

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
« Les Jardins d'Iroise Paris 13 » (EHPAD)
19 bis rue Domremy 75013 Paris
N° FINESS 750041618**

**RAPPORT D'INSPECTION
N° 2022_IDF_00278
Déplacement sur site le 07 / 11 / 2022**

Mission conduite par

- ✓ Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de Santé Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, coordonnateur de la mission, Délégation départementale de Paris, Agence régionale de Santé Île-de-France
- ✓ Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- ✓ Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris

Accompagnés par

- ✓ Madame Wendy ABITBOL, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, Agence régionale de Santé Île-de-France.
- ✓ Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, Agence régionale de Santé Île-de-France.
- ✓ Madame Audrey SALLOU-PIVERT, élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale, affectée à la délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-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 disjoindre, 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	5
A/ Contexte de la mission d'inspection	5
B/ Modalités de mise en œuvre	5
C/ Présentation de l'établissement	6
I – CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT	7
A/ Cadre institutionnel et gouvernance	7
B/ L'organisation des ressources humaines	9
II- LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS.....	17
A/ Profil des résidents accueillis	17
B/ Modalités d'accueil et d'accompagnement.....	18
C/ Conditions d'hébergement, prestations hôtelières	19
D/Respect des droits des résidents	38
E/ Evaluation de la qualité de la prise en charge	41
IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE	44
A/ L'équipe de soins.....	44
B/ La prise en charge gériatrique	46
C/ L'organisation des soins	52
D/ Les locaux de soins et le circuit du médicament.....	55
E/Les dispositifs médicaux.....	58
V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	60
VI - CONCLUSION	63
VII – LISTE DES SIGLES UTILISES	65
VIII – ANNEXES.....	66
Annexe 1 : Lettres de mission	66
Annexe 2 : Courrier d'annonce.....	66
Annexe 3 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection	66
Annexe 4 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection	66

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC). Ce plan rejoint la volonté de Maire de Paris de procéder au contrôle de l'ensemble des EHPAD parisiens.

Le ciblage a été opéré à partir d'une analyse qui a classé l'EHPAD parmi les établissements restant à contrôler dans le cadre de ce plan.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

L'inspection a été réalisée en mode inopiné, associant conjointement l'ARS et la Ville de Paris.

L'analyse a porté sur les constats faits sur pièce et sur place.

Le périmètre des investigations a été établi en fonction des informations disponibles concernant l'établissement et a porté sur les thématiques suivantes :

GOVERNANCE

- Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

FONCTIONS SUPPORT

- Gestion des ressources humaines
- Bâtiments, espace extérieurs et équipement

PRISE EN CHARGE

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Vie quotidienne - Hébergement
- Soins

Principaux écarts et remarques formulés par la mission

Principaux écarts :

La mission a pu constater un manque de traçabilité concernant la mise à jour des dossiers des résidents et un manque de procédure concernant la mise à jour des outils de la loi 2002-2 et le suivi des EIG. La mission constate également de nombreuses insécurité dans le circuit du médicament.

Principales remarques :

Le manque de transmission entre les équipes et l'absence de recommandation formalisée à destination des équipes de soin fragilise la prise en charge des résidents.

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

La Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la ville de Paris ont été destinataires de plusieurs signaux et réclamations concernant l'EHPAD « Les Jardins d'Iroise Paris 13 » situé 19 bis rue de Domrémy, 75013 Paris, SARL qui est rattachée au groupe « Iroise Bellevie ».

Cette inspection s'inscrit dans le programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national qui a fait l'objet d'une orientation nationale d'inspection contrôlée validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Ce programme rejoint la volonté de la Maire de Paris de procéder au contrôle de l'ensemble des EHPAD de Paris.

B/ Modalités de mise en œuvre

Cette mission d'inspection est organisée conjointement par la Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et la Ville de Paris, conformément à l'alinéa V de l'article L. 313-13 du CASF¹.

Elle a pour objectif de vérifier les conditions actuelles de prise en charge des résidents sur le plan sanitaire (qualité et sécurité des soins) et sur celui de la dépendance.

L'équipe d'inspection est constituée de

- ✓ Monsieur Jérôme FEYDEL, désigné en qualité d'inspecteur par la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Île-de-France au titre de l'article L.1435-7 du Code de la santé publique, coordonnateur de la mission d'inspection ;
- ✓ Madame Wendy ABITBOL, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- ✓ Madame le Docteur Sylviane KOHN-SCHERMAN, conseillère médicale, désignée personne qualifiée par la Directrice générale de l'ARS Île-de-France au titre de l'article L.1421-1 du Code de la santé publique ;
- ✓ Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités de la Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris ;
- ✓ Madame Cassandra ROCHETTE, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités de la Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

¹ 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 ».

Le contrôle a été effectué, sur place et de manière inopinée, le 7 novembre 2022 de 8 h 30 à 19 h 30.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur place mais aussi sur pièce². Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 7 novembre 2022. Au cours de cette visite, l'équipe d'inspection a rencontré 21 professionnels, et a mené des entretiens avec 11 professionnels et 3 résidents. Un entretien téléphonique avec un douzième professionnel a eu lieu le 14 novembre 2022. La directrice a mobilisé les personnels et les moyens permettant de mener à bien cette mission qui s'est déroulée dans un contexte serein. A l'issue de la journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice³.

C/ Présentation de l'établissement

Situé 19 bis rue de Domrémy, dans le 13^e arrondissement de Paris, l'EHPAD « Les Jardins d'Iroise Paris 13 » est géré par le groupe « Iroise Bellevie », situé 18 rue du Pont de l'Arche, 37550 Saint-Avertin, qui propose trois offres de services : « Les Jardins d'Iroise », qui compte 24 EHPAD en France, 3 résidences médicalisées en Espagne ; « Iroise Vie », qui regroupe 6 résidences Services, et « Iroise Services » qui propose des services à domicile (livraison de repas à domicile, adaptation de l'habitat à l'autonomie, prise en charge et nettoyage de linge, entretien du jardin, journées bien-être, santé et loisirs). Le groupe « Iroise Bellevie » portait jusqu'en décembre 2020 le nom de SGMR Ouest.

L'établissement pour personnes âgées a été autorisé par arrêté du 12 décembre 1989 à accueillir 66 lits. L'arrêté 2007-5-3 du 20 février 2007 transforme l'établissement en EHPAD autorisé à accueillir 66 personnes âgées en hébergement permanent et 6 en accueil de jour. L'arrêté 2007-107-6 du 17 avril 2007 ramène la capacité d'accueil à 57 lits d'hébergement et 6 lits d'accueil de jour. Enfin, l'arrêté 2017-104 porte la capacité à 59 lits d'hébergement permanent dont une unité de vie protégée. Il ne comprend plus de places en accueil de jour.

L'établissement est situé au fond d'une cour. Fermé par un grand portail, il ouvre sur un jardin, où sont disposés des tables et un barbecue. Le bâtiment comprend 8 niveaux :

- le rez-de-jardin où sont situés les vestiaires du personnel, la laverie, des réserves, une salle de kinésithérapie, et un salon de coiffure
- le rez-de-chaussée où se trouve la salle de restaurant, le salon pour les résidents, une salle de convivialité pour les familles, des toilettes, le bureau de la directrice, et l'accueil
- 9 chambres aux 2^e, 3^e, 5^e et 6^e étages,
- 8 chambres au 4^e étage auxquelles s'ajoutent un salon et un office,
- 7 chambres au 1^{er} étage où se trouvent les bureaux médicaux et la pharmacie.

L'établissement compte au total 39 chambres individuelles et 6 chambres doubles.

Le 4^e étage est conçu pour accueillir des personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer pour 10 places.

Cet établissement est habilité à recevoir 6 bénéficiaires de l'aide sociale.

Son budget de fonctionnement est de 1 498 140,45 € en 2021, dont

133 696,08 € au titre de l'hébergement

338 287,37 € au titre de la dépendance

² Liste des documents consultés par la mission d'inspection en annexe 4

³ Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection en annexe 5

et 1 026 157 € au titre du soin.

La convention tripartite est arrivée à échéance le 30 novembre 2019. L'ouverture des négociations pour la signature du CPOM a été programmée pour l'année 2023.

I - CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

A/ Cadre institutionnel et gouvernance

1. Conformité de l'autorisation et caractéristiques de la population accueillie

Le jour de la visite, le nombre de résidents était de 57, soit un taux de présence de 96,61 %.

Selon l'ANAP 2021, le GMP s'élève à 732,24 et le PMP à 189.

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.

En 2021, la part des résidents très dépendants était de 70 % (GIR 1, 2 et 3). Les 57 résidents accueillis au 31 décembre 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :


Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
EHPAD Les Jardins d'Iroise Paris 13, 2021					
EHPAD Les Jardins d'Iroise Paris 13, 2020 ⁴					
IDF ⁵					

Au jour de la visite, ils se répartissaient comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	NC
EHPAD Les Jardins d'Iroise Paris 13, 7 novembre 2022						

2. La gouvernance

La directrice de l'EHPAD « Les Jardins d'Iroise Paris 13 » exerce ses fonctions de directrice


qui lui octroie une grande marge de manœuvre, notamment en termes de recrutements. Cependant cette délégation ne mentionne pas la capacité de la directrice à

⁴ Source : RAMA 2020

⁵ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016. EHPAD

passer commande pour tout achat de petit matériel (matériel pour la cuisine, les protections, etc.) [REDACTED]

Elle est secondée dans ses missions par deux maîtresses de maison qui remplissent un certain nombre de tâches qui relèvent aussi du directeur. Elles semblent ainsi positionnées en adjointes opérationnelles de direction sans en avoir ni le titre, ni la responsabilité, ni le salaire. Elles ne disposent pas de fiches de poste. [REDACTED]

Elles travaillent sur un cycle 2 jours de présence/2 jours de repos/3 jours de présence/3 jours de repos, avec un jour de présence commun le mardi qui rompt le rythme des jours des repos lorsqu'elles travaillent le week-end. Prises par l'ensemble des tâches administratives (notamment RH) et d'accueil (téléphonique et physique), elles n'ont pas le temps d'accomplir leur cœur de métier (garantir un bon service hôtelier). Elles sont aussi chargées de gérer les remplacements en soutien à l'IDEC.

L'équipe de direction est complétée par le médecin coordonnateur (MedCo) en poste à 0,5 ETP depuis le 4 mai 2021. Il a signé plusieurs CDD jusqu'au 03 novembre 2022. Le jour de la visite, son contrat n'avait pas encore été renouvelé alors qu'il était toujours en poste. Tous ses contrats mentionnent qu'il est en CDD dans l'attente du recrutement d'une personne nominativement désignée dans le contrat depuis un an et demi. Au tableau des effectifs transmis en date du 26 octobre 2022, il est porté comme ayant un CDI, ce qui n'est pas le cas au regard du dossier RH consulté.

L'infirmière coordonnatrice (IDEC) est en CDI depuis [REDACTED]

Le chef de cuisine a été recruté en CDI [REDACTED]

Ainsi l'équipe de direction est entièrement renouvelée depuis 2021. La mission a pu rencontrer la plupart d'entre eux.

La directrice participe à une réunion en visioconférence tous les lundis avec la direction régionale. Ces réunions ne donnent pas lieu à compte-rendu. Le groupe apparaît soutenant dans la publication des postes vacants, les recherches de candidats et réactif sur les négociations de salaire. Les questions de comptabilité, de paie, et la gestion des prestataires extérieurs sont gérées au niveau du siège.

3. Le projet d'établissement

Le dernier projet d'établissement, qui ne porte pas de mention de date, a été établi en 2014 : il n'a pas été réalisé avec la participation des équipes, des résidents et des familles⁶. Il comporte un projet de soins très général. Plusieurs mentions à d'autres établissements que Les Jardins d'Iroise Paris 13 montrent que ce projet est un projet type décliné sur tous les établissements du groupe.

Une maîtresse de maison en alternance a été recrutée en septembre 2022 afin de piloter la démarche de projet d'établissement. La directrice prévoit de mobiliser plusieurs groupes d'agents sur différents sujets, mais ceux-ci n'étaient pas définis le jour de la visite. Elle projette de restituer régulièrement les travaux en réunions plénières des mardis et jeudis, afin de permettre une appropriation régulière et progressive par l'ensemble du personnel.

⁶ Source : Dernière évaluation externe remise le 8 janvier 2015.

Ecart n°1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.

Remarque n°1 : L'absence d'agent d'accueil mobilise les maîtresses de maison qui ne peuvent garantir de ce fait un bon service hôtelier.

Remarque n°2 : Le contrat de travail du MedCo n'est pas conforme au droit du travail.

B/ L'organisation des ressources humaines

1. L'encadrement des équipes

L'organigramme nominatif transmis à la mission permet de visualiser clairement les relations hiérarchiques et fonctionnelles au sein de l'établissement.

Cependant, seule l'IDEC et une IDE apparaissent sur cet organigramme alors que

Dans les faits, deux IDE (dont une vacataire), assurent chaque jour une présence infirmière par roulement, et une deuxième infirmière est présente, entre 8h et 16h certains jours (6 au mois de novembre, 7 en décembre).

La direction de l'EHPAD organise un CODIR élargi tous les mardis. Dans la plupart des cas, y assistent l'IDEC, le MedCo, et les maîtresses de maison ; sont censées également y assister l'animatrice et la psychomotricienne. Selon la direction, le chef cuisinier devrait y participer tous les quinze jours car il est important qu'il puisse répondre aux différentes questions soulevées par les résidents et/ou par le personnel chargé du soin. Les entrées et sorties, les recrutements à venir, l'état du bâtiment, les événements indésirables sont passés en revue.

De plus des réunions hebdomadaires sont organisées : l'ensemble du personnel soignant présent est réuni le mardi ou le jeudi (en fonction des équipes A et B) pendant 10 à 15 minutes afin de transmettre les informations importantes. Le personnel dit avoir l'occasion de s'y exprimer. Les ASH sont réunies le mardi et le samedi (le samedi en présence des ASH de nuit) par les maîtresses de maison. Ces réunions ne font pas l'objet de comptes-rendus.

Les astreintes de direction ne sont pas organisées. Dans les faits, elles sont assurées par la directrice qui est joignable 24 heures sur 24 sur son téléphone personnel. En cas d'absence, les deux maîtresses de maison assurent le quotidien et en réfèrent au directeur régional pour toute décision. Elles aussi peuvent être jointes sur leur téléphone personnel. La directrice n'a ainsi pas de possibilité de déconnexion dans la semaine.

Remarque n°3 : Les astreintes de direction ne sont pas organisées. La continuité de direction repose sur l'engagement personnel de la directrice de l'EHPAD.

2. La situation générale des effectifs



	AS/AMP/AVS			ASH		
	Equipe A	Equipe B	Total ETP	Equipe A	Equipe B	Total ETP
RDC						
1 ^{er} étage						
2 ^e étage						
3 ^e étage						
4 ^e étage (UVP)						
5 ^e étage						
6 ^e étage						
AS volante						
Nuit						
Restaurant						
Lingerie						

A cela s'ajoute l'élève AES présente sur les équipes A et B du 2^e étage.



Par ailleurs, deux ASH, qui sont bien mentionnées comme ASH de nuit, mais qui sont en fait des auxiliaires de vie, sont placées dans l'organigramme sous la responsabilité de l'IDE.

✓



Le temps de présence du MedCo est conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.

Les postes vacants sont au nombre de deux IDE. La direction souligne que les équipes sont stables sauf celle des IDE. L'établissement compte plusieurs démissions d'IDE.

✓



Pour résumer, au mois de novembre 2022, l'EHPAD fait état à la mission de l'effectif réel suivant :

Catégories	ETP prévisionnel (données EPRD 2022, remplacements compris)	ETP occupé (planning novembre 2022)	Postes vacants en ETP	ETP occupés : nb d'agents CDI
Direction / Encadrement				
Directeur				
MedCo				
IDEC				
Administratin (maitresse de maison)				
Sous-total				
Personnel paramédical				
Infirmier				
AS/ASG/AES/AMP				
Auxiliaires de vie faisant fonction d'AS				
Kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Pédicure-podologue				
Psychologue				
Psychomotricien				
Autre personnel				
Sous-total				
Auxiliaires de vie				
ASH				
Restauration				
Animation				
Sous-total				
Total				
Personnel en apprentissage ou en alternance				
Maitresse de maison				
Elève AES				
Apprenti AS				

L'ancienneté n'a pu être calculée car la liste des personnels remise à la mission ne comportait pas cette donnée. La consultation des dossiers a cependant montré que les AS et ASH recrutés en CDI le sont depuis plus de 2 ans et majoritairement depuis plus de 5 ans ; en revanche l'ensemble des personnels de direction l'est depuis 2021.

