoint du 26 janvier 2022 de la Directrice de l'Agence Régionale de Santé et du Directeur adjoint du Pôle Solidarités du Conseil départemental des Hauts-de-Seine et courrier d'annonce de la DG-ARS du 28 janvier 2022

Annexe 3 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

Annexe 4 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection

Annexe 5 : Analyse médicale du dossier d'un résident (2017-2018)

**Annexe 1 : Lettres de mission des agents de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et du Conseil
départemental des Hauts-de-Seine**

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Monsieur Stéphane BERNARD, inspecteur de
l'action sanitaire et sociale, coordonnateur

Madame Nelly BOUSSYGUINE, inspectrice de
l'action sanitaire et sociale

Madame Géraldine ISABEL, chargée
d'inspection désignée personne qualifiée

Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, chargée
d'inspection désignée personne qualifiée

Madame Martine LENOC-SOUDANI, médecin
désignée personne qualifiée

Madame Fanny MANGIN, attachée
d'administration de l'État, désignée personne
qualifiée

Affaire suivie par : Nelly BOUSSYGUINE
Courriel : nelly.boussyguine@ars.sante.fr
& ars-idf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 06 08 75 50 73

Saint-Denis, le

26 JAN. 2022

Mesdames, Monsieur,

L'EHPAD « Résidence Les Bords de Seine » est un établissement privé à but lucratif, géré par le groupe ORPEA. Autorisé pour 115 lits et 10 places d'accueil de jour, il est implanté sur la commune de Neuilly-Sur-Seine au 76 Boulevard Bourdon.

Consécutivement à la réception de plusieurs réclamations et signalements en 2017-2018, une inspection inopinée a eu lieu au sein de cet EHPAD le 5 juillet 2018. Cette procédure a conduit à la notification à l'inspecté d'une lettre de décisions définitives du 6 juin 2019 comportant 5 prescriptions et 6 recommandations.

Par la suite, le Défenseur des droits, par une décision n°2019-318 notifiée à l'ARS et au CD78 par courrier du 30 décembre 2019, a recommandé à ceux-ci de mener au cours de l'année 2020, une visite inopinée au sein de cet EHPAD afin de contrôler l'effectivité de la mise en œuvre des mesures propres à garantir le respect des droits fondamentaux des personnes accueillies. Mais la crise Covid-19 n'a pas permis la mise en œuvre de cette recommandation dans le délai imparti.

Dans le contexte sensible provoqué par la parution le 24 janvier 2022 dans le journal « Le Monde » des extraits de l'enquête d'un journaliste sur le groupe ORPEA¹, je vous demande de participer à une inspection sur site conjointe avec le Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

¹ A paraître dans un livre intitulé « Les Fossoyeurs, Révélations sur le système qui maltraite nos aînés »

Pôle Solidarités

Réf : Pôle Solidarités
Direction du pilotage des établissements et services

Nanterre, le 26 janvier 2022

LETTRÉ DE MISSION

VU les articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles relatifs au contrôle technique exercé sur les institutions qui relèvent d'une autorisation de création délivrée par le Président du Conseil départemental

VU le règlement départemental des Hauts-de-Seine approuvé par la délibération de la commission des affaires sociales, solidarités, enfance et famille en date du 31 mars 2017

Je vous informe que l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les Bords de Seine » situé sur la commune de Neuilly fera l'objet d'un contrôle des services du Département.

Cette mission d'inspection aura notamment pour objet de :

- Le fonctionnement général de l'EHPAD (pilotage, l'organisation, les ressources humaines)
- L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie ;
- Les modalités pratiques d'accompagnement des résidents au quotidien ;
- La gestion des risques, des crises et des événements indésirables.

Il sera réalisé par :

- Patricia Granger, Cheffe de service Contractualisation, Tarification et Contrôle des ESMS, Conseil Départemental des Hauts de Seine
- Frédéric Hangzaruk, cadre chargé du contrôle des ESMS

L'inspection s'effectuera de façon inopinée le jeudi 27 janvier 2022 à compter de 9h.