De plus la liste du personnel en CDI recoupée avec la liste des entrées/sorties 2021 et 2022, met en évidence les points suivants :

- [REDACTED]

- [REDACTED]

Ces données corroborent les dires des personnels mentionnant tous qu'il n'y a pas de turn-over mais beaucoup d'absentéisme.

Plusieurs agents ont souligné que le renouvellement des cadres tout au long de l'année 2021 a permis une reprise en main dynamique et fructueuse (arrivées de l'animatrice, de la psychologue, du médecin, de l'actuelle directrice sur le poste de maîtresse de maison ainsi que de l'une des deux maîtresses de maison).

[REDACTED] selon le planning prévisionnel fourni (vacations pour la plupart mais quelques CDD de plus de 6 mois pour des aides-soignants), dont une seule est ASH, le reste étant des personnels soignants au sens large (AS, auxiliaires de vie/AES/AMP, IDE, médecin).

[REDACTED]

[REDACTED]

Le reste des CDD concerne des emplois de chauffeur/livreur, homme d'entretien, agent d'accueil ou secrétaire, ou maîtresse de maison pour des remplacements ponctuels.

[REDACTED]

⁷ Source : Planning recoupé avec la liste nominative des entrées et sorties du personnel.

Le reste des CDD concerne des emplois de chauffeur/livreur, homme d'entretien, agent d'accueil, ou maîtresse de maison pour des remplacements ponctuels, ainsi que le médecin coordonnateur.

Le turn-over concerne de fait le personnel remplaçant, malgré les efforts de la direction de constituer un pool de remplaçants.

L'effectif prévisionnel du mois de novembre 2022 est inférieur à l'état prévisionnel des effectifs de 2022 pour les ASH, les AS et les IDE.

Remarque n°4 : Le remplacement au jour le jour du personnel absent n'est pas effectif, ce qui peut conduire à un sentiment d'épuisement pour les professionnels présents.

Suivi des personnels en poste :

Le jour de l'inspection, le MedCo qui ne travaillait pas ce jour-là est venu expressément pour être reçu. L'IDEC et une infirmière étaient présentes. Une infirmière vacataire prévue au planning était absente. La directrice, une maîtresse de maison en contrat d'alternance, le second de cuisine étaient présents. Un kinésithérapeute présent est revenu après sa journée de travail pour être entendu par la mission.

Le personnel AS et ASH se répartissait comme suit :

	AS	AMP	Auxiliaire de vie	ASH	Faisant fonction d'AS	Total personnes présentes	Profils des résidents
RDC							
1 ^{er} étage (8 résidents)							
2 ^e étage (11 résidents)							
3 ^e étage (10 résidents)							
4 ^e étage (UVP : 8 résidents)							
5 ^e étage (10 résidents)							
6 ^e étage (10 résidents)							
AS volante							
Restaurant							
Lingerie							

Sur les 6 AS présentes, 1 était en CDD jusqu'en juillet 2023, l'autre était en CDD depuis 6 ans et assurait la fonction d'AS volante. Deux agents faisant fonction d'AS étaient en CDD et étaient auxiliaires de vie ou AMP : elles assuraient le remplacement d'une personne

13/66

absente. La quatrième était une ASH faisant fonction d'aide-soignante et en CDI depuis 2007.

L'ASH prévue ce jour-là à la plonge servait le petit déjeuner du 4^e étage. De fait, l'ASH prévue sur les étages 4, 5 et 6 n'a pas été vue par la mission d'inspection.

De façon générale, si les équipes sont plutôt stables, l'absentéisme est important.

La gestion des absences du personnel n'a pu être mesurée. En effet, si dans les tableaux transmis, il existe bien un tableau permettant l'émargement des agents présents le Jour J, ce tableau n'a pas été transmis lorsque la mission a demandé comment les absents étaient recensés chaque jour. La direction identifie les absents par le contrôle des téléphones du personnel pour chaque étage. Les agents envoient des messages lorsqu'ils prévoient d'être absents. La direction tient un fichier à jour des agents susceptibles de faire des remplacements ; les AS de nuit acceptent également de faire des heures supplémentaires pour remplacer les absents. Par ailleurs, une AS volante est toujours présente.

En cas d'absence injustifiée, les heures d'absence sont déduites du salaire : il en est de même pour les retards importants.

La consultation des plannings de juin à octobre 2022 ainsi que celui du mois de décembre 2022 renforce l'hypothèse selon laquelle l'organisation du travail vise à garantir la présence d'une AS par étage, et la présence d'une seule infirmière sur l'établissement (sans prendre en compte la présence de l'IDEC). Il apparaît que la présence d'une 2^e infirmière n'est pas prévue de manière quotidienne.

La nuit, une aide-soignante et une auxiliaire de vie assurent la prise en charge des résidents. Il arrive qu'une ASH fasse fonction d'auxiliaire de vie (planning de juin 2022 fourni).

En conclusion, le jour de l'inspection, 6 AS (ou faisant fonction) sur les 7 prévues ont été vues par la mission, une IDE sur les 2 prévues, 3 ASH sur les 4 prévues. Ainsi le taux d'encadrement était de 0,1 ETP d'AS par résident et 0,03 ETP d'IDE par résident si l'on compte l'IDEC également présente ce jour-là.

Remarque n°5 : Le taux d'encadrement des résidents par les IDE est insuffisant

En outre, le jour de l'inspection 3 personnes sur 6 faisant fonction d'AS.

Ecart n°2 : La pratique des faisant fonction est interdite, conformément à l'article L.451-1 du CASF.

3. L'organisation des modalités de travail

Chaque aide-soignante reste 6 mois sur une unité de vie. Le fait de changer d'étage permet d'équilibrer la charge de travail. De plus, chaque aide-soignante a vocation à connaître l'ensemble des 57 résidents.

En journée, une aide-soignante et une ASH sont en charge d'un résident par étage. L'ASH qui est chargée de la plonge est également en charge du nettoyage des toilettes, du salon et des parties communes du rez-de-chaussée. Elle aide aussi à la mise en place des tables au déjeuner.

L'AS volante commence à 9h et assure les transmissions avec l'équipe de nuit car elle finit son service à 21h. Elle doit accomplir 2 toilettes de résident par étage le matin en binôme pour les toilettes les plus difficiles, elle aide au repas et au service à table, elle aide au goûter et au diner. Cette organisation permet de soulager les équipes, ce qui relève d'une bonne pratique.

Ainsi, en recoupant les fiches de tâches heurées et le nombre de résidents par étage, il apparaît que le matin, le temps de prise en charge varie de 10 à 13 minutes par résident. Le temps imparti aux soins de nursing apparaît insuffisant, au regard des observations de l'IGAS⁸. S'il est tenu compte des GIR des résidents par étage, le temps imparti à chaque résident le matin, en fonction de son degré de dépendance, reste dans la plupart des cas insuffisant pour les plus dépendants d'entre eux :

	Nombre de résidents	Nombre de résidents GIR 1 à 3	Temps imparti en moyenne	Temps imparti pour les résidents les plus dépendants
1 ^{er} étage				
2 ^e étage				
3 ^e étage				
4 ^e étage				
5 ^e étage				
6 ^e étage				

Ainsi 14 minutes pour le nursing et la chambre d'un résident dépendant apparaissent insuffisantes pour que le résident se sente pris en considération dans les besoins essentiels, y compris de communication. Des temps de nursing et de change sont également prévus l'après-midi et en soirée.

Tous les personnels sont sur un rythme de travail 2 jours de repos/3 jours de travail/3 jours de repos/2 jours de travail. Les cuisiniers sont présents ensemble le vendredi matin. Les maîtresses de maison sont présentes ensemble le mardi.

Sur les [REDACTED] 3 travaillent de 8h à 19h30, 1 de 8h30 à 20h, la 5^e de 7h à 18h30, et l'AS volante de 9h à 20h30 (selon la fiche de tâche). La nuit l'aide-soignante travaille de 20h à 7h, l'auxiliaire de vie de 20h30 à 7h30.

Cette organisation garantit a minima une transmission orale entre l'AS volante et l'aide-soignante de nuit le soir, et le matin entre une seule aide-soignante et l'auxiliaire de vie.

Les transmissions écrites et/ou la traçabilité des actes du quotidien sont quant à elles lacunaires. Pour ce qui est du nettoyage, des fiches relevant les actes de nettoyage à faire chaque jour sont à remplir : la mission a constaté qu'elles n'étaient pas remplies tous les jours.

Remarque n°6 : Le caractère lacunaire de la traçabilité et du contrôle des tâches liées à l'entretien des locaux ne permet pas de garantir un bon entretien.

⁸ Cf. rapport de Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea, menée conjointement par l'IGAS et l'IGF en mars 2022, Annexe 5 p. 73.

4. Les recrutements

Aucune procédure formalisée n'a été remise à la mission. La direction est autonome dans le recrutement des personnels AS, AMP, auxiliaires de vie, ASH. Pour les postes de maîtresse de maison, de chef cuisinier, de MedCo et d'IDEC, les candidats sont validés par la direction régionale du groupe.

Le recrutement se fait suite à un entretien avec la directrice. Trois à cinq jours avant l'arrivée du nouvel agent, la directrice lui envoie le livret d'accueil. A son arrivée un tour d'établissement est fait, puis le nouvel agent est en doublon avec un autre agent sur un jour.

Pour les remplacements AS et ASH programmés, une prise de poste en doublon est organisée, selon la directrice : sur la liste des entrées/sorties, il a été constaté que 5 à 6 ASH, une auxiliaire de vie et une aide-soignante n'ont pas dû pouvoir assurer un premier jour en doublon. Ainsi au vu de ces chiffres, il apparaît que la direction essaie au mieux d'organiser des doublons sur les missions les plus sensibles.

En revanche ce principe de doublon ne paraît pas effectif pour les remplacements d'IDE prévus, ce qui peut entraîner des risques dans la prise en charge des résidents, surtout si l'IDE remplaçante se trouve être la seule infirmière dans l'établissement ce jour-là.

Le livret d'accueil contient des informations sur le savoir-être autant que sur l'organisation concrète de l'établissement, ainsi que sur les personnes présentes chaque jour.

5. La formation

Le plan de formation est construit au niveau du siège. La directrice élabore les besoins en formation à partir des remontées de l'IDEC notamment. En 2022, les thèmes abordés sont variés mais les formations ne sont que rarement pluri-professionnelles : bientraitance/maltraitance pour les seuls aides-soignants, simulateur de vieillissement pour tous professionnels, bionettoyage pour les seules ASH, HACCP pour les seuls personnels de cuisine et la directrice, les premiers secours pour AS et ASH.

Les formations internes sont des mini-formations qui ont lieu toutes les semaines à destination d'une dizaine de personnes en moyenne : il s'agit plus de rappels que de formations proprement dites. Elles concernent autant le lavage des mains, qu'un point sur le diabète, les escarres, le toucher relationnel, la prise des constantes, les signes de la dépression et de l'anxiété, la prévention des chutes... L'absence d'ASH à certaines de ces mini-formations peut être regrettée.

La direction souligne que les agents sont contents d'être formés ; la formation sur la bientraitance a notamment permis aux AS d'être autant dans le soin que dans le souci du bien-être du résident.

Remarque n°7 : L'analyse de pratiques professionnelles qui permettrait au personnel de réfléchir autour de sa pratique quotidienne n'est pas effective.

Remarque n°8 : Les ASH ne participent pas aux formations portant sur la prévention de la maltraitance.

6. Les dossiers du personnel

Cinq dossiers d'agents ayant signé plusieurs CDD et dix dossiers d'agents en CDI, ainsi que le dossier du médecin coordonnateur en CDD, ont été consultés.

Quelques dossiers contiennent plusieurs pochettes : administratif, formation, arrêts maladie, contrats. Cependant certains dossiers n'ont pas de pochette.

Des anomalies ont été relevées :

- Un titre de séjour non valide (CDI)
- Une absence de pièce d'identité (CDI)
- Une absence de contrat de travail (CDI)
- L'absence de diplôme dans 8 dossiers sur les 16 consultés
- L'absence dans tous les dossiers d'entretien annuel d'évaluation
- L'absence des attestations de formation suivies en 2022 dans les dossiers consultés
- Un agent recruté en CDD au titre d'ASH est ensuite recruté au titre d'auxiliaire de vie sans que ne figure un diplôme d'auxiliaire de vie au dossier

Dans un seul dossier, le règlement intérieur a été signé par l'agent.

Le médecin a signé 3 CDD (dont le dernier arrivait à échéance le 3 novembre 2022) tous dans l'attente du remplacement d'une personne désignée nominativement, et ceci depuis le 04 mai 2021.

Les contrats concernant une maîtresse de maison remplaçante sont signés au motif d'un surcroît d'activité alors qu'il semble au vu des plannings remis que cela corresponde à l'absence des deux maîtresses de maison et de l'apprentie maîtresse de maison (congrés de l'une et jours de repos de l'autre).

Bonne pratique : Il est notable que les agents donnant satisfaction bénéficient lorsqu'ils le demandent d'une augmentation de salaire. L'EHPAD apparaît ainsi avoir un levier réel de fidélisation du personnel.

Remarque n°9 : L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement et le suivi du parcours professionnel.

Ecart n°3 : L'absence des diplômes qualifiants des professionnels dans leur dossier administratif ne permet pas de s'assurer de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.

Pour conclure, il convient de souligner que le climat de travail est apparu serein, et que chacun a semblé satisfait du cadre de travail.

II- LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS

A/ Profil des résidents accueillis

Le jour de la visite, 57 résidents étaient accueillis. 5 personnes étaient bénéficiaires de l'aide sociale. La moyenne d'âge des résidents en 2021 était de 85 ans, le plus jeune avait 60 ans, le plus vieux 102 ans. Le jour de la visite, la moyenne d'âge avait augmenté : elle s'élevait à

86 ans et 3 mois. 31 résidents bénéficiaient d'une protection juridique ou d'une habilitation familiale.

L'établissement n'a pas communiqué à la mission la liste des entrées et sorties (accompagnée des motifs) des résidents ; cependant le rapport médical 2021 mentionne 30 sorties en 2021 dont 8 décès dans l'établissement, 4 décès hors de l'établissement ; 12 personnes ont été transférées vers d'autres établissements, 4 personnes sont rentrées chez elles (dont deux suite à un séjour temporaire).

B/ Modalités d'accueil et d'accompagnement

La procédure d'admission comprend plusieurs étapes dont une validation du dossier médical par l'équipe médicale avant la visite de pré-admission. La visite de pré-admission est organisée par l'IDEC. La fiche de procédure détaille, pas à pas, le processus.

Cependant, une résidente entrée depuis un mois fait état du fait qu'aucun personnel ne semblait lui avoir expliqué la fonctionnalité de l'appel malade. La résidente avait pu apporter des objets et des meubles importants à ses yeux. Elle avait aussi apporté son escabeau et l'avait utilisé. La question se pose de l'évaluation par l'équipe médicale du risque pour cette résidente d'avoir un escabeau.

La mission d'inspection a consulté 12 dossiers de résidents. Les dossiers sont plutôt bien organisés avec des pochettes thématiques. Cependant, le classement des documents varie d'un dossier à un autre. Il a pu être constaté que les documents institutionnels varient d'un dossier à un autre. Les dossiers ne sont pas complets : notamment, l'absence du projet individuel et de l'état des lieux est fréquente.

Le contrat de séjour signé est absent dans une partie des dossiers examinés, ce qui interroge sur la signature effective à chaque nouvelle entrée. La présence d'éléments médicaux dans certains dossiers administratifs a été notée.