P/le Président du Conseil départemental
et par délégation
Elodie Marchat
Directeur général adjoint
Responsable du Pôle Solidarités



Copie à l'ARS – DD92

Nous contacter par courrier ou téléphone
Conseil départemental des Hauts-de-Seine
92731 Nanterre cedex
0 806 00 00 92
www.hauts-de-seine.fr

Nous rendre visite
Hôtel du Département
57 rue des Longues Raies
92000 Nanterre

Annexe 2 : Courrier d'annonce du 27 janvier 2022 de la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France et du Directeur général du Pôle Solidarités du Conseil départemental des Hauts-de-Seine et courrier d'annonce de la DG-ARS du 28 janvier 2022

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Monsieur Yves LE MASNE
Directeur Général
du Groupe ORPEA
Siège social
12 rue Jean Jaurès CS 10032
92813 PUTEAUX Cedex

Affaire suivie par : Nelly BOUSSYGUINE
Courriel : nelly.boussyguine@ars.sante.fr
& ars-irf-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 06 08 75 50 73

Saint-Denis, le

28 JAN. 2022

Monsieur le Directeur Général,

Une inspection non programmée de l'EHPAD « Résidence Les Bords de Seine », réalisée de manière inopinée, a été menée le 5 juillet 2018 par l'Agence Régionale de Santé.

Les constats établis par la mission dans son rapport d'inspection ont conduit à l'issue de la procédure contradictoire à vous notifier à titre définitif par courrier du 6 juin 2019 cinq prescriptions et six recommandations.

Dans le contexte sensible provoqué par la parution le 24 janvier 2022 dans le journal « Le Monde » des extraits de l'enquête d'un journaliste concernant le groupe ORPEA et cet établissement en particulier, le Conseil départemental des Hauts-de-Seine et l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France ont décidé de diligenter une inspection conjointe sur site. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectifs :

- de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance
- et de contrôler l'effectivité de la mise en place des mesures correctrices notifiées.

Ainsi que cela vous a été notifié par lettre du 26 janvier 2022, cette mission d'inspection s'est rendue dans votre établissement le 27 janvier 2022.

Compte tenu des besoins de la mission, celle-ci se poursuivra à partir du 28 janvier 2022, dans la composition indiquée dans la notification du 26 janvier 2022. Une nouvelle visite sur place sera notamment effectuée le 28 janvier 2022 sur un mode inopiné par :

- Madame Nelly BOUSSYGUINE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale à l'ARS, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame Géraldine ISABEL, kinésithérapeute à l'ARS, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière à l'ARS, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame Fanny MANGIN, attachée d'administration de l'État à l'ARS, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, la mission pourra recueillir tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin auront accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. En outre, la mission d'inspection mènera des entretiens avec les personnes qu'elle estimera nécessaire de rencontrer.

La mission d'inspection se rendra dans votre établissement à partir du 27 janvier 2022, 8h45. Selon les besoins de la mission, les inspecteurs pourront, le cas échéant, y revenir selon une date communiquée préalablement à la direction de l'établissement.

Conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, les agents pourront recueillir tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin auront accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. En outre, la mission d'inspection mènera des entretiens avec les personnes qu'elle estimera nécessaire de rencontrer.

Concernant les suites de l'inspection, vous serez destinataire d'un courrier de propositions de décisions, auquel le rapport d'inspection sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration. Mes décisions définitives vous seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées me sera transmise dans les meilleurs délais.

Nos services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France



Amélie VERDIER

Le Directeur général adjoint
du Pôle Solidarités
du Conseil départemental
des Hauts-de-Seine



Elodie MARCHAT

Copie :

Madame Aurélie MORICHON
Directrice de l'EHPAD

Cabinet de la Directrice générale
Inspection régionale autonomie santé

Monsieur Yves LE MASNE
Directeur Général
du Groupe ORPEA
Siège social
12 rue Jean Jaurès CS 10032
92813 PUTEAUX Cedex

Affaire suivie par Nelly BOUSSYGUINE
Courriel : nelly.boussyguine@ars.sante.fr
& ars-sif-inspection@ars.sante.fr
Téléphone : 06 08 75 50 73

Saint-Denis, le

28 JAN. 2022

Monsieur le Directeur Général,

Une inspection non programmée de l'EHPAD « Résidence Les Bords de Seine », réalisée de manière inopinée, a été menée le 5 juillet 2018 par l'Agence Régionale de Santé.

Les constats établis par la mission dans son rapport d'inspection ont conduit à l'issue de la procédure contradictoire à vous notifier à titre définitif par courrier du 6 juin 2019 cinq prescriptions et six recommandations.

Dans le contexte sensible provoqué par la parution le 24 janvier 2022 dans le journal « Le Monde » des extraits de l'enquête d'un journaliste concernant le groupe ORPEA et cet établissement en particulier, le Conseil départemental des Hauts-de-Seine et l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France ont décidé de diligenter une inspection conjointe sur site. Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement de l'article L. 313-13, V du code de l'action sociale et des familles, a pour objectifs :

- de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire et sur celui de la dépendance
- et de contrôler l'effectivité de la mise en place des mesures correctrices notifiées.

Ainsi que cela vous a été notifié par lettre du 26 janvier 2022, cette mission d'inspection s'est rendue dans votre établissement le 27 janvier 2022.

Compte tenu des besoins de la mission, celle-ci se poursuivra à partir du 28 janvier 2022, dans la composition indiquée dans la notification du 26 janvier 2022. Une nouvelle visite sur place sera notamment effectuée le 28 janvier 2022 sur un mode inopiné par :

- Madame Nelly BOUSSYGUINE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale à l'ARS, coordonnatrice de la mission d'inspection ;
- Madame Géraldine ISABEL, kinésithérapeute à l'ARS, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame Myriam LACOUR-FARGEOT, infirmière à l'ARS, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame Fanny MANGIN, attachée d'administration de l'Etat à l'ARS, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, la mission pourra recueillir tout renseignement ou tout document nécessaire à ce contrôle. Les agents ayant la qualité de médecin auront accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. En outre, la mission d'inspection mènera des entretiens avec les personnes qu'elle estimera nécessaire de rencontrer.

Concernant les suites de l'inspection, vous serez destinataire d'un courrier de propositions de décisions, auquel le rapport d'inspection sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nos décisions définitives vous seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Nos services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

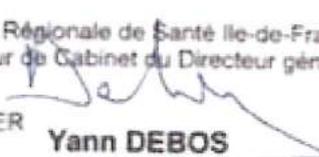
Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

Ph

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

Agence Régionale de Santé Île-de-France
Directeur de Cabinet du Directeur général

Amélie VERDIER


Yann DEBOS

Copie :

Madame Aurélie MORICHON
Directrice de l'EHPAD
Résidence les Bords de Seine
76 boulevard Bourdon
92600 NEUILLY SUR SEINE

Nanterre, le 26 janvier 2022

LETTRE DE MISSION

VU les articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles relatifs au contrôle technique exercé sur les institutions qui relèvent d'une autorisation de création délivrée par le Président du Conseil départemental

VU le règlement départemental des Hauts-de-Seine approuvé par la délibération de la commission des affaires sociales, solidarités, enfance et famille en date du 31 mars 2017

Je vous informe que l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les Bords de Seine » situé sur la commune de Neuilly fera l'objet d'un contrôle des services du Département.

Cette mission d'inspection aura notamment pour objet de :

- Le fonctionnement général de l'EHPAD (pilotage, l'organisation, les ressources humaines)
- L'organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie ;
- Les modalités pratiques d'accompagnement des résidents au quotidien ;
- La gestion des risques, des crises et des événements indésirables.

Il sera réalisé par :

- Patricia Granger, Cheffe de service Contractualisation, Tarification et Contrôle des ESMS, Conseil Départemental des Hauts de Seine
- Frédéric Hangzaruk, cadre chargé du contrôle des ESMS

L'inspection s'effectuera de façon inopinée le jeudi 27 janvier 2022 à compter de 9h.

Pôle Président du Conseil départemental
et par délégation
Elodie Marchat
Directeur général adjoint
Responsable du Pôle Solidarités



Copie à l'ARS – DD92

Nous contacter par courrier ou téléphone
Conseil départemental des Hauts-de-Seine
92731 Nanterre cedex
0 806 00 00 92
www.hauts-de-seine.fr

Nous rendre visite
Hôtel du Département
57 rue des Longues Raies
92000 Nanterre

Annexe 3 : Liste des documents consultés par la mission

Documents à remettre à la mission d'inspection dès que possible ce jour (v. numérique non pdf) :

- Liste des résidents par chambre présents ces 2 jours ; oui
- Liste des salariés présents ces 2 jours ; oui
- Plan des locaux : oui
- Plannings des salariés (y compris l'équipe de nuit des 26 et 27/01) de ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires : oui
- + liste des instances : oui