La liste des projets individualisés remis à la mission établit que l'ensemble des résidents ont un projet de vie à jour sur la base d'une programmation annuelle. Ce projet de vie individualisé est construit à partir d'un entretien de la psychologue avec le résident ; puis une réunion est prévue tous les mardis de 16 à 17h entre professionnels (portée dans la fiche de tâches des aides-soignants). Une résidente admise en janvier 2022 n'avait pas de PVI programmé ; les 4 autres résidents sans PVI sont entrés dans l'établissement au mois d'octobre.

Bonne pratique : cette organisation contribue à garantir que chaque résident a un projet de vie individualisé à jour.

- 4 dossiers ne contenaient pas de fiche de renseignements remplie
- 5 dossiers ne portent pas de mention d'une personne de confiance
- Le contrat de séjour n'était pas signé dans 5 dossiers

Remarque n°10 : Les dossiers administratifs des résidents contiennent des documents médicaux, le contrat de séjour n'est pas systématiquement signé par le résident ; ils ne contiennent pas tous les documents attendus.

C/ Conditions d'hébergement, prestations hôtelières

Les espaces extérieurs :

La mission a observé plusieurs dysfonctionnements dans les parties communes de l'extérieur dont :

- Un cendrier débordant de « mégots »



Figure 1 : cendrier du jardin

- Des dalles non scellées représentant un réel risque de chute pour des résidents ou le personnel qui emprunteraient ce chemin



Figure 2 : dalles mouvantes de l'entrée de la résidence

- Des salons de jardin fortement abîmés

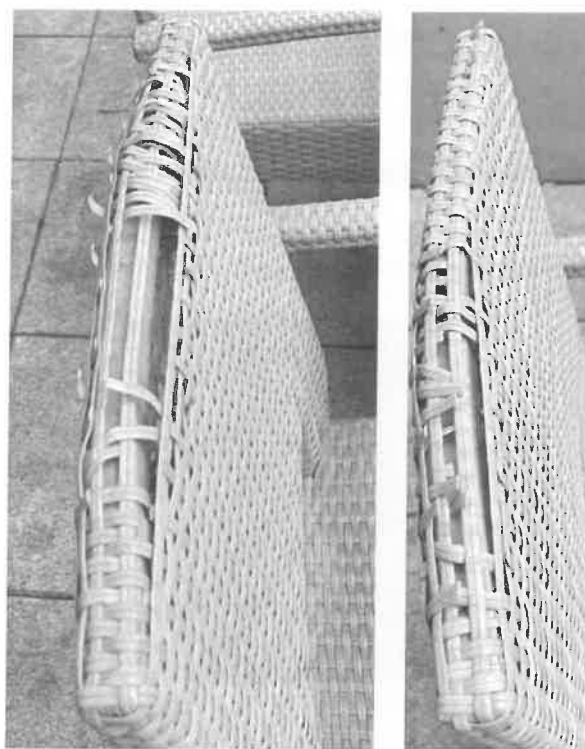


Figure 3 : table et chaises de jardin

- Des gants usagés laissés au sol



Figure 4 : sol de l'extérieur

- Des poubelles entreposées sans mise en container sur le côté de la résidence. La mission comprend qu'il s'agit des DAOM, les DASRI étant entreposés ailleurs. Cet espace est visible dès l'entrée dans l'enceinte de la structure et accessible

par les résidents. Ce manque d'hygiène représente un risque sanitaire du fait du risque de propagation des agents bactériens.



Figure 5 : Stockage des poubelles

- Dans le prolongement du mur où sont stockés les déchets de façon anarchique, la mission constate le stockage de matériel sûrement défectueux et à jeter.

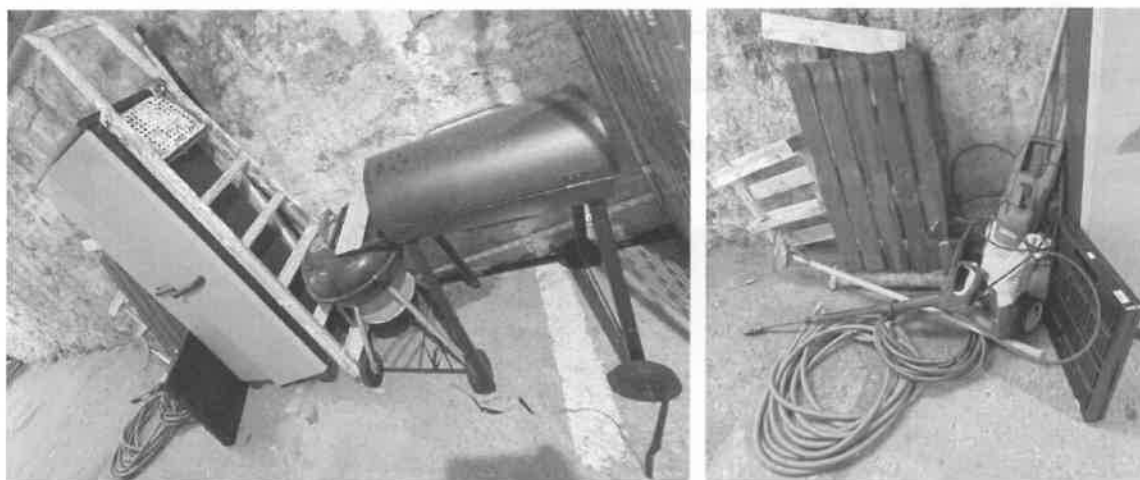


Figure 6 : stockage des « encombrants »

- Toujours dans le prolongement de ce mur, la mission a trouvé une armoire extérieure non fermée à clé contenant des produits toxiques. Une nouvelle fois, ce lieu est accessible au résident et représente donc une mise en danger des personnes.



Figure 7 : contenu de l'armoire extérieure

1. Propreté et sécurité des locaux

La visite des locaux a permis de constater que les locaux n'étaient pas propres.

Lors de la visite des sous-sol du bâtiment, la mission a noté de nombreux manquements en termes d'hygiène :



Figure 8 : douche et plafond vestiaires sous-sol



Figure 9 : sol vestiaire sous-sol

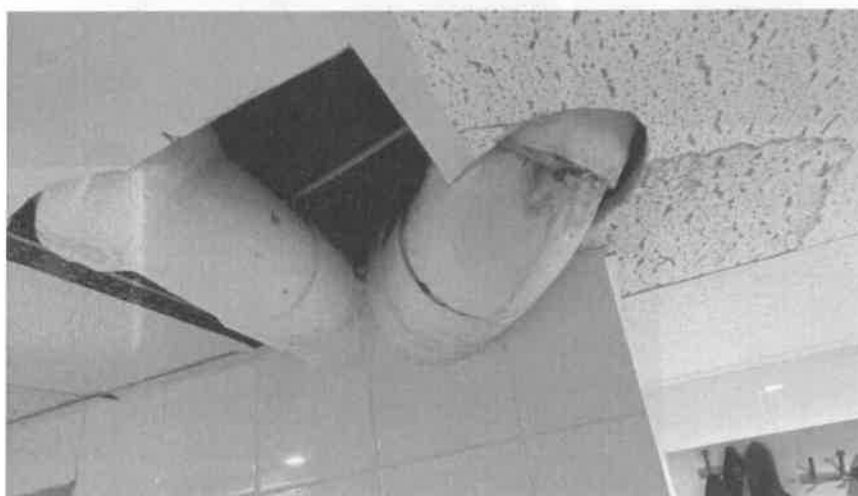


Figure 10 : coin de douche et plafond vestiaire sous-sol



Figure 11 : Conduits vestiaires sous-sol



Figure 12 : derrière WC vestiaire sous-sol



Figure 13 : lavabo et WC (sans fermeture) vestiaire sous-sol

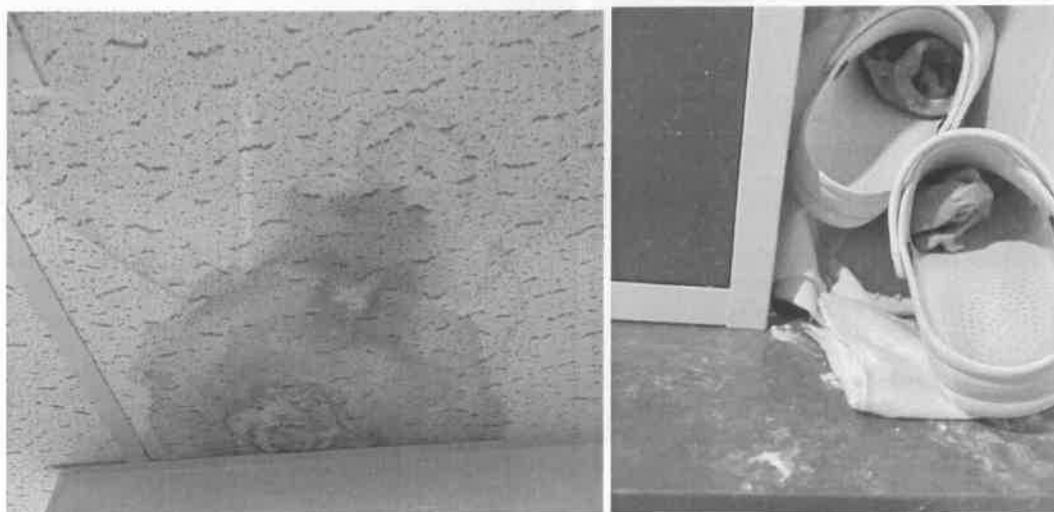


Figure 14 : plafond et dessous de casier vestiaire sous-sol



Figure 15 : sol de la salle à manger

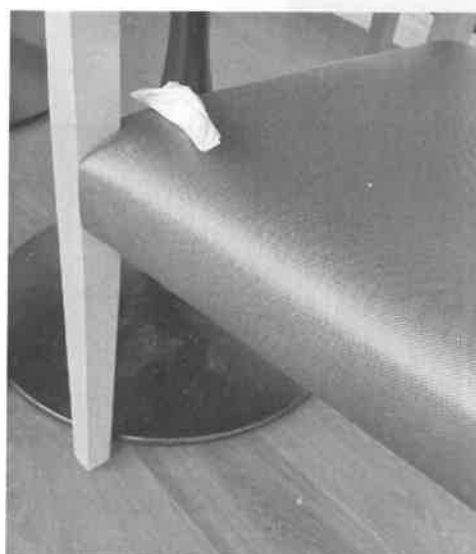


Figure 16 : chaise salle à manger RDC et derrière WC RDC

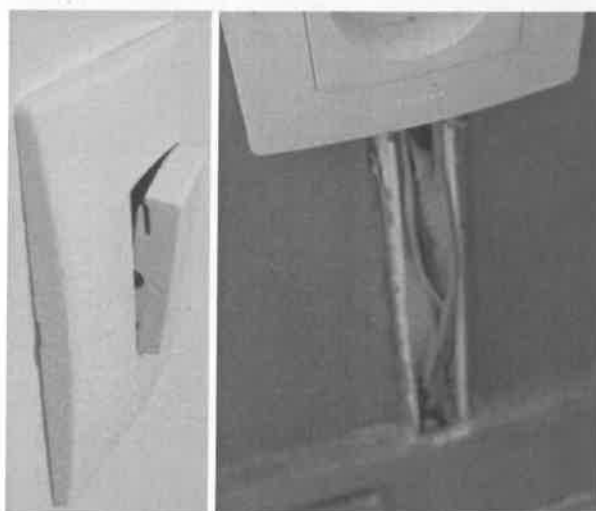


Figure 17 : salle à manger



Figure 18 : réfrigérateur salle à manger du personnel RDC

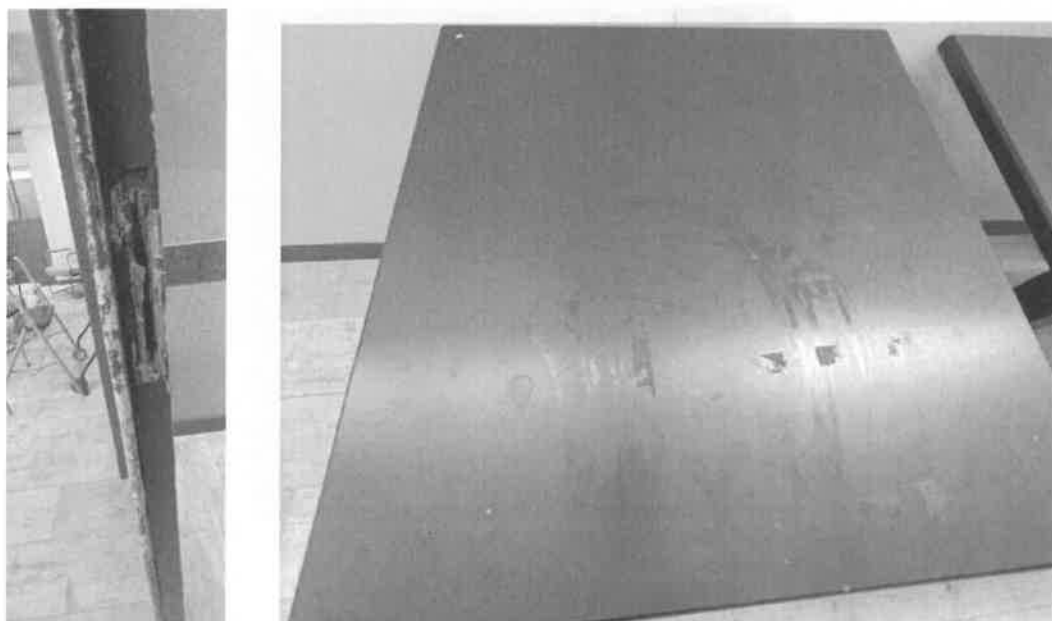


Figure 19 : bordure de porte et table salle à manger du RDC



Figure 20: Réfrigérateur avec moisissure de la salle à manger du RDC et jus d'orange entamé sans date de péremption



Figure 21 : yaourts périmés, réfrigérateur salle à manger RDC



Figure 22 : extincteur mal arrimé salle à manger RDC

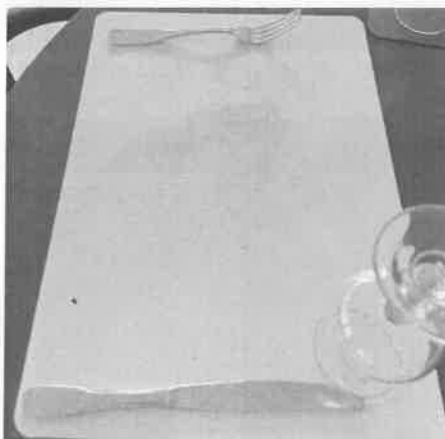


Figure 23 : set de table salle à manger RDC

Comme présenté sur ces photos, l'entretien des locaux à la fois sur le plan de l'hygiène et de la sécurité n'est satisfaisant ni pour les résidents ni pour le personnel de l'établissement dont l'état des vestiaires est déplorable.

De plus, certaines parties privatives sont également négligées. Le sol d'une salle de bain d'une chambre visitée par la mission n'était pas propre.



Figure 24 : Sol de salle de bain, 3e étage

Les deux résidents rencontrés pendant la visite des locaux ont souligné que le ménage n'était pas correctement fait.

La mission a constaté que le sol du salon du rez-de-chaussée n'était pas propre : il collait aux pieds, et des traces noires le marquaient. Les couloirs de tous les étages collaient (de façon moins marquée néanmoins que la salle du rez-de-chaussée).



Figure 25 : le salon de télévision

Les toilettes du rez-de-chaussée, qui présentent un certain degré de vétusté, n'ont pas été nettoyées de toute la journée. L'appel malade ne fonctionnait pas et il n'y avait plus de papier hygiénique.

De plus, une trappe non fermée à clés permettant d'accéder à différents conduits dont celui d'eau chaude, est ouverte, ce qui n'est pas sécurisé pour les résidents.



Figure 26: WC du rez-de-chaussée

Ecart n°4 : L'équipe d'inspection a constaté l'état non entretenu et dégradé des installations extérieures, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des personnes hébergées.

De plus, beaucoup des locaux intérieurs ne sont pas propres. Les protocoles d'hygiène, de bionettoyage et d'entretien du matériel ne sont pas suivis dans les sous-sol et le rez-de-chaussée de la résidence. Article L.311-3 du CASF

La mission y a testé l'appel malade observable sur la photo. Déclenchement à 9h21 et aucun professionnel de l'établissement ne s'est présenté. Cela représente un réel risque car ces toilettes sont accessibles et la mission a relevé que plusieurs résidents les utilisent le matin.

Ecart n°5 : Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents. Article L.311-3 du CASF

L'organisation du travail des ASH apparaît lacunaire. A la lecture des fiches de poste qui sont des fiches de tâches heurées, le temps consacré au bionettoyage des chambres est variable selon les étages, et ne paraît pas cohérent avec la grandeur des chambres : 3h au 3^e étage pour faire 4 chambres, le couloir et la cage d'escalier, mais 2h au 1^{er} étage pour faire 4 chambres, le couloir, les portes d'ascenseurs et l'infirmerie, et 1h15 au 2^e étage pour faire 4 chambres, le couloir et les portes d'ascenseur du 2^e. On retrouve le même type de disparité sur les autres étages.

De fait, les résidents rencontrés ont déclaré que le ménage était fait mais seulement sur la partie du sol dégagée.

Le nettoyage des parties communes du rez-de-chaussée relève de la mission de l'ASH chargée de la plonge. Le jour de la visite, l'ASH prévue à la plonge était sur les étages du fait de l'absence de l'ASH prévue sur les trois derniers étages ; ainsi, le nettoyage n'a pas été assuré le matin dans l'entrée et le salon, les toilettes n'ont pas été nettoyées de toute la journée.

Au regard des missions et tâches qui incombent aux maîtresses de maison, il apparaît que des temps de contrôle du bionettoyage ne sont pas dégagés. Le plan de nettoyage est quant à lui affiché dans les locaux de linge sale à chaque étage.

Les accès aux locaux ne sont pas toujours sécurisés :

- De façon générale, les locaux techniques n'étaient pas fermés à clé.
- L'ensemble des locaux d'entretien et des locaux de linge sale étaient également ouverts.
- Au 3^e étage, le déclencheur de lumière au niveau de la chambre 31 ne fonctionnait pas. Au 5^e étage, un déclencheur de lumière était également défectueux. Comme ils sont situés au fond d'un couloir, qui la nuit tombée est sombre, les risques de chute sont réels.

Un placard sans porte contient au 3^e étage des matériaux de rénovation, ce qui peut entraîner un accident.



Figure 27 : un placard du 3^e étage

L'office du 4^e étage, qui accueille l'UVP, n'était pas fermé à clé lors des passages de la mission d'inspection. Dans cet office, une affichette met en garde contre les cafards.

Dans la chambre d'une résidente, qui a pris sa douche, l'eau stagne dans la salle de bain, exposant la résidente à un risque de chute.

En revanche, l'entrée de l'UVP est sécurisée par un code dans les ascenseurs et sur la porte donnant sur les escaliers. La sortie de secours qui donne sur un escalier extérieur est obstruée par un petit salon. La mission a pu ouvrir la porte alors que l'accès devrait être sécurisé compte tenu de la population accueillie en UVP.



Figure 28 : sortie de secours, 4e étage

Le test des appels malades n'a pas été concluant : dans une chambre, l'aide-soignante s'est présentée 1 minute après l'avoir actionné; dans une seconde chambre, personne n'est venu malgré une attente de 10 mn : ce second appel ne figure pas dans l'historique des appels transmis à la mission, ce qui laisse penser que le fonctionnement était défectueux.

Enfin, l'établissement n'a pas de groupe électrogène.

Ecart n°6 : La sortie de secours n'est pas accessible, ce qui contrevient à l'article R.143-4 du code de la construction et de l'habitation.

Ecart n°7 : L'établissement n'a pas de groupe électrogène, ce qui contrevient à l'article R732-15 du code de la sécurité intérieure.

2. Les chambres et les espaces de convivialité

Les chambres, situées dans les étages, sont pour la plupart spacieuses. Les résidents peuvent y installer leurs meubles, s'ils le désirent. L'ensemble offre aux résidents le confort d'un studio, plutôt que d'une simple chambre. Les résidents en sont satisfaits.

L'équipe d'inspection a cependant noté qu'il faisait froid dans certaines chambres, notamment au 3^e étage.

Le 6^e étage est l'étage le mieux aménagé : ainsi le placard sans porte a été aménagé en bibliothèque :



Figure 29 : Bibliothèque, 6^e étage

La réserve a, quant à elle, été aménagée en espace bien-être : pièce aveugle occupée pour l'essentiel par un large fauteuil. Cet espace n'est pas un espace accueillant, du fait de son étroitesse et de son ameublement. Il a pourtant fait l'objet d'un projet présenté le 31 mars 2022 : il est à destination des résidents qui souffrent de troubles dépressifs, de douleurs, de troubles du sommeil... et des professionnels pour se ressourcer, voire pour certaines familles. Si le projet est ambitieux, le local réservé à cet effet n'est guère adapté. Un planning devait être affiché à la porte de l'espace : l'absence de planning le jour de l'inspection peut laisser penser que cet espace n'est guère utilisé. Cet espace contrevient aux critères d'aménagement et de décoration attendus pour un espace de bien-être.

Les propositions d'aménagement relevées lors de la réunion du 31 mars 2022 gagneraient à être mises en œuvre (ambiance lumineuse, olfactive et sonore ; objets simulant les sens, rideau sensoriel, peinture d'un mur dans une couleur pastel, installation d'un miroir). Le classeur prévu qui devait porter le projet de cet espace et contenant des éléments de fonctionnement n'est pas dans la pièce.



Figure 30 : l'espace bien-être, 6^e étage

Des espaces de convivialité (salon de lecture et salon de télévision) sont aménagés au rez-de-chaussée mais semblent un peu vides, et peu fréquentés. De vieux journaux datant de 2020 et 2021 sont posés sur le buffet. L'ensemble, malgré des efforts de décoration murale, manque de chaleur. Ce point est d'ailleurs souligné par le comité des résidents.

La mission a même constaté que des résidents préféraient s'installer dans le hall devant la banque d'accueil plutôt que de s'installer dans un fauteuil du salon dit de lecture. Cette salle est cependant le lieu des animations de l'après-midi.

L'attention portée au soutien des résidents pour qu'ils se repèrent dans l'espace et le temps est insuffisante. En effet, des horloges sont soit à l'arrêt soit difficilement lisibles, plus objets de décoration que fonctionnelles. Ce point observé par la mission rejoint la demande des résidents d'avoir des horloges lisibles et fonctionnelles.

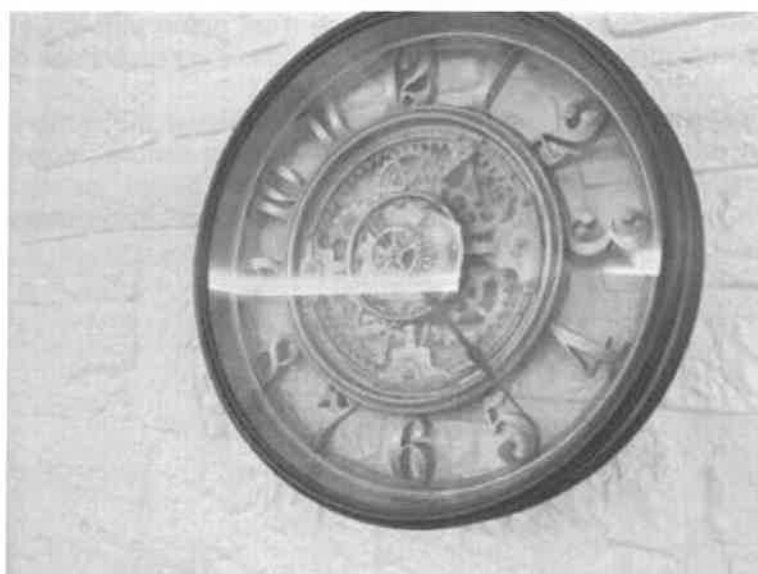


Figure 31 : une horloge dans le salon de lecture du rez-de-chaussée

3. Les animations

Les différentes animations sont présentées sur un grand panneau au rez-de-chaussée. En revanche, le panneau présentant les activités du jour, n'était pas à jour le jour de la visite :



Figure 32 : un des panneaux du rez-de-chaussée

Le planning animation proposé par l'animatrice et validé par la directrice propose à tous les résidents une animation tous les après-midis d'une durée d'une heure, et une animation dédiée aux résidents de l'UVP de 11h à 12h tous les matins. Afin de maintenir les animations, lorsqu'elle est en congé, l'animatrice est remplacée par un agent en CDD.

Des animations sont également proposées le week-end, grâce à des partenariats avec des entreprises.

A l'examen des plannings d'animation, il apparaît que les résidents hors UVP se voient proposer une animation par jour en semaine, et une animation en moyenne le samedi ou le dimanche (parfois le samedi et le dimanche). Cependant deux semaines de plannings n'ont pas été fournis (fin septembre et début octobre). Les activités sont plutôt variées. Un résident propose même une lecture. La participation des résidents à la vie collective semble de fait travaillée par l'animatrice en comité des résidents.

Cependant, aucune sortie à l'extérieur n'a été planifiée sur les 3 mois consultés (septembre, octobre, novembre). Or c'est un atout pour la socialisation de personnes en risque d'isolement. Une convention avec l'association Raoul Follereau a été signée afin qu'interviennent des bénévoles, mais ils semblent n'intervenir que rarement.

En outre, la mission relève l'absence de construction et de formalisation d'un projet d'animation, en lien avec les souhaits et les besoins des résidents.

L'animatrice anime une fois par mois un comité des résidents, improprement nommé « CVS des résidents ». Elle ne prépare pas d'ordre du jour. A la lecture des compte-rendus, ces comités semblent être le moyen pour l'EHPAD de prendre en charge les réclamations des résidents. Il est sur ce point surprenant que ces réunions ne soient pas pilotées par la directrice, ce qui lui permettrait d'apporter des réponses immédiates aux petites questions du quotidien, mais aussi de travailler auprès des équipes les réclamations des résidents. Il pourrait également être judicieux que des familles, voire des aides-soignantes et des ASH y participent à tour de rôle.

Les relations avec les familles sont désormais, depuis le COVID, maintenues et soutenues par l'usage du réseau social Families, sans que la mission ne sache si c'est un outil de travail pour l'animatrice.

4. La restauration

L'équipe d'inspection s'est entretenue avec le second de cuisine. Ses dires corroborent le rapport des services de la préfecture : la cuisine est petite et dans la pratique quotidienne, au regard du nombre de repas, il manque un réfrigérateur et un four. Le petit matériel semble aussi manquant : assiettes, mixeur notamment.

La mission a cependant pu constater l'absence de chariot permettant de maintenir à température les plats pour les étages comme en salle. Les mixés tout particulièrement ne sont pas maintenus à la température requise. Sur ce point l'application des normes HACCP n'est pas garantie.

Le service à table n'est pas soigné ; la mise en assiette, notamment des mixés, n'est pas travaillée. La mission a noté l'absence de nappes sur les tables. En revanche, les mets dans les trois textures que l'équipe d'inspection a goûtés sont corrects. Le visuel et la variété des couleurs sont à améliorer.

Le petit déjeuner est servi dans les chambres autour de 9h : lors de la visite, certains résidents n'avaient pas encore déjeuné à 9h25. Le déjeuner est servi dans la salle à manger au rez-de-chaussée, dans la salle à manger de l'UVP ou en chambres à 12h et à 18h. Le goûter est proposé à 16h.

L'équipe d'inspection a pu constater que lorsqu'un résident ne veut pas du dessert proposé, rien d'autre ne lui est proposé. Cette constatation fait écho aux réclamations des résidents concernant les desserts, notamment ceux qui sont servis pour les repas mixés (yaourts ou compote) et qui ne sont pas proposés aux autres résidents.

Lors de la prise de repas, la mission a pu constater le manque d'échanges entre les résidents et le personnel. Les différents mets ne sont pas présentés aux personnes qui bénéficient d'une aide au repas. Les actes professionnels sont accomplis de façon générale de manière mécanique mais sans recherche d'un lien avec les résidents. Un travail plus pluri professionnel pourrait remédier à cette impression.

La collation nocturne est constituée des restes du goûter. De plus, la plupart d'entre eux ont une durée de jeûne nocturne trop longue, supérieure à 12h.

L'office du 4^e étage (UVP) était ouvert lors du passage de la mission. Le réfrigérateur contenait une eau gélifiée sans DLC, un jus d'orange entamé sans mention de date, un soda dont le propriétaire était non identifié, et un morceau de tarte.



Figure 33 : l'office du 4^e étage (UVP)

Durant l'observation de la prise des repas à l'UVP, la mission a observé des produits d'entretien et de nettoyage positionnés juste au-dessus des plats chauds sans protection à servir aux résidents.



Figure 34 : office de l'UVP durant l'heure du repas

Ecart n°8 : Les plats ne peuvent être maintenus à la température requise du fait de l'absence de chariots en capacité de le faire. Une eau gélifiée sans DLC était conservée dans le réfrigérateur de l'office du 4^e, avec un morceau de tarte sans emballage. Cet office n'était pas fermé à clé, ce qui contrevient aux règles HACCP. Les professionnels de l'établissement ne sont pas sensibles à séparer les produits d'hygiène, du repas.

Remarque n°11 : En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeûne nocturne soit inférieur à 12H, l'établissement n'adopte pas une organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS « Qualité de vie en Ehpad, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».

5. La lingerie

Le circuit du linge propre et sale n'est pas respecté : la lingère n'a qu'une seule issue.

A chaque étage, un local de linge sale est présent : il est ouvert mais ne semble guère utilisé à cet effet :



Figure 35 : Local linge sale

D/Respect des droits des résidents

La communication interne avec les résidents et le respect de leurs droits donnent lieu à une analyse contrastée.

L'établissement a installé un écran d'affichage à tous les étages ; le jour de la visite, seul celui du rez-de-chaussée fonctionnait. Il donnait plusieurs informations notamment : les anniversaires du mois, l'information qu'un brunch serait organisé le 23 novembre, les menus du jour, les nouveaux résidents du mois, un avis google élogieux.

Il peut être regrettable que le changement d'entrée, constatée par l'équipe d'inspection, n'ait pas été mentionné, ce mode d'affichage permettant une mise à jour plus souple.

1 L'accès aux informations réglementaires

L'équipe d'inspection a vérifié l'affichage des informations réglementaires au sein des locaux.

Les panneaux d'affichage comportent les informations suivantes de manière claire :

- Les horaires de la messe d'octobre 2022 à juillet 2023
- La liste des membres représentatifs du CVS et leurs coordonnées,
- Les coordonnées d'une association d'aidants
- Les menus de la semaine en cours
- Des informations sur la vaccination de la grippe et les dispositions d'isolement en cas de COVID
- Un cahier des entrées et sorties du bâtiment,

Un classeur devant la banque d'accueil contient l'ensemble des informations relatives aux prestations proposées, le règlement intérieur, la charte des droits et libertés, le formulaire sollicitant une personne qualifiée.

Quelques anomalies sont néanmoins relevées :

- ✓ L'absence des flyers édités conjointement par l'association ALMA-Paris, l'ARS et la Ville de Paris : « vous êtes victime de maltraitance », « vous êtes témoin d'un acte de maltraitance » à destination des personnes âgées victimes de maltraitance
- ✓ L'absence du numéro national d'écoute dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap victimes de maltraitance
- ✓ Le modèle de lettre de sollicitation d'une personne qualifiée par un usager est dans le classeur de l'entrée mais la liste des personnes qualifiées avec mention de leur rôle et leurs coordonnées n'est pas affichée de manière visible.

Le cahier présenté à la mission comme cahier des réclamations ne répond pas aux attentes. En effet, ce cahier dit de doléances et de remerciements comporte des cartes postales et seule la dernière page mentionne une réclamation : « il fait froid dans les chambres », sans mention de date ni de suivi de prise en compte de cette réclamation par la direction.



Figure 36 : cahier de doléances et de remerciements

Enfin, seuls les horaires de la messe sont affichés sur un panneau de rez-de-chaussée. Il convient de veiller à ce que les informations concernant les autres cultes, si des résidents sont concernés, soient également affichées.

2. La confidentialité des données personnelles

Au 3^e étage du bâtiment, un placard, accessible à tous dans le couloir et qui n'était pas verrouillé le jour de la visite, contient des informations confidentielles : contrats de séjour, traçabilité ASH 1-2-3, et même les examens biologiques d'un résident ; au 5^e étage, des placards contiennent des données confidentielles : des boîtes d'archives contenant des CDD, des remises de chèques, le chômage de certains agents, le résultat des tests covid du personnel et des résidents, des documents attestant de la traçabilité en cuisine, ainsi que des boîtes d'archives contenant vraisemblablement des dossiers de résidents.



Figure 37 : un placard du 3^{ème} étage et du 5^{ème} étage

Dans l'office du 4^e étage, ouvert, étaient affichées des informations sur la conduite à tenir face à une résidente nommée.

Un placard paraît contenir les effets d'un ancien résident :



Figure 38 : Placard, 6^e étage

Ecart n°9 : L'établissement ne garantit pas la confidentialité de données individuelles en entreposant dans des placards ouverts les archives de dossiers de personnel et des résidents et en affichant des informations personnelles dans un local non fermé à clé, contrevenant ainsi à l'article 311-3 4° du CASF et le code du travail.

2 Le fonctionnement du Conseil de la vie sociale

Le CVS ne s'est tenu qu'une fois en 2021, le 15 juin. Il s'était réuni deux fois depuis le début de l'année 2022 : le 26 avril et le 18 octobre 2022.

Le CVS est composé d'un président, représentant des résidents et sa suppléante, d'une représentante des familles et de sa suppléante, ainsi que de l'IDEC, représentante du personnel, du médecin coordonnateur, son suppléant.

A la lecture des comptes-rendus du CODIR, l'ordre du jour paraît défini par la direction et la réunion animée par la directrice.

Les thèmes abordés en CVS sont variés et témoignent d'une prise en compte des réclamations des résidents. Cependant, aucun bilan des événements indésirables n'a été partagé.

Par ailleurs le CVS apparaît comme une instance formelle et non une instance de participation : l'ordre du jour n'est pas co-construit alors que ce point pourrait par exemple être abordé en comité des résidents ; seule la directrice signe les comptes rendus.

L'ordre du jour du comité des résidents gagnerait à être travaillé avec l'animatrice mais le comité lui-même devrait être animé par la directrice. Devraient y être conviés des représentants des familles afin de garantir la participation de celles-ci.

Ecart n°10 : En ne présentant pas d'analyse des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R.331-10 du CASF

E/ Evaluation de la qualité de la prise en charge

1. Gestion des réclamations des résidents et des familles

L'établissement n'a pas élaboré de procédure de recueil et de traitement des réclamations. Le registre présenté à l'équipe d'inspection comme un registre des réclamations ne permet pas d'enregistrer ni d'assurer un suivi des réclamations. Il ne contient qu'une seule réclamation, sans date ni signature mentionnant que les chambres sont froides. Le reste des messages sont des cartes postales et des pensées de personnes parties en vacances.

Le traitement des réclamations orales est néanmoins suivi par le comité des résidents organisé une fois par mois et donnant lieu à un compte-rendu.

2. Démarche d'amélioration de la qualité

Les dernières évaluations internes et externes datent de 2014. Si l'évaluation externe a donné lieu à une série de commentaires de l'évaluateur, ces deux évaluations n'ont pas débouché sur un plan d'actions d'amélioration de la qualité.

L'EHPAD n'a donc ni référent qualité ni plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ).

S'il existe une enquête de satisfaction, celle-ci porte un questionnaire très général. Les résidents et les familles sont globalement satisfaits (4 questions : êtes-vous satisfaits des chambres et des parties communes, des soins, des repas, de l'animation et de la vie sociale). Les usagers demandent qu'un effort soit fourni sur la communication entre familles et personnel de l'EHPAD.

Ecart n°11 : L'établissement n'a pas de démarche d'amélioration continue de la qualité. Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient aux articles L.312-8 et D.312-204 du CASF.

3. Prévention de la maltraitance

L'évaluation interne datant de 2014 mentionnait que l'établissement assurait une démarche de prévention des risques de la maltraitance, via la formation. Les groupes de paroles se tenaient une fois par mois, afin d'échanger sur les problématiques rencontrées : ils étaient composés du personnel de soin, de la psychologue, de l'IDEC et de la directrice.

Les notions de bientraitance et de prévention de la maltraitance étaient absentes du projet d'établissement datant de 2015.

Le livret d'accueil remis aux nouveaux agents ne fait pas non plus état de ces deux notions.

En revanche 9 agents, dont la directrice, ont été formés à ce thème en 2022, mais ni l'IDEC ni aucune IDE. Les objectifs de cette formation étaient de comprendre les limites entre la bientraitance et la maltraitance, connaître la législation autour du phénomène, savoir repérer les cas de maltraitance et adopter les bonnes attitudes.

Est en projet la mise en place d'un « comité bientraitance » qui déclinerait plusieurs actions telles que boîte à disposition de tous, l'accompagnement du personnel par de petites formations flash, ainsi que de petits groupes d'échange.

Ce travail gagnerait à être intégré au travail à accomplir dans le cadre du projet d'établissement. Il faudrait également y faire participer des familles et des résidents. Ce travail doit aussi s'accompagner de la remise en route d'une analyse des pratiques professionnelles animée par un professionnel extérieur à l'établissement ainsi que d'un travail collégial d'analyse sur les réclamations et les événements indésirables.

La mission a observé un manque de communication entre résidents et soignants, ce qui est un facteur de risque de maltraitance.

Enfin, la désignation de plusieurs référents bientraitance sur l'établissement pourrait être bénéfique à l'appropriation par tous de l'ensemble de la démarche.

Ecart n°12 : L'établissement n'a pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance, ce qui ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques, conformément à l'article 311-8

4. Gestion des évènements indésirables⁹

Une fiche de procédure existe, ainsi qu'une fiche d'aide à l'analyse des évènements indésirables.

Cependant, si un point qualité est prévu en CODIR chaque semaine, il est plus l'occasion de faire le point sur les familles qui ont déposé une plainte ou dont le résident a fait l'objet d'EIG que d'analyser les causes de ces EIG.

De fait, dans la manière de remplir les fiches d'EI, il apparaît que les cases dédiées à l'analyse des causes et à l'exposé des mesures correctrices à envisager ne se sont jamais remplies.

Les EI transmis à la mission d'inspection ne s'étalent pas sur toute l'année : 1 en janvier, 5 en février, 4 le 11 novembre 2022. 2 EIG ont été déclarés à l'ARS le 11 juillet par la directrice.

Les EI sont renseignés dans le logiciel uniquement par l'IDEC. Les fiches d'EIG sont renseignées par la directrice (deux EIG transmis en 2022).

Ces EI n'ont fait l'objet d'aucun bilan, ni analyse et pourtant il se dégage trois grandes thématiques :

- ✓ Des difficultés relationnelles récurrentes avec certaines familles (liées à l'absence de consentement de la famille),
- ✓ Des chutes,
- ✓ Des défauts de soin.

Il semble bien que la direction en tire les bonnes conclusions :

- ✓ L'IDEC et la directrice ont suivi une formation sur les relations complexes avec les familles ;
- ✓ La directrice a revu les fiches de tâches de l'auxiliaire de vie et de l'aide-soignante de nuit afin d'accroître la surveillance et veiller à l'application rigoureuse de mesures de contention ordonnées par les médecins

Mais les erreurs de la pharmacie ou du laboratoire ne semblent pas avoir donné lieu à des mesures.

Les EI et EIG ne font pas l'objet de bilans systématiques dans le but d'améliorer en continu la qualité du service rendu. La culture du retour d'expérience paraît étrangère à l'établissement.

A ce jour, seule l'IDEC est formée aux EI/EIG. Le reste du personnel ne connaît pas la définition d'un EI, ne connaît a fortiori pas la différence entre EI et EIG et se contente dans toutes les situations relevées d'une transmission orale.

Ecart n°13 : Si les EIG sont pour la plupart déclarés à l'ARS, ils ne le sont pas à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'obligation de déclaration posée par l'article L.331-8-1 du CASF.

⁹ 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.

IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

A/ L'équipe de soins

Le médecin coordonnateur (MedCo)

Il a intégré l'établissement mi 2021.

[REDACTED]

D'après son contrat de travail, il est employé à hauteur de 0,5 ETP dans l'établissement. Ce ratio est compatible avec la réglementation. Il est présent dans l'établissement les mardis et jeudis de 9h à 18h30.

L'infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC)

[REDACTED]

L'IDEC partage son bureau avec le MedCo avec lequel, elle dit entretenir des relations fluides et constructives.

L'équipe IDE – AS :

Voir supra dans la partie 2 sur la situation générale des effectifs » du chapitre B sur l'organisation des ressources humaines. A partir de la page 10.

L'équipe paramédicale

L'ergothérapeute

[REDACTED]

Pour ses activités d'ergothérapie, il dispose d'une réserve de matériel entreposée dans un local (non visité par la mission). Il ne dispose pas de local dédié pour son activité qu'il exerce essentiellement dans les chambres des résidents.

Notons que les soins d'ergothérapie ne font pas l'objet de prescription selon les dires de l'ergothérapeute.

Les kinésithérapeutes

Quatre kinésithérapeutes interviennent à titre libéral dans l'établissement. Ils interviennent sur prescription du médecin traitant, ou à défaut du médecin coordonnateur, et sont en contact direct avec les familles pour la rémunération de leurs actes.

Les séances de kinésithérapie sont réalisées dans les chambres des résidents et les couloirs de l'EHPAD. Il n'y a pas de salle dédiée aux séances de kinésithérapie dans l'établissement.

Les kinésithérapeutes sont autonomes dans leur organisation.

La mission n'a pas retrouvé de planning dans la salle de soin et/ou dans les étages. L'affichage du planning des interventions des kinésithérapeutes dans les salles de soin, devrait faciliter les conditions d'une bonne coordination au sein de l'équipe

Les kinésithérapeutes disposent d'un accès individuel au logiciel [REDACTED] dans lequel ils sont censés consigner leurs interventions. Ils se disent peu familiarisés avec ce logiciel qu'ils renseignent a minima et en cas d'évolutions significatives.

Il est rapporté à la mission que les bilans fonctionnels ne sont pas saisis dans le logiciel [REDACTED]. Seules les informations relatives à la marche, l'équilibre, et les transferts y figurent.

La psychologue

Elle est affectée à 0,5 ETP dans l'EHPAD.

Ses jours de présence sont les mardis et jeudis de 9h à 17h et le mercredi de 14h à 17h.

Dans le cadre de la coordination des équipes, elle participe à :

- ✓ La réunion de direction les mardis.
- ✓ La réunion interdisciplinaire avec le MedCo, l'IDEC et l'équipe de soins, les mardis et jeudis.

Elle est en charge de la production et du suivi des projets de vie individualisés des résidents (PVI).

L'orthophoniste

Une orthophoniste libérale intervient le mardi et le jeudi dans l'établissement. Le MedCo effectue des prescriptions médicales pour ses interventions. Elle travaille en étroite relation avec les AS mais ses interventions ne sont pas formalisées ni tracées dans le logiciel de soin.

Ecart n°14 : La mission constate une absence de traçabilité notamment pour :

- Les bilans, objectifs de soins et interventions des masseurs-kinésithérapeutes ;
- Les interventions de l'orthophoniste.

Ce qui nuit à la qualité du suivi des résidents et contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP

Gestion de la continuité des soins

En journée

Les AS sont présentes sur la plage horaire de 7h à 18h30 ou de 9h à 20h30. En théorie, [REDACTED] AS sont présentes chaque jour à raison d'une AS par étage et d'une AS volante.

Les IDE sont présentes de 8h à 19h. Au jour de l'inspection, l'équipe est composée d'une seule IDE en CDD, mais pas d'IDE titulaire. Deux postes sont vacants à ce jour, dans l'établissement.

Ecart n°15 : Le manque d'IDE ne permet pas une organisation optimale du travail, impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF

La nuit, deux professionnels sont présents : une AS de 20h à 7h et une auxiliaire de vie de 20h30 à 7h30.

Les transmissions sont organisées sur le temps de chevauchement entre les équipes, de 7h à 7h30 le matin et de 20h à 20h30 le soir. A cela s'ajoute un point inter équipe chaque jour à 11h45 qui réunit les 7 AS de l'établissement et l'IDE.

A l'arrivée d'un nouveau professionnel, celui-ci est doublé sur quelques jours, durée qui dépend du poste d'affectation. Celui-ci se voit remettre les documents nécessaires à sa prise de poste : règlement intérieur, etc., et l'IDEC se rend disponible en fonction des besoins du nouvel arrivant.

Gestion des urgences en semaine, la nuit, les week-end

L'IDEC et le MedCo s'organisent entre eux, afin d'assurer la permanence de direction des soins sur leurs périodes de congés

Il n'y a pas de professionnel de santé d'astreinte dans l'établissement. Les astreintes du soir et du week-end sont assurées par la directrice. Et lorsqu'elle est en congés, la relève est prise par l'IDEC ou la maîtresse de maison.

En l'absence du MedCo et/ou du médecin traitant, il est fait appel au SAMU.

L'astreinte IDE de nuit est assurée par des IDE libérales et organisée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) infirmiers d'Île de France suite à la réponse à un appel à candidature datant de mars 2019. L'astreinte IDE couvre la période de 21h à 7h du matin, tous les jours de la semaine via un numéro unique.

Dans ce cadre, une convention a été signée le 31 janvier 2022. Conclue pour une durée de 11 mois à compter du 28 février 2022, elle prendra fin le 6 février 2023 au matin.

La mission relève que, sur son temps de présence en journée, l'IDEC se retrouve fortement sollicitée directement par les familles : courriel, téléphone, porte du bureau ouvert. De plus, le standard oriente directement les appels soins sur sa ligne, sans filtre préalable du poste d'accueil.

B/ La prise en charge gériatrique

La prise en charge nutritionnelle

Les repas sont servis dans les salles à manger installées à chaque étage. Seuls 7 résidents prennent leur repas en chambre au jour de la visite.

Un classeur identifiant clairement les résidents bénéficiant de menus mixés, hachés, et/ou de régimes, est disponible à la cuisine et au niveau du poste de soins. Mais la mission n'a pas retrouvé d'équivalent aux étages de distribution des repas.

C'est l'orthophoniste qui réalise les prescriptions de texture.

Remarque n°12 : La mission n'a pas retrouvé d'information formalisée à destination des AS d'étage, sur les résidents bénéficiant de prescription de régime ou de texture particulière (hachée, mixée).

La mission relève qu'il n'y a pas de collation prévue la nuit pour les résidents déambulants.

Remarque n°13 : Compte tenu de la présence d'une population potentiellement déambulante, une collation nocturne pourrait être prévue conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS « Qualité de vie en EHPAD, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».

Chaque fois que nécessaire, des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) sont dispensés sur prescription médicale du MedCo. Au jour de la visite, 23 résidents bénéficiaient de CNO soit 40% des résidents présents.

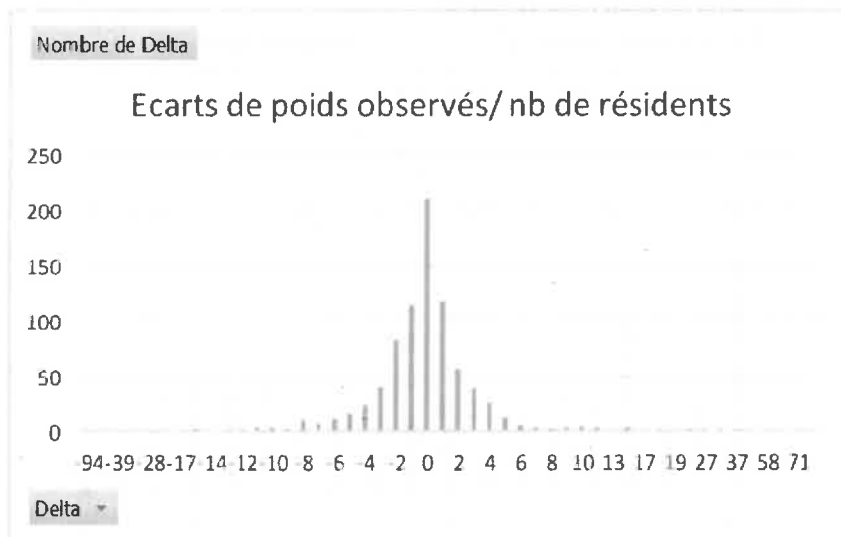
Le suivi nutritionnel

L'établissement dispose d'une plateforme de pesée en état de fonction au jour de la visite. Des pesées mensuelles sont effectuées par les AS et les poids sont retranscrits sur [REDACTED] par l'IDEC, qui doit assurer le suivi des écarts et des alertes.

La pesée mensuelle

Etat des variations de poids observées

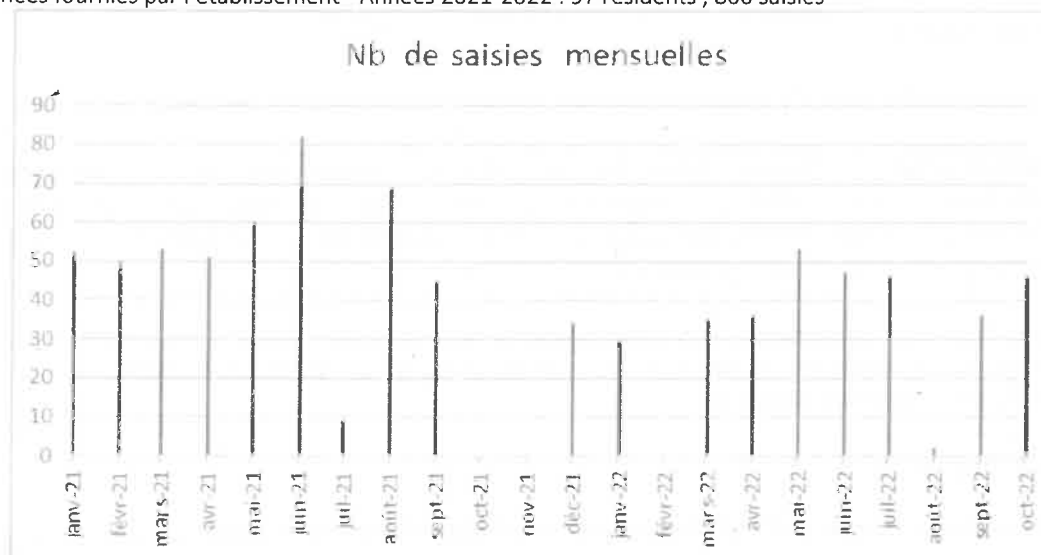
Données fournies par l'établissement - Années 2021-2022 : 97 résidents, 806 saisies



Au vu de la courbe de saisie observée, la mission relève une bonne qualité dans la saisie des données.

Nombre de saisies mensuelles du poids des résidents, Répartition calendaire

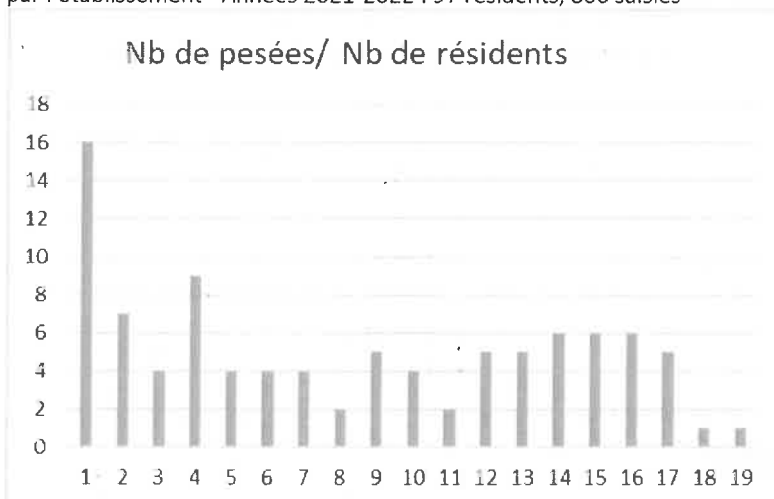
Données fournies par l'établissement - Années 2021-2022 : 97 résidents , 806 saisies



Au vu des données transmises, le suivi mensuel des poids n'est pas opéré systématiquement et régulièrement pour tous les résidents. 5 mois sur les 22 étudiés ont donné lieu à moins de 10 saisies mensuelles. Le nombre moyen de saisies mensuelles est de 38,5.

Etat des relevés mensuels de poids par résident

Données fournies par l'établissement - Années 2021-2022 : 97 résidents , 806 saisies



Au vu des données transmises, il apparait que tous les résidents ne bénéficient pas de pesée mensuelle systématique.

Ecart n°16 : Le relevé mensuel des poids n'est pas réalisé systématiquement pour tous les résidents et contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).

Gestion des alertes

Certes des alertes sont prévues sur le logiciel de soin, mais la mission n'a pas retrouvé de procédure ou de recommandation transmise aux équipes, sur la conduite à tenir à partir d'un signal d'alerte transmis.

Par ailleurs Il n'y a pas de réunion collégiale organisée au sein de l'établissement sur les questions de dénutrition, en termes de prévention et de prise en charge.

A l'analyse des données transmises, la mission n'a pas observé d'élément en faveur d'une adaptation de la fréquence des pesées, à la situation des résidents dès lors qu'il était observé des baisses de poids sur plusieurs mois consécutifs.

Remarque n°14 : La mission constate l'absence de recommandation formalisée à destination des équipes de soin à partir des alertes transmises par le logiciel de soins. Elle note qu'une réunion/commission pluridisciplinaire sur les questions de nutrition-dénutrition n'est pas mise en place au sein de l'établissement, ce qui fragilise la prise en charge des résidents.

Les prescriptions d'albuminémie

Elles sont rédigées par le MedCo, pour évaluer la sévérité de la dénutrition s'il y a lieu. Dans les documents fournis par l'établissement, 25 résidents ont bénéficié de prescription d'albuminémie sur la période 2020-2021. Aucun d'entre eux n'avait de dosage inférieur à 20g/l.

Diététicien

Aucun diététicien n'intervient dans l'établissement. Il apparaît que la mobilisation de cette compétence n'est pas organisée au sein de l'établissement ni par mise à disposition du siège gestionnaire, ni par la mobilisation d'un intervenant extérieur.

L'évaluation du risque de fausse-route

L'évaluation du risque de fausse route est réalisée sur signe d'alerte, mais pas systématiquement.

La prise en charge bucco-dentaire

Les soins bucco-dentaires sont réalisés par les AS. Une formation a été dispensée par l'IDE hygiéniste du siège gestionnaire, sous la forme d'ateliers positionnés sur deux jours en mai 2022.

Un chirurgien-dentiste se déplace à la demande pour réaliser des évaluations et les premiers soins. Le suivi dentaire est réalisé par un organisme extérieur, comme le suivi de la vision et de l'audition. Des contrôles seraient prévus tous les 6 mois à ce titre.

Il n'existe pas de lien organisé avec un cabinet dentaire de proximité au vu de la difficulté rapportée à trouver un site adapté à l'accueil des résidents en fauteuil roulant.

La mission relève qu'il n'y a pas d'atelier de promotion de l'hygiène buccale organisé à l'attention des résidents.

Remarque n°15 : Un bilan initial de l'état buccal du résident n'est pas systématiquement versé au dossier médical du résident à son entrée dans la structure.

Les soins d'hygiène

L'organisation prévoit que l'IDE renseigne les plans de soins dans le logiciel Titan. Mais à ce jour, l'IDEC dit s'en charger à défaut de disponibilité des IDE et les réévalue en fonction de l'évolution des résidents.

A la date de l'inspection, les plans de soins observés dataient du 3 juin 2022. Les personnels soignants ont changé d'étage le 1^{er} octobre 2022, mais les plans de soin n'avaient pas été actualisés.

Les soignants disposent, en complément des plans de soin, de fiches de tâches heurées. Les changes sont réalisés en début et en fin d'après-midi, et sont inscrits sur la fiche de tâches des soignants. Ils sont tracés sous forme de transmissions narratives. Les toilettes sont réalisées par les AS d'étage, et en binôme avec l'AS volante en tant que de besoin.

La mission n'a pas retrouvé de traçabilité des soins d'hygiène sur le logiciel [REDACTED]. Ces derniers devraient être saisis via une zapette mais il est rapporté que celle-ci dysfonctionne depuis plusieurs mois.

De plus, il n'y a pas suffisamment de postes informatiques afin que chaque soignant effectue les transmissions sur ordinateur.

Ecart n°17 : Les soins d'hygiène ne sont pas tracés sur [REDACTED] l'outil de traçage étant non fonctionnel depuis plusieurs mois, ce qui contrevient à l'arrêté du 10 juin 2021 et pénalise la continuité des soins et des activités de soins.

Soins des plaies et suivi de la douleur

L'établissement dispose d'équipements de prévention des escarres : matelas à air, à mémoire de forme, bouées, bottes anti escarres, etc.

Au jour de l'inspection, Il est rapporté à la mission qu'aucun résident n'est pris en charge pour des soins d'escarre. Les escarres ont été traités et guéris, selon les dires du MedCo. Des échanges avec l'IDEC, la mission retient que cette évolution favorable a été facilitée par la présence d'une IDE fixe sur la période estivale.

L'établissement fait appel à l'HAD Santé Service ou l'équipe mobile gériatrique (EMG) pour les prises en charge complexes : pansement d'escarre du sacrum, escarre douloureux, antibiothérapie injectable, pompe à morphine....

La résidence est en lien avec le centre anti-douleur de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. La mission souligne que l'infirmière coordinatrice dispose d'un diplôme universitaire sur la douleur.

Pour autant, la mission n'a pas retrouvé d'évaluation douleur dans les données d'évaluation fournies.

Marche et prévention des chutes

Chaque chute fait l'objet d'une fiche de signalement saisie sur le logiciel [REDACTED]

En cas de chute itérative, le cas est traité lors du staff médical, mais la mission relève qu'il n'y a pas de temps organisé pour l'analyse collégiale des situations de chute ni avec l'établissement (ergothérapeute, kinésithérapeute, IDE ...) ni avec un intervenant extérieur.

Un éducateur en Activité Physique Adaptée (APA) intervient depuis le mois de septembre 2022 dans l'établissement et organise des séances collectives de gymnastique douce, à raison de deux groupes une fois par semaine.

Des formations prévention des chutes sont dispensées auprès des professionnels de l'établissement par l'ergothérapeute.

Remarque n°16 : Les chutes ne font pas l'objet d'une analyse collégiale au sein de l'établissement.

Les contentions

La prescription des contentions est réalisée par le MedCo le plus souvent.

Au jour de l'inspection, la mission dénombre 15 résidents sous contention :

- 12 résidents avec des barrières de lit,
- 3 résidents avec une ceinture abdomino-pelvienne au fauteuil.

Les besoins de contention ont été réévalués en équipe, en février et en octobre dernier. Cette réévaluation serait prévue sur un mode plus régulier et plus fréquent, tous les 3 mois, à l'avenir.

La mission relève qu'il n'y a pas de dispositions particulières pour le relevé du consentement type formulaire d'accord signé par la famille, l'ayant droit et/ou le résident le cas échéant. Celui-ci doit être placé dans le dossier et en annexe du contrat de séjour du résident.

Ecart n°18 : Contrevenant à l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention (selon le modèle figurant dans l'annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016).

Calendrier vaccinal

Le calendrier vaccinal est suivi par le MedCo. Au jour de l'inspection, le programme de vaccination anti-grippe était en cours, celui du COVID 5ème dose était prévu mais non débuté.

Il convient que le calendrier vaccinal concernant le tétanos et le pneumocoque soit suivi dans l'établissement (aux dires du MedCo).

Soins palliatifs

Des liens étroits sont organisés avec l'EMG, les réseaux [REDACTED] et [REDACTED] afin d'accompagner la prise en charge de la fin de vie. Selon le MedCo, les sollicitations sont à hauteur d'une fois tous les trois mois en moyenne.

La prise en charge de l'urgence

Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

Il est indiqué à la mission que le DLU est accessible 24h/24 via le logiciel [REDACTED] par les soignants. Les personnels titulaires de soin AS et IDE disposent d'un compte individuel. Les vacataires réguliers ont les mêmes dispositions.

Il n'y a pas de circuit particulier de sauvegarde des DLU en cas de panne informatique, ni de sortie papier organisée.

Ecart n°19 : L'absence de circuit de sauvegarde des DLU, ou de sortie papier organisée ne permet pas de garantir la continuité des soins en cas de panne informatique et contrevient à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).

Conduite à tenir (CAT) en cas d'urgence.

Le guide « conduite à tenir en cas d'urgence » (guide ARS) est imprimé et consultable à l'infirmerie.

Des formations aux gestes d'urgence ont été dispensées en interne auprès des soignants. La mission note que l'IDE présente le jour de l'inspection n'est pas à jour de son Attestation de Formation aux Geste de Secours Urgents (AFGSU). Elle est certes remplaçante mais en poste depuis décembre 2021.

Remarque n°17 : l'IDE présente le jour de la visite, n'est pas à jour de sa formation aux gestes de premier secours.

Accès aux services d'urgence

La structure travaille en partenariat avec les services d'urgence de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière.

En cas d'hospitalisation, l'établissement prévient l'EMG qui assure le relai avec l'EHPAD. La mission n'a pas retrouvé de convention avec cet établissement dans les documents transmis par la direction.

Un défibrillateur externe est accessible à l'accueil de la résidence, derrière le bureau de l'hôtesse d'accueil, avec une signalétique conforme aux exigences réglementaires. La mission n'a pas testé son état de fonctionnement.

C/ L'organisation des soins

L'admission

Le MedCo est sollicité systématiquement à l'admission des résidents.

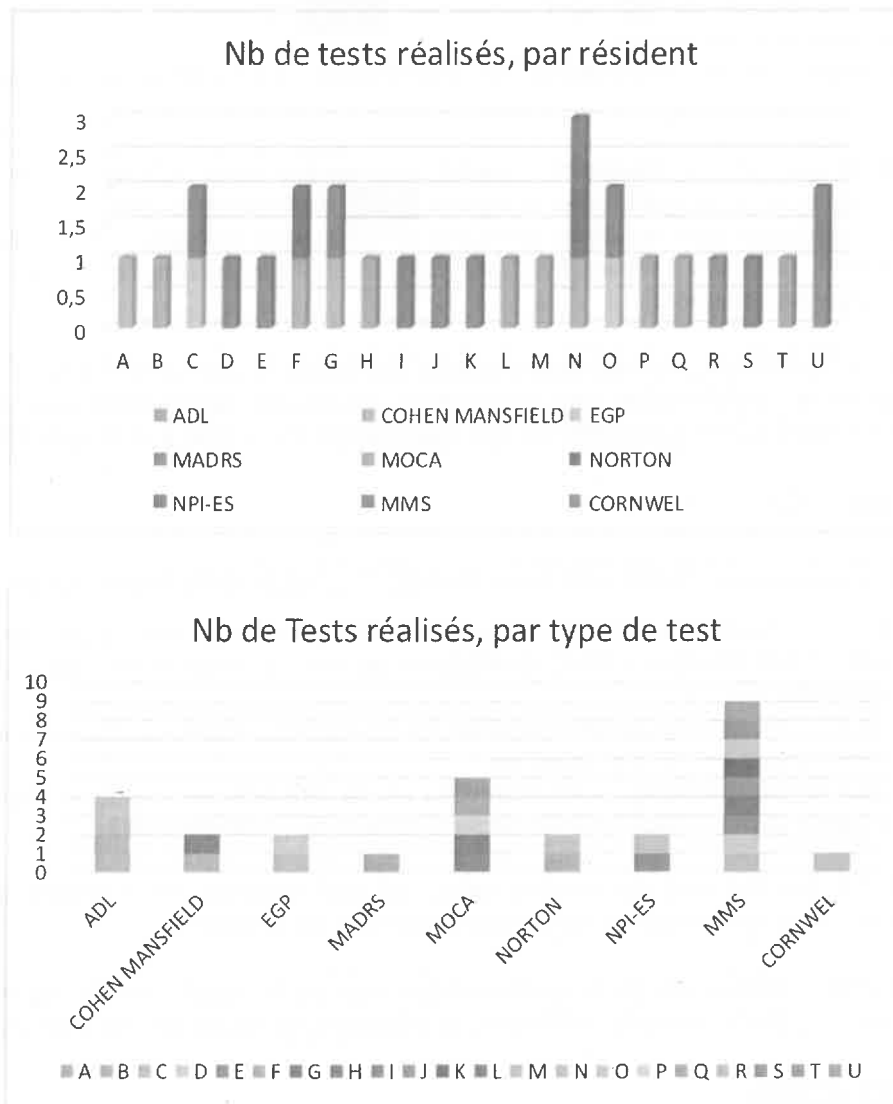
Le dossier médical est adressé à l'équipe de direction pour avis. Il appartient au MedCo de valider la demande. Des refus ont été émis sur des admissions en chambre double, ou en Unité de Vie Protégée (UVP) par manque de place, ou lorsque la colocation s'avérait difficile. Les avis ont toujours été suivis par la direction à ce jour.

Lorsque l'admission est validée, une visite de préadmission est organisée avec l'IDEC, la directrice, la psychologue et l'ergothérapeute en tant que de besoin.

Il n'est pas prévu d'évaluation multidimensionnelle à l'entrée. Les évaluations sont réalisées selon les besoins et les éléments présents dans le dossier d'admission.

Etat des tests réalisés sur la période de janvier 2021-octobre 2022,

Tous résidents, tous tests réalisés et saisis sur le logiciel TITAN 28 tests-11 résidents concernés



Au vu des données recueillies, la mission constate l'absence d'évaluations multidimensionnelles telles que préconisées. Les AS réalisent une évaluation Norton, mais celle-ci n'est pas tracée.

Ecart n°20 : Il est observé un manquement important dans l'évaluation multidimensionnelle réalisée à l'entrée et en suivi, auprès des résidents. (Missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF).

La mission constate également que les évaluations suivantes ne sont pas suffisamment réalisées ni tracées pour :

- La douleur, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP ;
- Les troubles de la déglutition ce qui ne garantit pas la sécurité de la prise en charge alimentaire des résidents, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.

Le dossier de soins

Les données du dossier de soin sont saisies sur [REDACTED] : anciennes ordonnances, dossier d'admission, comptes-rendus, etc.

Le MedCo renseigne les antécédents, les pathologies, les traitements, les régimes, les textures ...

Il est rapporté que les 11 médecins traitants intervenant dans l'EHPAD saisissent leurs interventions et leurs prescriptions sur le logiciel [REDACTED] de l'établissement.

Les dossiers médicaux sont archivés dans une armoire dans le bureau du MedCo, mais la mission observe que cette armoire n'est pas sécurisée. Pour autant, l'accès au bureau du MedCo est sécurisé par code.

Ecart n°21 : L'accès non sécurisé aux dossiers des résidents en version papier ne permet pas de garantir la confidentialité des informations médicales individuelles des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF et aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP.

Les temps d'échange

Plusieurs temps de réunions internes et pluridisciplinaires sont organisés :

- Le Staff médical le mardi matin sur 1h -1h30, réunit ergothérapeute, psychologue, IDE, IDEC, MedCo. L'EMG de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière y est invitée 1 fois par mois.
- Un CODIR est organisé le mardi en fin de matinée, réunissant avec la direction la même équipe et le chef cuisinier.
- Des temps d'échange sont organisés par la direction les mardis et jeudis sur 1/4 d'heure et réunissent tous les professionnels de l'établissement.

La mission n'a pas retrouvé de compte-rendu du staff médical. Pour autant, les avis et décisions médicales sont tracés dans le dossier médical du résident.

Remarque n°18 : L'absence de comptes-rendus des staffs médicaux ne permet pas de disposer d'une traçabilité des avis, décisions, et informations issues de ces séances.

Les médecins traitants

Onze médecins traitants interviennent sur l'établissement. Les prescriptions sont réalisées par ces médecins, ou par le MedCo pour les résidents ne disposant pas de médecin traitant. Il est rapporté à la mission que les médecins traitants se déplacent en tant que de besoin et sont facilement joignables.

Le MedCo nous indique que 10 à 15 résidents ne disposent pas de médecin traitant le jour de l'inspection. Dans l'attente, pour ces résidents, le MedCo fait fonction de médecin prescripteur.

La télé santé

Il n'y a pas d'organisation de télé santé dans l'établissement, mais le MedCo et l'IDEC se disent intéressés. Compte tenu de la situation de tension en ressources médicales, il est indiqué que l'organisation de télé santé serait un plus pour faciliter l'accès aux soins et le suivi des résidents notamment en sortie d'hospitalisation, et limiter les recours aux urgences.

Remarque n°19 : L'accès à télé santé n'est pas organisé au sein de l'établissement.

Partenariats avec les acteurs de soins

Des temps d'échanges collectifs sont organisés régulièrement avec [REDACTED] partenaire important de la filière gériatrique à laquelle est rattachée l'établissement.

Pour la psychiatrie, l'établissement est en lien avec le Centre Médico-Psychologique [REDACTED] (CMP) qui dispose d'une équipe mobile psychiatrique du sujet âgé, mobilisable sur sollicitation de l'établissement.

La direction a fourni à la mission les conventions signées avec les établissements de santé suivants :

[REDACTED]

La direction a fourni à la mission les conventions signées avec les établissements et services de santé suivants :

- L [REDACTED]
- L [REDACTED]
- La pharmacie de [REDACTED]
- Le laboratoire [REDACTED] datant du 22 septembre 2022
- L'équipe mobile de gériatrie [REDACTED]

Cependant, aucune convention signée avec les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement n'a été transmise à la mission, notamment avec les kinésithérapeutes, la

[REDACTED]

Ecart n°22 : L'établissement n'a pas transmis à la mission, de convention actant le partenariat avec une pharmacie d'officine, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 5126-6-1 du CSP.

Il n'a pas non plus été fourni de convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables. Cahier des charges fixé par arrêté du 7 juillet 2005.

Par ailleurs, de nombreux partenariats existant au sein de l'établissement, ne sont pas non plus formalisés par des conventions, ce qui contrevient aux articles L312-7 et L314-12 du CASF.

D/ Les locaux de soins et le circuit du médicament

Le poste de soins

L'établissement dispose d'un seul poste de soins localisé au 1^{er} étage. Celui-ci est propre et bien entretenu. Son accès est sécurisé par code, et strictement autorisé aux personnels de l'équipe de soins AS et IDE. Il dispose d'une paillasse pour la préparation des soins.

La pharmacie est stockée dans une pièce attenante à ce local de soins, sans porte de séparation.

La mallette d'urgence est disponible sous la forme d'un sac à dos d'urgence. Une liste du contenu est présente et disposée à l'intérieur du sac. Mais celui-ci n'était pas scellé le jour de la visite.

Ecart n°23 : La mallette d'urgence n'est pas scellée et la présence d'un contrôle régulier n'apparaît pas clairement, ce qui contrevient à l'article D312-158 13° du CASF.

Des fiches contacts sont affichées dans le poste de soins concernant les médecins traitants, des services d'urgence, des personnels internes, la pharmacie, etc. On constate que ces documents sont bien présents mais non datés.

Des collecteurs DASRI et OPCT sont présents dans le poste de soins. Les collecteurs ouverts comportent la mention de la date de mise en service.

La mission a constaté la présence d'un **obus à oxygène** posé au sol, non arrimé au mur.

Remarque n°20 : L'obus à oxygène est entreposé à même le sol et non amarré.

Le circuit du médicament

Au jour de l'inspection, le circuit du médicament ne fait pas l'objet de procédure rédigée, mais un travail est en cours avec l'OMEDIT et le CEPIAS à ce titre.

Il est rapporté à la mission que l'établissement a réalisé une réunion « interdiag » pour évaluer le circuit du médicament.

Préparation des doses à administrer (PDA)

La préparation des doses à administrer est gérée par la pharmacie de [REDACTED] située en Seine-Saint-Denis. La convention est en cours de révision et n'a pas été transmise à la mission. La mission s'interroge sur la pertinence de faire appel à une pharmacie d'officine aussi distante, alors que la zone géographique de l'établissement en dispose.

Livraison-stockage

Les ordonnances arrivent par mail à la pharmacie.

Les livraisons de produits de santé sont hebdomadaires le vendredi.

Pour les délivrances de médicaments urgents, il est rapporté à la mission que la pharmacie est en mesure de livrer tous les jours si besoin.

Les médicaments ensachés

Les médicaments sont livrés ensachés par la pharmacie. Lors de la réception des PDA, le vendredi après-midi, une vérification de conformité est effectuée par l'IDE. Les rouleaux sont rangés dans le chariot de distribution le dimanche après-midi, pour une mise en service le lundi matin. Cette vérification n'est pas tracée. En cas d'erreur, l'IDEC contacte la pharmacie mais ne le formalise pas.

Les produits de santé hors pilulier

Ils sont stockés dans une armoire fermant à clef, dans des casiers individuels, identifiés par le nom et le prénom du résident. La mission relève que l'identification de ces casiers ne comporte pas la date de naissance (DDN), le numéro de chambre et la photo du résident.

Les médicaments destinés à la distribution de la semaine sont disposés dans les tiroirs du chariot à médicaments, dans des casiers individuels identifiés par le nom et le numéro de chambre. De la même façon, l'identito-vigilance n'est pas respectée.

Le chariot de médicaments est muni d'un code de verrouillage. Pour autant, ce chariot n'est pas verrouillé, et notamment lors de la distribution des médicaments en chambre.

La mission a noté la présence, dans le chariot de distribution des médicaments, de flacons dont la date d'ouverture n'était pas indiquée et de flacons avec une date de péremption dépassée.

Concernant les médicaments à ne pas broyer, la liste produite par l'OMEDIT est disponible dans le bureau de l'IDEC mais pas dans le poste de soins.

Le stock tampon

Ce stock est constitué de façon non officiel, à partir de traitements de résidents non consommés, alors que ces traitements devraient faire l'objet d'un recyclage via les cyclamed. Ce stock tampon devrait être constitué à partir d'une prescription initiale du MedCo et être révisé mensuellement.

Les médicaments et dispositifs du stock tampon « non officiel » sont disposés dans une armoire fermant à clefs, à proximité des autres médicaments. La mission a retrouvé la présence de médicaments périmés au sein du stock tampon.

Les toxiques

Les médicaments stupéfiants sont stockés dans un coffre scellé au mur. Ce coffre est accessible par code dont seules l'IDEC et les IDE connaissent la combinaison. Le registre des entrées-sorties des stupéfiants est tenu à jour, mais la mission n'a pas retrouvé de carnet à souche. Par ailleurs il n'existe pas d'inventaire de ces produits. Pour autant, la délivrance est tracée sur une fiche papier.

L'établissement ne dispose pas de pompe à morphine dans l'établissement, et fait appel à l'HAD si besoin.

Ecart n°24 : La mission constate de nombreuses insécurités dans le circuit du médicament de par les manquements suivants :

- Les traits d'identité présents sur les piluliers, qui ne permettent pas de garantir l'identité de la personne, lors de la préparation et de la délivrance des médicaments aux résidents et contrevient à l'article L.311-3 du CASF et au Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B.
- Le manque de sécurisation du chariot de distribution des médicaments qui constitue un risque pour la sécurité des résidents lors de leur distribution, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.
- La présence de flacons ouverts sans indication des dates d'ouverture et de péremption, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

- Le stock tampon qui ne fait pas l'objet d'une procédure établie à partir des besoins spécifiques de la structure, ce qui contrevient à l'article D312-158 13° du CASF (mission MedCo en cas d'urgence).
- La présence de médicaments périmés au sein du stock tampon qui met en jeu la sécurité de la prise en charge des résidents, et qui ne répond pas aux dispositions de l'article R4312-38 du CSP.
- Le manque d'inventaire des produits toxiques qui ne permet pas de garantir un bon état du stock, ce qui n'est pas conforme à l'article R5132-36 du CSP (entrée et sortie des stupéfiants).

Distribution et administration

La distribution des traitements est effectuée par l'IDE de l'établissement. Celle-ci dispose d'une tablette lui permettant d'effectuer une traçabilité en direct. Mais cette tablette n'est pas connectée avec le dossier de soin. La traçabilité est donc effectuée en différé de la distribution sur le logiciel de soin ce qui ne répond pas aux RBPP.

Les traitements de nuit sont préparés par l'IDE mais distribués par les AS de nuit. Cette délégation est inscrite dans la fiche de tâche mais pas dans la fiche de poste. Il n'existe pas non plus de procédure, ni de formation spécifique des AS sur cette tâche déléguée.

Remarque n°21 : La mission note que l'équipe d'AS de nuit contribue à la délivrance médicamenteuse. Or cette mission n'apparaît pas dans leur fiche de poste.

Le référent qualité de la structure est l'IDEC. La mission relève l'absence de classeur de procédure dans le poste de soins.

Ecart n°25 : Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, les procédures suivantes n'ont pas été présentées à la mission :

- L'organisation générale du circuit du médicament ;
- La traçabilité de vérification de la conformité de la livraison ;
- La liste des médicaments à ne pas broyer.

Plus généralement, il n'existe pas de classeur de procédures à disposition des personnels soignants ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge).

E/ Les dispositifs médicaux

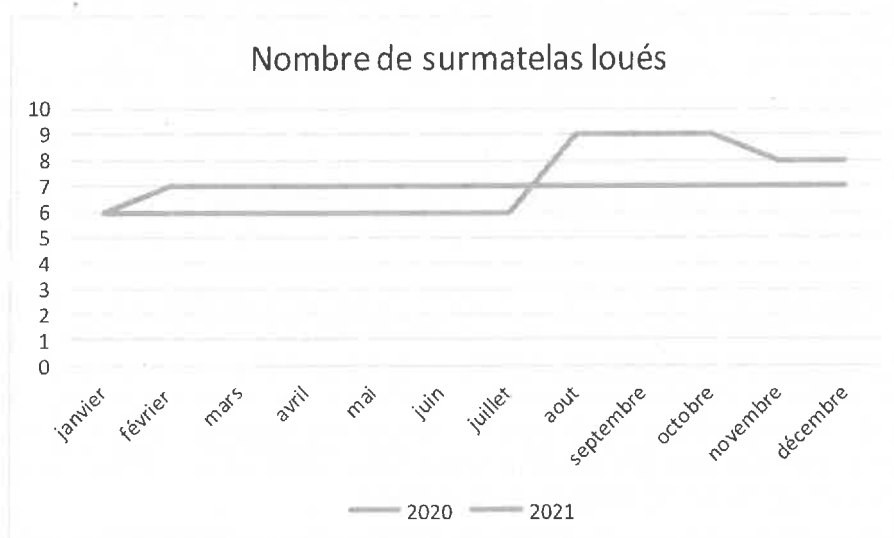
Les équipements médicalisés et les installations à visée thérapeutique

La consultation des factures fournies montre qu'un lit Alzheimer a été loué du 19 décembre 2019 au 3 février 2020, mais pas pour un résident de l'UVP.

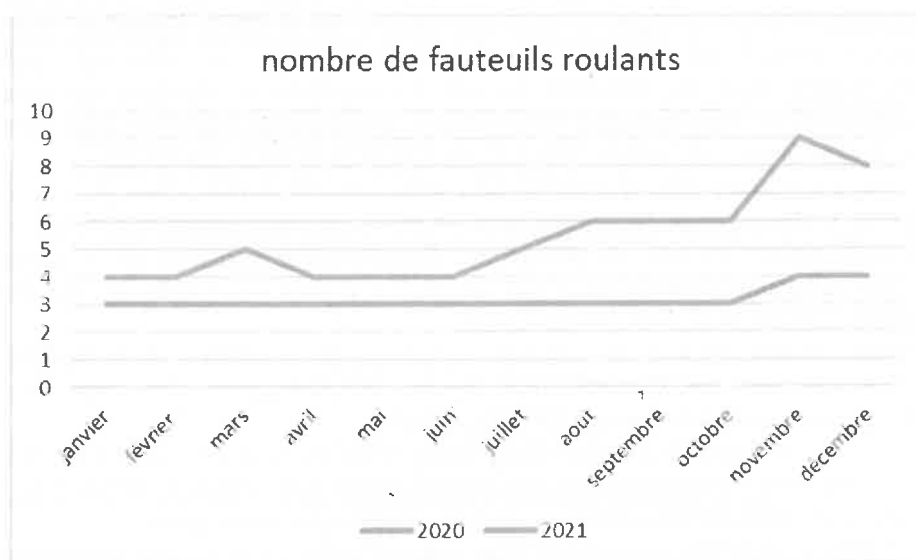
Deux lèves-malades ont été loués pour deux résidents déterminés sur les factures.

Des différences ont été relevées entre le tableau intitulé « Location Parc matériel » et l'analyse des factures fournis par l'établissement. L'analyse de ces dernières permettent d'établir que 3 à 4 VHP ont été loués en 2020, et jusqu'à 9 en 2021, 7 compresseurs avec surmatelas ont été loués en 2020 pour 27 personnes en GIR 1 et 2, et jusqu'à 9 en 2021, pour 28 personnes en GIR 1 et 2 au 31 décembre 2021.

Les variations laissent apparaître une période entre août et octobre 2021 au cours de laquelle le nombre de matelas loués est sensiblement plus élevé que les périodes précédentes et suivantes :



De la même manière, le nombre de personnes en fauteuil roulants est assez stable, mais augmente sur le dernier trimestre 2021 :



En l'absence de la liste des entrées et sorties des résidents en 2021 et 2022, il est difficile d'expliquer clairement cette augmentation temporaire. Il est cependant notable que les trois personnes bénéficiant de surmatelas entre août et octobre ne figurent plus dans la liste des résidents datée du 7 novembre 2022.

V – 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 de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
E2	La pratique des faisant fonction est interdite, conformément à l'article L.451-1 du CASF.
E3	L'absence des diplômes qualifiants des professionnels dans leur dossier administratif ne permet pas de s'assurer de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et 3° du CASF.
E4	L'équipe d'inspection a constaté l'état non entretenu et dégradé des installations extérieures, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des personnes hébergées. De plus, beaucoup des locaux intérieurs ne sont pas propres. Les protocoles d'hygiène, de bionettoyage et d'entretien du matériel ne sont pas suivis dans les sous-sol et le rez-de-chaussée de la résidence. Article L.311-3 du CASF
E5	Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents. Article L.311-3 du CASF
E6	L'unité protégée doit être sécurisée mais l'évacuation en cas d'incendie garantie. R.143-4 du code de la construction et de l'habitation.
E7	L'établissement n'a pas de groupe électrogène, ce qui contrevient à l'article R732-15 du code de la sécurité intérieure.
E8	Les plats ne peuvent être maintenus à la température requise du fait de l'absence de chariots en capacité de le faire. Une eau gélifiée sans DLC était conservée dans le réfrigérateur de l'office du 4°, avec un morceau de tarte sans emballage. Cet office n'était pas fermé à clé, ce qui contrevient aux règles HACCP. Les professionnels de l'établissement ne sont pas sensibles à séparer les produits d'hygiène, du repas.
E9	L'établissement ne garantit pas la confidentialité de données individuelles en entreposant dans des placards ouverts les archives de dossiers de personnel et des résidents et en affichant des informations personnelles dans un local non fermé à clé, contrevenant ainsi à l'article 311-3 4° du CASF et le code du travail.
E10	En ne présentant pas d'analyse des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R.331-10 du CASF
E11	L'établissement n'a pas de démarche d'amélioration continue de la qualité. Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui contrevient aux articles L.312-8 et D.312-204 du CASF.
E12	L'établissement n'a pas de politique formalisée de promotion de la bientraitance, ce qui ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques, conformément à l'article 311-8
E13	Si les EIG sont pour la plupart déclarés à l'ARS, ils ne le sont pas à la Ville de Paris, ce qui contrevient à l'obligation de déclaration posée par l'article L.331-8-1 du CASF.
E14	La mission constate une absence de traçabilité notamment pour : - Les bilans, objectifs de soins et interventions des masseurs-kinésithérapeutes ; - Les interventions de l'orthophoniste. Ce qui nuit à la qualité du suivi des résidents et contrevient aux dispositions de l'article R. 4321-91 du CSP
E15	Le manque d'IDE ne permet pas une organisation optimale du travail, impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF
E16	Le relevé mensuel des poids n'est pas réalisé systématiquement pour tous les résidents et contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).
E17	Les soins d'hygiène ne sont pas tracés sur [REDACTED] l'outil de traçage étant non

	<i>fonctionnel depuis plusieurs mois, ce qui contrevient à l'arrêté du 10 juin 2021 et pénalise la continuité des soins et des activités de soins.</i>
E18	<i>Contrevenant à l'article R.311-0-7 du CASF, l'annexe au contrat de séjour des résidents sous contention ne mentionne pas les modalités de décision et de mise en œuvre de la contention (selon le modèle figurant dans l'annexe 3-9-1 du décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016).</i>
E19	<i>L'absence de circuit de sauvegarde des DLU, ou de sortie papier organisée ne permet pas de garantir la continuité des soins en cas de panne informatique et contrevient à l'article L311-3 3° du CASF (PEC et accompagnement de qualité).</i>
E20	<i>Il est observé un manquement important dans l'évaluation multidimensionnelle réalisée à l'entrée et en suivi, auprès des résidents. (Missions du médecin coordonnateur, article D312-158, 4° du CASF).</i> <i>La mission constate également que les évaluations suivantes ne sont pas suffisamment réalisées ni tracées pour :</i> - <i>La douleur, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP ;</i> - <i>Les troubles de la déglutition ce qui ne garantit pas la sécurité de la prise en charge alimentaire des résidents, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.</i>
E21	<i>L'accès non sécurisé aux dossiers des résidents en version papier ne permet pas de garantir la confidentialité des informations médicales individuelles des résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF et aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP.</i>
E22	<i>L'établissement n'a pas transmis à la mission, de convention actant le partenariat avec une pharmacie d'officine, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 5126-6-1 du CSP.</i> <i>Il n'a pas non plus été fourni de convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables. Cahier des charges fixé par arrêté du 7 juillet 2005.</i> <i>Par ailleurs, de nombreux partenariats existant au sein de l'établissement, ne sont pas non plus formalisés par des conventions, ce qui contrevient aux articles L312-7 et L314-12 du CASF.</i>
E23	<i>La trousse d'urgence n'est pas scellée et la présence d'un contrôle régulier n'apparaît pas clairement, ce qui contrevient à l'article D312-158 13° du CASF.</i>
E24	<i>La mission constate de nombreuses insécurités dans le circuit du médicament de par les manquements suivants :</i> - <i>Les traits d'identité présents sur les piluliers, qui ne permettent pas de garantir l'identité de la personne, lors de la préparation et de la délivrance des médicaments aux résidents et contrevient à l'article L.311-3 du CASF et au Guide HAS « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » de mai 2013 : règle des 5B.</i> - <i>Le manque de sécurisation du chariot de distribution des médicaments qui constitue un risque pour la sécurité des résidents lors de leur distribution, ce qui contrevient à l'article L.311-3 1° du CASF.</i> - <i>La présence de flacons ouverts sans indication des dates d'ouverture et de péremption, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</i> - <i>Le stock tampon qui ne fait pas l'objet d'une procédure établie à partir des besoins spécifiques de la structure, ce qui contrevient à l'article D312-158 13° du CASF (mission MedCo en cas d'urgence).</i> - <i>La présence de médicaments périmés au sein du stock tampon qui met en jeu la sécurité de la prise en charge des résidents, et qui ne répond pas aux dispositions de</i>

	<p><i>l'article R4312-38 du CSP.</i></p> <p><i>- Le manque d'inventaire des produits toxiques qui ne permet pas de garantir un bon état du stock, ce qui n'est pas conforme à l'article R5132-36 du CSP (entrée et sortie des stupéfiants).</i></p>
E25	<p><i>Dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament, les procédures suivantes n'ont pas été présentées à la mission :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- L'organisation générale du circuit du médicament ;</i> <i>- La traçabilité de vérification de la conformité de la livraison ;</i> <i>- La liste des médicaments à ne pas broyer.</i> <p><i>Plus généralement, il n'existe pas de classeur de procédures à disposition des personnels soignants ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF (sécurité des prises en charge).</i></p>

N°	Liste des remarques relevées par la mission
R1	<i>L'absence d'agent d'accueil mobilise les maîtresses de maison qui ne peuvent garantir de ce fait un bon service hôtelier.</i>
R2	<i>Le contrat de travail du MedCo n'est pas conforme au droit du travail.</i>
R3	<i>Les astreintes de direction ne sont pas organisées. La continuité de direction repose sur l'engagement personnel de la directrice de l'EHPAD.</i>
R4	<i>Le remplacement au jour le jour du personnel absent n'est pas effectif, ce qui peut conduire à un sentiment d'épuisement pour les professionnels présents.</i>
R5	<i>Le taux d'encadrement des résidents par les IDE est insuffisant.</i>
R6	<i>Le caractère lacunaire de la traçabilité et du contrôle des tâches liées à l'entretien des locaux ne permet pas de garantir un bon entretien.</i>
R7	<i>L'analyse de pratiques professionnelles qui permettrait au personnel de réfléchir autour de sa pratique quotidienne n'est pas effective.</i>
R8	<i>Les ASH ne participent pas aux formations portant sur la prévention de la maltraitance.</i>
R9	<i>L'absence d'évaluation annuelle des professionnels ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement et le suivi du parcours professionnel.</i>
R10	<i>Les dossiers administratifs des résidents contiennent des documents médicaux, le contrat de séjour n'est pas systématiquement signé par le résident ; ils ne contiennent pas tous les documents attendus.</i>
R11	<i>En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeûne nocturne soit inférieur à 12H, l'établissement n'adopte pas une organisation conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Qualité de vie en EHPAD, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».</i>
R12	<i>La mission n'a pas retrouvé d'information formalisée à destination des AS d'étage, sur les résidents bénéficiant de prescription de régime ou de texture particulière (hachée, mixée).</i>
R13	<i>Compte tenu de la présence d'une population potentiellement déambulante, une collation nocturne pourrait être prévue conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Qualité de vie en EHPAD, Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ».</i>
R14	<i>La mission constate l'absence de recommandation formalisée à destination des équipes de soin à partir des alertes transmises par le logiciel de soins. Elle note qu'une réunion/commission pluridisciplinaire sur les questions de nutrition-dénutrition n'est pas mise en place au sein de l'établissement, ce qui fragilise la prise en charge des résidents.</i>
R15	<i>Un bilan initial de l'état buccal du résident n'est pas systématiquement versé au dossier médical du résident à son entrée dans la structure.</i>

R16	<i>Les chutes ne font pas l'objet d'une analyse collégiale au sein de l'établissement.</i>
R17	<i>l'IDE présente le jour de la visite, n'est pas à jour de sa formation aux gestes de premier secours.</i>
R18	<i>L'absence de comptes-rendus des staffs médicaux ne permet pas de disposer d'une traçabilité des avis, décisions, et informations issues de ces séances.</i>
R19	<i>L'accès à télé santé n'est pas organisé au sein de l'établissement.</i>
R20	<i>L'obus à oxygène est entreposé à même le sol et non amarré.</i>
R21	<i>La mission note que l'équipe d'AS de nuit contribue à la délivrance médicamenteuse. Or cette mission n'apparaît pas dans leur fiche de poste.</i>

VI - CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD Les jardins d'Iroise a été réalisée de façon inopinée le 7 novembre 2022. Elle s'est déroulée dans de bonnes conditions et la mission a pu consulter un grand nombre de documents et réaliser plusieurs entretiens avec les personnels de l'EHPAD.

La directrice, ainsi que l'ensemble du personnel et intervenants libéraux travaillant au sein de l'établissement se sont rendus disponibles pour l'équipe d'inspection.

Il ressort de cette inspection et des différents entretiens que l'ambiance de travail et les relations entre les professionnels semble sereine, positive et bienveillante, avec une direction accessible. L'ensemble des professionnels est investi et dynamique.

La mission a observé que les chambres sont spacieuses et sont pour la plupart de petits studios avec un coin sommeil, un coin salon et une grande salle de bains pour les plus vastes.

La directrice, arrivée assez récemment dans l'établissement, a fait part à la mission d'inspection de plusieurs projets pour améliorer les espaces et l'accompagnement des résidents.

Néanmoins, la mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements majeurs / importants sur plusieurs plans :

- l'organisation des ressources humaines,
- le respect des droits des résidents,
- la prise en charge hôtelière,
- l'hygiène et sécurité des locaux
- la démarche d'amélioration continue de la qualité et la politique de bientraitance

Sur le plan de la prise en charge médicale et soignante, la mission a pu constater que l'établissement est entouré de nombreux partenaires comme l'EMG de la Pitié Salpêtrière, les soins palliatifs, l'HAD, et l'équipe mobile de gérontopsy de Paris 13.

Au niveau de la prise en soin, l'établissement ne compte aucune escarre et réalise un répertoire des chutes. L'établissement dispose d'un bon équipement pour la prise en charge de ces deux domaines. Des classeurs de régimes sont mis en place, et les prescriptions des contentions sont élaborées.

L'équipe se réunit de façon pluridisciplinaire pour les admissions et les contentions. De plus, il existe un temps de chevauchement formalisé pour l'organisation des transmissions.

Cependant, la mission a relevé les dysfonctionnements suivants :

- Au sein de l'équipe IDE, aucun n'est en CDI. Tous les postes sont occupés par des IDE vacataires, certes régulières mais qui ne peuvent pas porter les actions d'amélioration qui restent à mettre en œuvre, ni soulager ni remplacer l'IDEC (lors

de ses absences) dans ses missions. D'autant qu'il n'existe pas de filtre dans les demandes des familles qui arrivent toutes directement chez l'IDEC.

- Il n'a pas été mis en place d'astreinte de santé formalisée.
- Les bonnes pratiques de prise en charge ne sont pas suffisamment respectées pour la mise en œuvre des contentions, la réalisation d'un bilan gériatrique (notamment à l'admission), le suivi des poids, de la douleur et la vaccination tétanos et pneumocoque. Le circuit du médicament n'est pas suffisamment sécurisé et les classeurs procédures sont inexistantes.
- Le rangement des dossiers de soin n'est pas suffisamment sécurisé. De plus, la traçabilité des soins des AS/AES, de la rééducation et d'orthophonie, est très insuffisante pour assurer une bonne continuité de la prise en charge.
- Il n'existe pas de temps d'échanges collégiaux sur la dénutrition (CLAN), les chutes (Commission chutes). Il n'est pas non plus mis en place de réunions d'analyse des pratiques.
- Les relations avec les partenaires institutionnels et les professionnels libéraux intervenant dans les prises en charge médicale et paramédicale des résidents sont insuffisamment formalisées (conventions).

L'établissement est marqué par un manque de formalisation et de professionnalisation : sens du travail en équipe, analyse des pratiques. L'élaboration du projet d'établissement pourrait être l'outil d'élaboration commune permettant cette professionnalisation.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et la direction de l'établissement, s'engagent rapidement à mettre en place des actions de correction/d'amélioration.

Fait à Saint Denis, le 28 Février 2023

Jérôme FEYDEL	Firyl ABDELJAOUAD	Cassandra ROCHETTE
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, ARS Ile- de-France	Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	Chargée du contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris

VII – 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
MedCo : 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

VIII – ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettres de mission

Annexe 2 : Courrier d'annonce

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

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