N°	Nature du document demandé	Copie / Consultation	Observations
1	Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD	oui	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD	oui	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	oui	
4	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Oui	
5	Calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2022	Oui	
6	PE, Projet de soins et PVI	Consulté mais rétroplanning du PE et taux de PP et un anonymisé	Sur Netsoins mais doc signé dans le doc adm + annexes au ctt de séjour PE vu
7	Organigramme général détaillé de l'établissement	oui	
8	Listes nominatives des personnels avec date du recrutement, nature du contrat de travail et fonction exercée (format excel non pdf)	oui	
9	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consulté	Par le secrétariat + audit interne
10	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes hors soins	Consulté	
11	Registre de recueil des événements indésirables (EI)	oui	Procédure (cf bible et gestion documentaire)
12	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Oui	Idem (remontée en interne et déclaration + échange pour DI : CD ou DREIV)
13	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents	Oui	Si plainte remonté au niveau régional ; si récla, staff (pour aller très vite)
14	Procédure sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	oui	
15	Convention établie entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant	Oui	
16	Plannings des équipes de soins jour/nuit des 3 derniers mois (temps de transmission)	oui	Cf. Octime (par ailleurs prévisionnel en excel) + ici prévoient 2 personnes de + y compris les WE ; taux d'absentéisme ?
17	Plan de formation 2020-2021 et attestations des formations suivies	oui	2020 année basse mais des formations maison ex. TMS, HACCP, Ducasse
18	Dossiers des résidents PP ok	consulté	
19	Dossiers des salariés	consulté	
20	Nb de repas enrichis, mixés ou hachés ; si collations nocturnes	Oui à date	Netsoins
21	Liste des médecins traitants	Oui	P/soignants
22	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins (HAD / Soins palliatifs)	Oui : 2	
23	Convention entre l'EHPAD et un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil d'urgence	FSG oui	
24	Collaboration du médecin coordonnateur avec EMG, réseaux de soins palliatifs et HAD et psychiatrie	Cf supra	
25	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	Oui 1 ou 2MK et 4 MT	

26	Rapport annuel d'activité médicale et rapport de la commission gériatrique annuelle + les RAMA et les Cr des commissions médicales 2017-2018	RAMA 2020 CG 2021 ?	
27	Classeur regroupant l'ensemble des protocoles de soins	Consulté	
28	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	oui	
29	Plan Bleu	oui	
30	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (décembre 2021 et janvier 2022) : extraction d'hier ?	consulté	
31	Equipement lève malade et rails 2018-ce jour (dépense d'investissement)	déclaré	25 chambres réhabilités avec des rails au plafond + 14 en UGD / investissement siège (USA 3 ^{ème} étage : 2018-2020)
32	Registre de sécurité	Consulté	
33	Les fiches de tâches heurées des AS/AMP/Auxiliaires de vie	oui	Transmis par mail les 31/01 et 2/02/2022 à la suite de demandes complémentaires émises par la mission
34	Les fiches de tâches heurées des ASH	oui	
35	Les conventions de stage des élèves stagiaires présentes le jour de la visite d'inspection	oui	
36	Copie des registres des délégués du personnel	oui	
37	Copie des contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours actuellement	oui	
38	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de vaccins achetés, nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés	oui	
39	Copie des bulletins de paie de l'ensemble du personnel en fonction à l'EHPAD Les Bords de Seine en janvier 2022	oui	
40	Le récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	oui	
41	Tableau des ETP du mois de janvier 2022	oui	
42	Cahiers des délégués du personnel n°1 à 10	oui	

Annexe 4 : Liste des personnes auditionnées par la mission

- la directrice de l'établissement
- la directrice régionale du groupe
- le médecin coordonnateur
- l'infirmière coordonnatrice
- le directeur adjoint
- un infirmier
- huit soignants (salariés, libéraux)
- un kinésithérapeute libéral
- la gestionnaire en charge des ressources humaines
- un représentant du conseil de la vie sociale (CVS)
- quatre familles de résidents



Analyse du dossier d'un résident 2017-2018



Constats

Evaluation initiale succincte et incomplète du médecin coordonnateur.

- Pas de synthèse médicale (VSM) et examen initial succinct
- Pas d'interrogation iatrogène
- Pas de prise en considération de la mention de fr de la déglutition.
 - ✓ dysphagie traitée par aérosols de bixoyl® sans questionnement
 - ✓ Pas d'évaluation
 - ✓ Pas de mesures anticipatoires

Pas de volet de soin dans le projet de vie individualisé (PVI)

Dénutrition.

- Pas d'évaluation initiale apports protéiques (ne mange pas de viande) a priori insuffisants à contrôler mais peu de traçabilité
- Pas de recueil des habitudes alimentaires pour compenser le souhait de repas sans viande
- Pas d de recherche par les cuisiniers de plats hyper protéinés ou des plats mixés reconstitués



Constats

Traitements et iatrogénie

- Pas de réévaluation de traitement (concertation médicamenteuse malgré des symptômes pouvant évoquer une iatrogénie médicamenteuse)

Pas de prise en considération des transmissions

- penche dur la droite
- Essoufflement d'effort (troubles de la déglutition ? , insuffisance cardiaque ?.....)
- Perte progressive capacité de marcher (iatrogénie ? , lésion cérébrale ?.....)
- Inadéquation avec évaluation de la douleur et les états pathologiques
- Evolution de l'escarre du sacrum

- des fragilités : mesure des risques : escarre / hydratation
- biologique
- medical trace : Au total 2 observations du med-co en sus de son évaluation médicale
- DE Pas de prise en charge ad hoc / évaluation de la plaie et évaluation de l'état général / recours à l'HAD tardif
- Déshydratation et d'évaluation de l'efficacité de la perfusion quotidienne (Sérum phy 500cc)

Prise en charge de la douleur

- Pas de réajustement traitement de la douleur / Peu d'évaluations / Probable réajustement médicamenteux

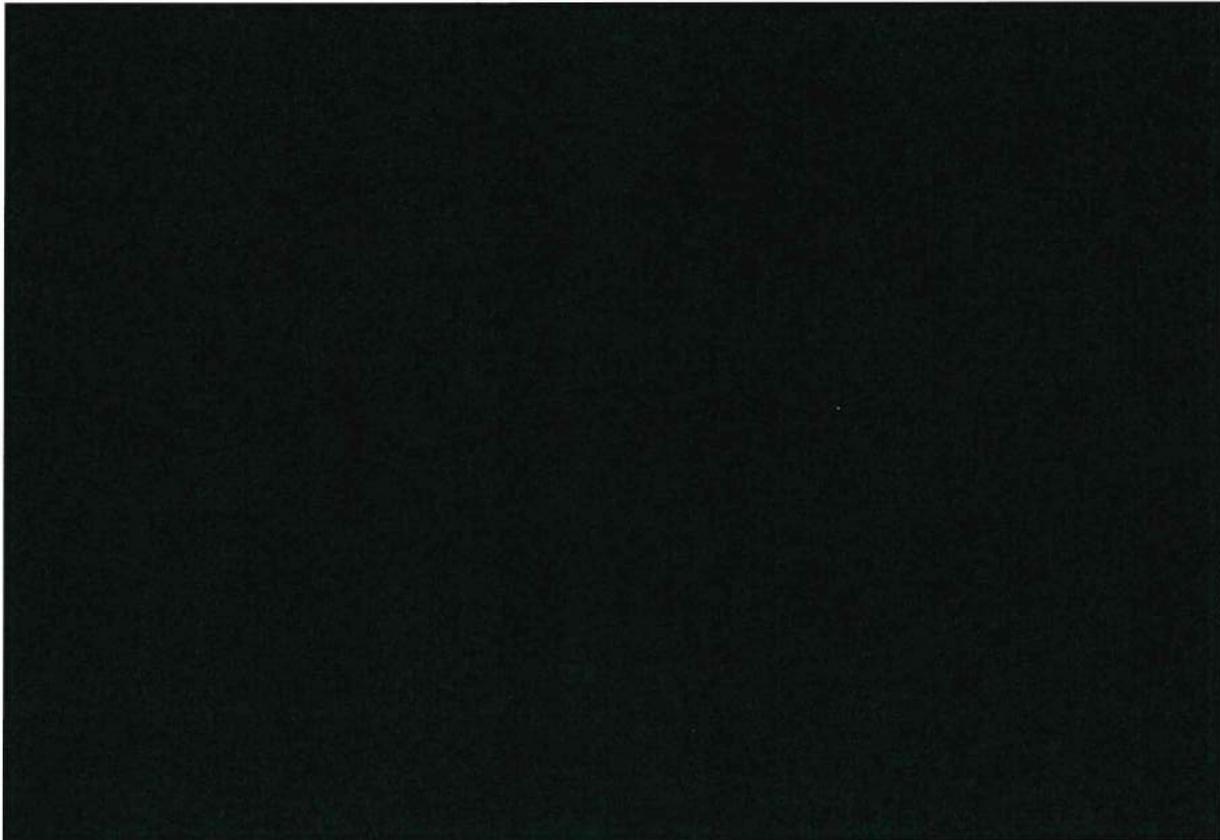
Questionnement quant aux soins bucco dentaires

- Evocation de brossage des dents et d'une demande de la famille

Difficulté d'évaluer l'évolution de la dénutrition

- Prise de 4Kg pendant le séjour mais stéréogramme du fat albuminémie à 09/01 (2018 à 24g/L et la suspicion d'une dénutrition (antécédent escarre) et oxigène (apports insuffisants) Pour mémoire du fait de la polyarthrite le besoin de protéines journaliers étaient proches de 120gr)

Directives anticipées signées par la fille





13 rue du Landy
93200 Saint-Denis Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr