

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
« Les Jardins de Belleville » (EHPAD)
259 rue de Belleville 75019 Paris
N° FINESS 750041659**

RAPPORT D'INSPECTION

N° 2022_IDF_00279

Déplacement sur site les 17 et 25 novembre 2022

Mission conduite par

- ✓ Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;
- ✓ Madame Firyel ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'Autonomie, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris
- ✓ Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical, 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,

Accompagnées par

- ✓ Madame Wendy ABITBOL, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF.
- ✓ Madame Floriane WERCH, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF.

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	5
INTRODUCTION	6
A/ Contexte de la mission d'inspection	6
B/ Modalités de mise en œuvre	6
C/ Présentation de l'établissement	7
I – CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT	8
A/ Cadre institutionnel et gouvernance	8
B/ L'organisation des ressources humaines	11
II – LES LOCAUX.....	21
A/ Les locaux hors soins	21
B/ Les locaux de soins	27
III- LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS.....	29
A/ Profil des résidents accueillis	29
B/ Modalités d'accueil et d'accompagnement :	30
C/ Conditions d'hébergement, prestations hôtelières :	31
D/Respect des droits des résidents	44
E/ Evaluation de la qualité de la prise en charge	46
IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE.....	51
A/L'équipe de soin	51
B/La prise en charge médicale des résidents	52
La prise en charge nutritionnelle	52
L'évaluation multidimensionnelle des résidents	53
Le repérage des troubles de la déglutition	54
Les soins bucco-dentaires	54
Soins des plaies et suivi de la douleur.....	54
Prévention et prise en charge des chutes.....	54
Contentions	55
B/ L'organisation des soins	55
La visite de préadmission	55
Le dossier du résident	55
La traçabilité des soins	55
Les procédures	56
Infirmière de nuit	56
C/Partenariats	56
D/Le circuit du médicament	57
Prescription	57
Livraison, stockage et contrôle	57
Distribution et administration.....	57
E/Les dispositifs médicaux.....	58

3/70

V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES	59
VI - CONCLUSION	62
VII – LISTE DES SIGLES UTILISES	63
VIII – ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Lettres de mission	64
Annexe 2 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection	66
Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection	70

SYNTHESE

Éléments déclencheurs de la mission

La présente inspection, diligentée 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 :

CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

- La gouvernance
- Les ressources humaines

LES LOCAUX

PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS

- Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
- Respect des droits des personnes
- Gestion de la qualité
- Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

Principaux écarts et remarques formulés par la mission

Après avoir procédé à l'inspection sur place et à l'analyse des documents transmis par le gestionnaire, la mission d'inspection émet 10 écarts et 30 remarques, parmi lesquels :

Principaux écarts :

- Un risque de glissement de tâches
- Un important recours aux CDD
- Une culture de déclaration et d'analyse des EI/EIG insuffisamment partagée
- Une organisation de la prise en charge médicale du résident fragile (douleur, dénutrition, chute, contention, escarres, évaluation multidimensionnelle...)
- La politique de promotion de la bientraitance insuffisamment concrète pour le personnel

Principales remarques :

- Un plan de développement des compétences insuffisamment en lien avec les besoins des professionnels et les EI/EIG survenus dans l'établissement
- Des procédures et des dispositifs insuffisamment connus du personnel et qu'il convient de mettre à jour

INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission d'inspection

La Direction 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 de Belleville » situé 259 rue de Belleville, 75019 Paris, géré par l'association loi 1901 OMEG'AGE GESTION. Cette association gère depuis 2016 les structures médico-sociales prenant en charge des personnes âgées du groupe UNIVI.

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 contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Ce programme rejoint l'engagement de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

B/ Modalités de mise en œuvre

La 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.

Cette mission d'inspection 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 pour sa composante Agence régionale de santé d'Île-de-France de :

- ✓ Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris, Agence régionale de santé Île-de-France, coordonnatrice de la mission ;
- ✓ 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 Floriane WERCH 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

Pour sa composante Ville de Paris :

- ✓ 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 ;

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 ».

- ✓ Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical, 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.

L'inspection a été effectuée, sur place et de manière inopinée. L'équipe d'inspection a procédé à l'examen de documents sur place mais aussi sur pièces². Elle s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le jeudi 17 novembre de 8h30 à 19h30, et le vendredi 25 novembre 2022 de 9H00 à 12h30.

Au cours de ces deux jours de visite, l'équipe d'inspection a rencontré le personnel présent et a mené des entretiens avec 11 professionnels, et 1 résident. 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 première journée de visite, une réunion de synthèse d'inspection s'est déroulée avec la directrice et l'IDEC³. Les jours suivants, la mission a recueilli le témoignage de la fille d'une résidente et de membres du CVS.

C/ Présentation de l'établissement

Situé 259 rue de Belleville, dans le 19^e arrondissement de Paris, l'EHPAD « Les Jardins de Belleville » est géré depuis le 1^{er} janvier 2017, par l'association OMEG'AGE GESTION, domiciliée 54 boulevard de la Liberté 59 000 Lille, conformément à l'arrêté 2017-46 en date du 28 février 2017. L'association OMEG'AGE GESTION s'est regroupée avec d'autres associations issues des caisses de retraite de l'AGIRC ARRCO, au sein du réseau associatif UNIVI, groupement paritaire à but non lucratif, depuis le 1^{er} janvier 2019. UNIVI gère 31 EHPAD, 23 résidences Autonomie et résidences Services, 5 établissements sanitaires, 19 structures pour personnes en situation de handicap. Sur le territoire parisien, OMEG'AGE gère 3 EHPAD et 2 résidences Autonomie.

Ouvert le 15 juillet 2013, l'EHPAD « Les Jardins de Belleville » dispose de 96 places en hébergement permanent et de 2 places en hébergement temporaire. La visite de conformité a eu lieu le 1^{er} juillet 2013. Il est conçu pour accueillir 13 personnes âgées atteintes de maladie de type Alzheimer. Cet établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour 39 places. Son siège est situé 30-32 rue de Chabrol à Paris.

Son budget de fonctionnement est de 2 711 995,89 € en 2021, dont :

- 451 041,85 € au titre de l'hébergement,
- 630 731,60 € au titre de la dépendance,
- et 1 630 222,44 € au titre du soin.

Le CPOM a été signé le 12 février 2020. Les objectifs généraux fixés sont les suivants :

- Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables ;
- Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes ;
- Améliorer :
 - o la prise en charge des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer
 - o l'hygiène bucco-dentaire des résidents
- Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé ;
- Maintenir la qualité et renforcer l'individuation de la prise en charge ;
- Dans le cadre du développement durable de Paris, réduire la consommation énergétique des bâtiments, utiliser des produits d'entretien éco-certifiés,

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

développer une alimentation durable, développer la végétalisation des bâtiments, renforcer la cohésion sociale et la solidarité entre territoires et générations.

A ce titre, 25 actions ont été définies pour les 6 objectifs généraux retenus. La revue des objectifs du CPOM a été transmise dans le cadre du rapport financier de l'ERRD 2021 : elle présente 7 actions réalisées sur les 25 programmées.

- Pour l'objectif 1 : Renforcer la coordination des soins et réduire les hospitalisations évitables :
 - o Action 3 : renforcer les prises en charge de la douleur et en soins palliatifs :
 - UNIVI a signé une convention avec le réseau Quiétude
 - Rencontrer systématiquement les résidents en fin de vie : 100%
 - o Action 4 : Prévention des chutes :
 - Favoriser la mise en place d'ateliers « équilibre » et/ou des ateliers « activité physique » : présence de deux kinésithérapeutes par jour ; intervention de [REDACTED] ; ateliers réactivés par la psychomotricienne.
 - Mettre en place des fiches de chutes et en faire l'analyse et mener des actions correctrices : chutes tracées dans [REDACTED] référente chutes (l'ergothérapeute).
 - o Action 5 : suivi médical des résidents et amélioration de l'alimentation des résidents :
 - Moins de 50% de résidents présentant une dénutrition sévère ou modérée : désignation d'un.e référent.e nutrition (diététicienne et MedCo).
 - Proposer, inciter, faciliter la vaccination de la grippe des personnels : campagne menée à l'égard du personnel.
- Pour l'objectif 2 : Fidéliser les personnels et stabiliser les équipes soignantes :
 - o Action 1 assurer l'adéquation entre charge de travail en soins et dépendance et effectifs présents :
 - Garantir un taux minimum d'encadrement de 0,22 ETP d'AS/AMP par résident.
 - Garantir un taux d'encadrement minimum de 0,05 ETP IDE par résident.
 - o Action 2 faciliter le recrutement des salariés :
 - Accueillir et former des apprentis AS/AMP et psychomotriciens : 2 apprentis AS accueillis depuis le 26/10/2020 et sur toute l'année 2021.
- Pour l'objectif 4 : Maintenir ou tendre vers un taux d'occupation élevé :
 - o Action 1 : occupation des places en hébergement permanent : taux réalisé à [REDACTED] en 2021.
 - o Action 2 : occupation des places en hébergement temporaire : [REDACTED]

I - CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

A/ Cadre institutionnel et gouvernance

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

Le jour de la visite, 91 résidents étaient accueillis à l'EHPAD, [REDACTED]

Le dernier GMP validé s'élevait au 25 mars 2019 [REDACTED] et le dernier PMP validé s'élevait au 11 mars 2019 [REDACTED]

Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles en dessous pour le PMP et au-dessus pour le GMP des chiffres médians régionaux susmentionnés.

En 2021, la part des résidents très dépendants était de 69,2 % (GIR 1, 2 et 3). Les 90 résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6	NC
Les Jardins de Belleville, 2021						1
Les Jardins de Belleville, 2020 ⁴	26,4%	43,7 %	13,8 %	9,2%	6,9 %	0
IDF ⁵	18%	40%	18%	17%	7%	

Au jour de la visite, les 91 résidents se répartissaient comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
Les Jardins de Belleville, 17 novembre 2022					

2. La gouvernance

La directrice de l'EHPAD « Les Jardins de Belleville » [REDACTED] est titulaire d'un diplôme du niveau requis pour exercer ses missions. Elle dispose d'une délégation de pouvoir et de responsabilité datant du 02 mai 2022 (à la prise de fonction de la nouvelle directrice réseau « Région Nord » d'UNIVI) qui lui donne une autonomie certaine dans la conception et la conduite du projet d'établissement, dans la gestion des ressources humaines, la gestion comptable et budgétaire de l'EHPAD ainsi que la coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs.

Elle peut notamment assurer l'ordonnancement de toutes les dépenses de fonctionnement dans la limite des budgets alloués. Le recrutement des équipes s'opère en lien avec la direction d'exploitation, mais elle est autonome pour les CDI et CDD des non-cadres.

La directrice n'a pas d'adjoint. L'assistante de direction en charge de l'accueil et de l'administration est principalement chargée de la gestion RH et a sous sa responsabilité les agents administratifs de l'accueil et la lingère. Elle était également la référente qualité de l'établissement, en charge du suivi du plan d'actions. [REDACTED]

[REDACTED] Une apprentie a été recrutée et assure la fonction de référente qualité.

Le médecin coordinateur (MedCo) est [REDACTED]

remplacée partiellement par un médecin traitant. Les deux médecins ont signé leur fiche de poste. La fiche de poste de la remplaçante est aménagée afin de tenir compte de ce remplacement partiel.

L'infirmier coordonnateur (IDEC) [REDACTED] encadre les infirmiers, les aides-soignants et les auxiliaires de vie. L'IDEC qui l'a précédé était restée en poste de

⁴ Source : RAMA 2021

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

⁶ Selon le registre des salariés transmis à l'équipe d'inspection, elle bénéficiait d'un CDD du 20 juin 2022 au 10 novembre 2022.

l'ouverture [REDACTED] La vacance du poste pendant un an⁷ a pu entraîner un certain manque de lisibilité dans les orientations – ce qu'a souligné une partie du personnel.

L'association réunit les directeurs des établissements du Pôle Seniors d'UNIVI tous les mois : ils abordent la question des achats, les ressources humaines, les systèmes d'information, mais aussi les ordres du jour du CVS, la démarche qualité, le suivi des taux d'occupation, et le suivi budgétaire.

3. Le projet d'établissement :

Le projet d'établissement portant sur les années 2019 à 2024 contient les rubriques attendues, dont un projet d'animation, un projet de soins et un volet de prévention de la maltraitance inclus dans le projet de soins, ainsi qu'en annexe, une charte de la bientraitance.

Il est régulièrement actualisé, notamment dans ces aspects institutionnels.

Il manque cependant l'exposé des valeurs de l'association et du groupe UNIVI, qui devraient être le socle partagé par l'ensemble des équipes. Le projet de soin est néanmoins fondé sur de solides postulats et des principes éthiques qui animent la démarche. Il est notable que la formation soit pensée comme un outil d'adaptation aux besoins des résidents ; ces postulats et principes gagneraient à être portés par l'ensemble des acteurs de l'établissement et non seulement au sein du projet de soin.

Le volet sur la prévention de la maltraitance ne recouvre pas l'ensemble des aspects du projet d'établissement. Il ne s'étend pas à la promotion de la bientraitance. Tous les personnels (soignants ou pas) devraient être partie prenante de la démarche. Cet axe central n'est cependant pas un axe prioritaire et ne se retrouve pas dans des objectifs dont la réalisation devrait se mesurer à l'aide d'indicateurs objectivables.

Le document évoque à plusieurs reprises le soignant référent du résident, mais cette fonction n'est pas définie.

Il ne mentionne pas les principes d'organisation des équipes : les cycles de travail, la stabilité sur les unités de vie ou le changement régulier d'étage. Quelle que soit l'organisation choisie, le projet d'établissement devrait mentionner le cadre choisi et les raisons de ce choix.

Les objectifs posés à la fin du projet d'établissement sont pertinents mais ne sont pas en lien avec les indicateurs mis en avant. Ainsi il est difficile de mesurer l'amélioration du service rendu, faute d'indicateurs pour mesurer notamment

- la communication entre équipe A et B
- la qualité de communication inter services
- l'efficacité, l'efficience et la généralisation des formations sur la prise en charge de la fin de vie, le deuil, l'approche snoezelen...

Les objectifs du projet d'établissement sont suivis dans le cadre d'un copil composé de la référente qualité du groupe UNIVI, de la directrice et de l'IDEC. Un premier copil s'est tenu en avril 2022, un second était prévu fin novembre. Aucun compte-rendu n'a été transmis à l'équipe d'inspection, aussi la mission ne peut attester de l'effectivité de ce suivi.

⁷ Le poste d'IDEC a été occupé sur cette période de manière partielle.

Remarque n°1 : Le rôle, la fonction, les critères de choix du professionnel référent du résident ne sont pas définis dans le projet d'établissement. Les critères qui fondent l'organisation des cycles de travail et le changement ou pas d'unité de vie ne sont pas établis dans le projet d'établissement. La notion de promotion de la bientraitance n'est pas mise en avant.

4. Le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement a été présenté au CVS en octobre 2015 et aux instances représentatives du personnel le 16 décembre 2015. Il prévoit une révision au moins tous les 5 ans. Il est présenté dans un classeur sur la borne de l'accueil. Il comprend toutes les rubriques attendues.

Il conviendrait donc d'envisager sa révision (notamment le 1.6 a., p.10, au regard des nouvelles dispositions réglementaires concernant l'évaluation externe).

Il est noté p.6 que « tous les acteurs de l'établissement sont invités à communiquer leurs suggestions dans un « registre des réclamations » disposé à l'accueil » : l'équipe d'inspection a constaté qu'il n'y en avait pas et la directrice de l'établissement a confirmé ce point.

B/ L'organisation des ressources humaines

1. L'encadrement des équipes :

L'organigramme nominatif transmis à la mission permet de visualiser les relations hiérarchiques au sein de l'établissement pour ce qui concerne le personnel encadrant.

La directrice anime un CODIR hebdomadaire qui regroupe le médecin coordonnateur, l'ergothérapeute, la psychologue, la psychomotricienne, l'animateur, l'assistante de direction, la gouvernante [REDACTED] et l'homme d'entretien. Le CODIR aborde notamment les préadmissions, les entrées, les sorties, les campagnes de vaccination des résidents, le choix des associations de bénévoles intervenant dans l'EHPAD, les conclusions du baromètre social, les recrutements, la présentation des procédures revues (préadmission, quelques EI, etc...), le retour des enquêtes de satisfaction avec les points d'amélioration à suivre ; les actions en cours sont également passées en revue (sur un mode « projet, mais le point d'avancement de ces projets est rarement noté. Un retour des réunions des directeurs du Pôle Seniors d'UNIVL est également fait lorsque cela s'avère nécessaire.

Cependant, il est regrettable qu'aucun bilan sur les EI et EIG ne soit mené en CODIR.

Les équipes sont réunies plusieurs fois :

- le staff constitué des soignants et infirmières et animé par l'IDEC, en présence du MedCo, deux fois par semaine. Cette réunion est la réunion de transmission : depuis la création, l'établissement est passé d'une réunion quotidienne (ce qui relevait d'une bonne pratique garantissant au mieux les échanges entre les équipes) à une réunion deux fois par semaine. Il n'est pas sûr que cette fréquence permette de garantir une transmission optimale des informations sur la santé et le bien-être de chaque résident.
- une réunion pluridisciplinaire par unité par semaine.

Remarque n°2 : Le staff de soignants et infirmières animé par l'IDEC ne se réunit que deux fois par semaine.

2. La situation générale des effectifs :

La présente analyse est le résultat du croisement des listes des CDI et des vacataires, du registre du personnel et des plannings fournis par la direction de l'établissement. Cependant, il est à noter que le registre du personnel contient plusieurs erreurs et incohérences : des doublons, des dates de fin de contrats antérieures aux dates de début, un agent en CDI depuis 2014 et en CDI sur une semaine en 2019... Une infirmière vue le 17 novembre par l'équipe d'inspection et censée être en CDI depuis mars 2022 est présente sur les plannings mais absente du registre du personnel.

L'effectif théorique tel que transmis par la direction est réparti comme suit sur un mois :

- ✓ 19 Aides-soignantes (AS)/Accompagnants éducatifs et sociaux (AES) ou aides Médico-psychologiques (AMP) et 12 Auxiliaires de vie⁸ :

	AS/AMP/AES				Auxiliaires de vie				Total ETP personnel soignant hors IDE
	Equipe A	Equipe B	nombre d'heures mensuelles	Total ETP AS/AES	Equipe A	Equipe B	nombre d'heures mensuelles	Total ETP AVS	
RDC Les Savies (UVP)	●	●	433,1	●	●	●	181,32	●	●
RDC La Forge	●	●	299,57	●	●	●	308,63	●	●
1er étage Le coq hardi	●	●	320,82	●	●	●		●	●
1er étage La Courtille	●	●	266,75	●	●	●	301,78	●	●
2e étage Bienvenue	●	●	269,3	●	●	●	285,57	●	●
3e étage Les Belles Lettres	●	●	139,33	●	●		147,47	●	●
4e étage Le Féérique	●	●	296,9	●				●	●
5e étage Saint- Fargeau				●	●	●	311,8	●	●
Renforts toutes unités			9	●			299,5	●	●
Nuit	●	●	793,61	●		●	129,48	●	●
Total			2828,38	●			1965,55	●	●

⁸ Selon le tableau intitulé « Tableau des ETP pourvus et non pourvus Novembre 2022 ». La mission a cependant compté 14 auxiliaires de vie sous contrat à durée indéterminée au 17 novembre 2022 (confirmé par le registre du personnel et la liste des CDI fournis par la direction).

- ✓ 0,5 ETP MedCo [REDACTED], 1 ETP IDEC, 4,85 ETP IDE, 0,8 ETP Psychologue, 0,5 ETP ergothérapeute, 0,5 psychomotricienne, ces deux derniers postes étant vacants le 17 novembre (un psychomotricien prenait son poste la semaine suivante).
- ✓ 1 ETP direction, 1 ETP Animation, 1 ETP homme d'entretien, 1 ETP Lingère.
- ✓ Un nouveau prestataire assure depuis juin 2021 le service en cuisine et en salle ainsi que le bio-nettoyage de l'établissement.

Remarque n°3 : Au regard des difficultés de recrutement en Ile-de-France, le choix par la direction de pourvoir 0,5 ETP de psychomotricien et 0,5 ETP d'ergothérapeute apparaît comme peu judicieux et moins attractif que de pourvoir un ETP de psychomotricien.

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 occupés (planning novembre 2022)	ETP déclarés à la mission (hors remplacements)	Postes vacants en ETP	Nombre d'agents CDI
Direction / Encadrement					
Directrice		●	●		●
MedCo	●	●	●	●	●
IDEC	●	●	●		●
Assistante de direction		●	●		●
Agent d'accueil		●	●		●
Homme d'entretien		●	●		●
Apprenti		●			
Sous-total	●	●	●	●	●
Personnel paramédical					
Infirmier	●	●	●		●
AS/ASG	●	●	●		●
Kinésithérapeute					
Ergothérapeute	●			●	
Pédicure-podologue					
Psychologue	●	●	●		
Psychomotricien	●	●	●	●	
Sous-total	●	●	●	●	●
Auxiliaires de vie					
Lingère	●	●	●		●
Animation			●		●
Sous-total	●	●	●	●	●
Total	●	●	●	●	●

Les plannings des IDE sont établis par la directrice. Ceux des autres soignants sont établis par les agents d'accueil.

Le glissement de tâches entre aides-soignantes et auxiliaires de vie est réel à l'examen des 6 derniers mois. Au vu du planning du mois de novembre, imprimé le 25 novembre 2022 :

- Le 22 novembre une auxiliaire de vie s'est trouvée seule sur l'UVP avec une personne intérimaire non identifiée sur le planning.
- Sur l'unité de vie La Courtille, une auxiliaire de vie s'est trouvée seule le 19 novembre. Deux auxiliaires de vie ont assuré seules la prise en charge des résidents de cette unité de vie le 2 novembre.
- Sur la Bienvenue, une auxiliaire de vie s'est trouvée seule les 13, 14 et 23 novembre ; une aide-soignante s'est trouvée seule le 16 novembre.
- Sur les Belles Lettres personne n'était présent le 10 novembre

En octobre,

- Sur la Bienvenue, une aide-soignante s'était trouvée seule sur l'unité le 15 octobre
- Sur les Belles Lettres, les 7 et le 10 octobre, personne n'était présent sur une demie journée.
- Une aide-soignante a enchaîné un jour de travail (le 30 septembre) et trois nuits début octobre.

En septembre,

- Sur Les Savies (UVP), une seule AS était présente le 15.
- Sur La Forge, les 6, 7 et 29 septembre, une seule AS était présente.
- Sur Le Coq Hardi, les 22 et 23 septembre une seule AS était présente
- Sur La Courtille, une seule personne est présente sur une demie journée les 5, 8, 17 et 18.
- Sur Saint-Fargeau, personne n'est présent le 15 septembre

En août,

- Une AS seule est présente sur La Forge.
- Sur La Courtille, une AS est présente une demie journée seule les 22, le 25 et 26 août sur La Courtille.
- Sur La Bienvenue, une AS est seule les 13 et 14.

De plus, au mois d'août, une AS a enchaîné le jour et la nuit à deux reprises : une journée et une nuit, puis une journée et 3 nuits.

En juillet,

- Sur l'UVP, une auxiliaire de vie est seule le 29, une AS est seule les 21 et 22.
- Sur La Courtille la même AS a été seule les 1^{er}, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15 et 19 juillet. Une autre AS a été seule le 20 et le 23 ; une troisième AS était seule les 24 et 25 juillet.
- Sur Le Coq Hardi, une auxiliaire de vie est seule les 7 et 27 juillet.
- Sur Saint-Fargeau, personne n'était présent les 7, 16, 17, 18, le 26 et le 31 juillet.
- pendant deux nuits, seules deux AS ont été présentes (au lieu de 3) le 2 et le 29.
- Une seule infirmière a pu être présente le 27 et le 30.

Une aide soignante a enchaîné deux nuits de travail et une journée, une autre aide-soignante a enchaîné une journée de travail et une nuit.

En juin,

- Sur l'UVP (Les Savies), un auxiliaire de vie est seul le 23 juin
- Sur La Forge, un auxiliaire de vie est seul le 2, 9, le 16, 22, 23, 29 et 30
- Sur La Courtille, une AS est seule le 8 juin
- Sur La Bienvenue, une AS est seule le 25 juin

En juin un agent n'est pas dans le registre du personnel mais est bel et bien présent sur le planning.

Les 5 et 27 juin un seul infirmier assurait la prise en charge des résidents de l'EHPAD.

A la suite de l'examen de ces 6 mois, il ressort que seules deux agents, une auxiliaire de vie et une aide-soignante travaillent régulièrement sur La Courtille et sur Bienvenue. Le deuxième agent de chaque équipe n'est que par exception le même deux jours de suite. Le fait que le travail ne soit pas assuré par des binômes stables entretient chez les résidents et leurs familles l'impression que le personnel change beaucoup.

De plus, en juillet, pendant 18 jours, une personne s'est retrouvée seule sur une unité, 10 jours en juin, 6 en août, 11 en septembre, 1 en octobre et 5 en novembre. Ces difficultés de pourvoi des postes renforcent le risque d'épuisement du personnel et donc de négligences, voire de maltraitance. Les résidents ne peuvent dans ces conditions être levés et transférés dans une pièce fraîche en cas de fortes chaleurs, par exemple.

Selon le registre du personnel, durant le mois de novembre 2022 (mais il a été noté au moins l'absence d'une IDE sur ce registre), l'EHPAD emploie 62 personnes :

- [REDACTED]

	Ancienneté > 5 ans	De 3 à 4 ans	De 1 à 2 ans	< un an
Recrutés en	2013-2017	2018 et 2019	2020 et 2021	2022
Nombre	14	8	12	8
%	33,3 %	19 %	28,6%	19 %

- [REDACTED]

A noter une anomalie : une personne est employée en CDD depuis le 1^{er} septembre 2021 sans date de fin.

Une personne en CDD depuis plusieurs années a témoigné à l'équipe d'inspection de son choix libre de travailler pour le moment à l'EHPAD dans le cadre de CDD. Elle précise que la proposition de signer un CDI lui a été faite régulièrement mais qu'elle l'a déclinée.

Suivi des personnels en poste :

Le jour de la visite, l'équipe d'inspection a rencontré 4 auxiliaires de vie au lieu des 6 qui devaient être présents ce jour-là ; 7 aides-soignantes (1 aide-soignante non prévue sur le planning remplaçait visiblement une aide-soignante absente ce jour-là).

Date	Nb d'AS et AV présents		
17/11/2022	11	●	●

Personnel infirmier du 17 novembre 2022 : Deux infirmières et une infirmière stagiaire ont été croisées par la mission sur les 3 prévues au planning. [REDACTED]

⁹ Source : Registre du personnel.

Le projet d'établissement, dans sa partie « Projet de soins », liste les agents composant les équipes. Dans le paragraphe consacré aux aides-soignants, les aides médico-psychologiques, les auxiliaires de vie, les différents métiers ne sont pas différenciés. Ainsi le métier d'aide-soignant (diplôme de niveau 4) est mis sur le même plan que le métier d'auxiliaire de vie et d'aide médico-psychologique (diplômes de niveau 3¹⁰). Cette position de principe entraîne de facto dans la réalité de réels glissements de tâches entre aides-soignants et auxiliaires de vie.

L'analyse des plannings vient renforcer cette tendance à placer dans les mêmes fonctions auxiliaires de vie et aides-soignants. De fait, globalement, lorsque deux personnes sont prévues sur une unité, ce sont soit deux aides-soignantes soit un binôme aide-soignante/auxiliaire de vie. Mais sur la Courtille, il arrive que deux auxiliaires de vie soient programmées ; dans les unités où une seule personne est programmée, sur Les belles Lettres, c'est une fois sur deux une auxiliaire de vie, et sur Saint-Fargeau, c'est toujours une auxiliaire de vie.

720 heures d'infirmiers ont été planifiées au mois de novembre 2022, soit 4,75 ETP d'IDE. Ainsi, 2,4 ETP de présence par jour en moyenne ont été programmés sur le mois de novembre. Ce taux oscille entre 2,16 ETP et 2,44 ETP entre juin et novembre 2022. La DRESS recommande une infirmière pour 20 résidents. Or, au vu du nombre d'IDE programmé, un IDE est disponible pour 40 résidents, si l'IDEC n'est pas pris en compte ; un IDE pour 28 résidents si l'IDEC est pris en compte, ce qui reste encore élevé. Le CPOM fixe comme objectif un taux d'encadrement d'IDE de 0,05 ETP d'IDE. Le taux constaté est de 0,03. Il était de 0,02 en juillet.

Plus globalement, le taux d'encadrement moyen du personnel soignant (IDE, AS, ASD, AMP, Auxiliaires de vie, AES) est de 0,4 par résident. Pour rappel, le taux d'encadrement moyen selon la DREES en 2020 était de 0,63. Ainsi le taux d'encadrement constaté sur Les Jardins de Belleville apparaît en deçà de la moyenne des EHPAD. La DREES préconise un taux moyen de soignants stricto sensu de 0,32 : le taux constaté sur l'EHPAD Les Jardins de Belleville est inférieur, car il s'élève à 0,26.

Le nombre d'ETP d'AS reste encore très juste (au regard du GMP ████████, il devrait être à 22,16, or en novembre il n'était que de 18,65).

Pour résumer, sur la base des derniers GMP et PMP validés, il apparaît qu'au regard du profil des résidents, les effectifs infirmiers restent insuffisants.

Enfin, le 17 novembre comme le 25 novembre, le planning du mois de décembre n'était pas finalisé. Il n'a pas été communiqué à la mission.

Ecart n°1 : Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : aides-soignants et aides Médico-Psychologiques. De ce fait, les auxiliaires de vie ne sont pas habilités à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.

Remarque n°4 : Les taux d'encadrement sont inférieurs aux objectifs posés dans le CPOM, tout particulièrement concernant les IDE.

Remarque n°5 : Des agents ont enchaîné travail de nuit et travail de jour, ce qui augmente le risque d'épuisement.

¹⁰ Le diplôme d'AMP a été remplacé depuis 2016 par le diplôme d'AES.

3. Organisation des modalités de travail :

Aucune procédure de gestion des absences n'a été formalisée. L'assistante de direction arrive à 8 heures et fait le tour pour vérifier les absences. [REDACTED] le taux d'absentéisme est acceptable et les absences de dernière minute sont de plus en plus rares.

Sur la journée du 17 novembre 2022, sur les 27 personnes présentes, 4 personnes n'ont pas été vues par l'équipe de direction : 2 auxiliaires de vie, une aide-soignante et une IDE intérimaire. Selon les données ANAP 2021, le taux d'absentéisme [REDACTED] est particulièrement élevé : les trois principaux motifs sont les accidents du travail, les maladies de moyenne durée, puis les congés spéciaux hors congés payés. Selon la même source, [REDACTED] (10 entrées et 13 sorties en 2021 sur 62 agents).

Aucun principe de roulement entre les différentes unités n'est posé, mais selon les difficultés des unités, le nombre de personnel et la qualification des personnels varient.

L'organisation du travail affiche clairement que certains personnels sont seuls sur les étages supérieurs la journée.

Ainsi les transmissions quotidiennes ne reposent que sur deux points : la bonne volonté des agents à transmettre à la contre-équipe ce qui s'est passé dans la journée, et les transmissions écrites. Dans les fiches heurées, la transmission se fait en début et en fin de service pour les AS de nuit : 5 mn en début de service sont réservées aux transmissions écrites et orales ; en fin de service, seules les transmissions écrites sont évoquées. Il apparaît donc que trop peu de temps est consacré aux transmissions écrites comme orales, ce qui induit un grand risque de déperditions d'information entre les équipes et avec les intervenants extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes, etc...). Afin de sécuriser ces transmissions, il conviendrait de s'interroger sur l'opportunité d'imprimer des transmissions le matin pour faciliter la lecture de celles-ci par les soignants prenant leur poste.

A ces transmissions s'ajoute une transmission de 15 minutes, en fin de matinée entre les AS et l'IDE.

Cependant quatre horaires différents en journée permettent de garantir la continuité du service : 7h-19h, 7h30-19h30, 8h10-20h10, 9h15-21h15. Le personnel de nuit, lui, travaille selon deux amplitudes : 20h-6h00 et 21h10-7h10.

Un document par unité de programmation des toilettes des résidents est établi et affiché dans certains postes de soin. De façon générale : 40 mn avant le petit déjeuner et 2h15 après le petit déjeuner sont dévolus aux toilettes. Ainsi selon le nombre de résidents par unité, le temps dévolu aux toilettes le matin est en moyenne de 20 minutes.

Dans un poste de soins, l'équipe d'inspection a constaté que la répartition des toilettes entre deux agents (une AS et une auxiliaire de vie) était affichée : le document portait la date du 9 novembre 2022 : l'aide-soignante était chargée de 8 toilettes, l'auxiliaire de vie de 6 toilettes, et toutes les deux de deux toilettes supplémentaires en binôme. L'aide-soignante commençait à 7h30, l'auxiliaire de vie à 8h10 : ceci corrobore le fait que les toilettes sont faites en moyenne en 20 minutes.

Un autre type de document est affiché dans les postes de soins : la liste et la tranche horaire des changes programmés par résident : la taille, et le type de protection sont précisément définis et intitulé « dotation journalière » :

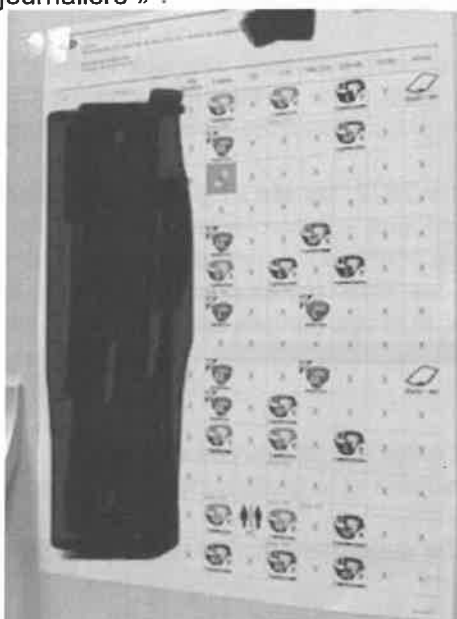


Figure 1 : programmation des changes affichée dans un poste de soins

Ainsi l'organisation des changes est programmée pour chaque résident en fonction de sa dépendance et de son incontinence.

Afin d'assurer la continuité, les équipes des rez-de-chaussée et du 1^{er} s'organisent ensemble, celles des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e également, pour éventuellement procéder aux toilettes en binôme pour les résidents le nécessitant (sur indication de l'IDE ou de l'IDEC).

Dans les fiches heurées, apparaît une spécificité pour les auxiliaires de vie plus positionnées dans l'entretien des chambres et l'aide au service que l'aide directe au résident (toilettes et repas). Cependant ils aident aux changes. La formulation entretient un certain flou.

Remarque n°6 : L'organisation du travail ne garantit pas des temps de transmissions suffisants.

4. Les recrutements :

Pour tous les types de recrutement, la directrice procède aux entretiens. Un deuxième entretien avec le siège est organisé pour les candidats retenus pour les postes d'IDEC et de MedCo. Pour les cadres, le siège signe les contrats de travail. Pour les non cadres, la directrice est autonome.

Pour les remplacements, l'établissement possède un fichier des remplaçants ayant déjà travaillé sur l'EHPAD. Deux modes de remplacement sont utilisés : prioritairement des CDD, et occasionnellement l'intérim pour les aides-soignants, plus souvent l'intérim pour les infirmiers. Le premier jour, c'est l'IDEC qui prend en charge le nouveau. L'IDEC est garant du pool des aides-soignants et auxiliaires de vie. Pour le pool des IDE, l'IDEC travaille en concertation avec la directrice.

Deux livrets d'accueil sont remis aux nouveaux salariés : il s'agit du livret d'accueil du groupe et un livret d'accueil de l'EHPAD Les Jardins de Belleville. Le projet d'établissement mentionne l'existence d'un référent tuteur aide-soignant en charge de former les agents sur le tutorat et d'encadrer les élèves aides-soignants (p.38), sans que la mission n'ait pu mesurer l'effectivité de ce tutorat.

Pour les vacataires, une fiche décrivant l'accueil de l'intérimaire est à disposition dans un classeur situé dans un poste de soins.

5. La formation :

Le plan de développement des compétences du groupe UNIVI est diversifié. Il comprend des formations réglementaires (AGFSU et SSI notamment), mais aussi des formations sur les gestes techniques liés aux soins, l'hygiène, les relations résidents/patients/famille, la bientraitance, la prise en compte de la douleur ou encore la prévention des chutes, des escarres, la prise en charge de la nutrition.

Cependant, au regard des attestations de formation transmises, si les formations incendie sont régulières, seuls 7 agents ont suivi des formations AGFSU sur les deux dernières années alors que 22 agents étaient programmés en 2021 et 11 en 2022.

Pour ce qui est des autres formations, 24 agents ont suivi une formation sur les 2 dernières années (soit un peu plus de la moitié des personnes employées en CDI) : 15 d'entre eux ont suivi une formation sur l'hygiène bucco-dentaire (9 AS et 6 auxiliaires de vie) ; 3 sur la communication avec la personne âgée (formation avec simulateur de vieillissement), 1 sur l'accueil physique et téléphonique, 1 sur la relation usager, 4 sur la bientraitance dans les soins d'hygiène.

Des agents reçus par l'équipe d'inspection ont cependant évoqué une formation sur les événements indésirables qui se serait tenue à l'automne 2022. Il pourrait s'agir d'une information sur le protocole qui a été actualisé début juillet 2022. Cependant ce point n'est pas évoqué dans les comptes rendus du CODIR transmis à l'équipe d'inspection.

A ce plan de développement des compétences, s'ajoutent des sensibilisations régulières, évoquées dans le projet d'établissement. Aucune attestation ni compte rendu n'ont été transmis sur ce point. Du fait de la vacance des postes d'ergothérapeute et de psychomotricien, ainsi que l'absence du MedCo, celles-ci n'ont pas eu lieu en 2021 et 2022 puisque selon le projet d'établissement :

- l'ergothérapeute est en charge des sensibilisations sur les déficits sensoriels, manutention, prise en charge des chutes... ;
- le médecin coordonnateur sensibilise à la prise en charge de la douleur, l'hydratation, la grippe, les soins d'urgence... ;
- la psychomotricienne se charge de sensibiliser à la balnéothérapie ;
- une infirmière sensibilise aux transmissions ciblées...

Toujours dans le projet d'établissement, la psychologue travaille sur des études de cas avec les aides-soignantes. La directrice a évoqué des groupes de paroles animés par la psychologue, mais le personnel rencontré n'a pas mentionné l'existence actuelle de tels dispositifs.

Des formations sur la dénutrition ont été envisagées en 2021¹¹, avec participation du cuisinier et de la gouvernante, mais elles n'ont pas eu lieu. Le plan de développement de compétences 2022 ne prévoyait, lui, que 2 personnes à former.

L'analyse des pratiques professionnelles, animée par une personne extérieure à l'établissement, n'est plus mise en œuvre. [REDACTED] ce dispositif a été abandonné en 2018 faute de candidats.

Plus généralement, le plan de développement des compétences ne paraît pas être construit en lien avec les besoins repérés et l'analyse des EI et EIG de l'établissement. Ainsi au regard des observations conduites par l'équipe d'inspection, quelques thèmes sont insuffisamment abordés : les premiers secours, la dénutrition, la formation au matériel de levage, ainsi que la posture bienveillante du personnel.

Remarque n°7 : L'analyse des pratiques professionnelles animée par une personne extérieure à l'établissement n'est plus mise en œuvre depuis 2018.

Remarque n°8 : Le plan de développement ne garantit pas le renouvellement des attestations AFGSU du personnel tous les 4 ans.

Remarque n°9 : Compte tenu de la découverte inopinée par les proches, par 2 fois, de fractures des jambes des résidents, il apparaît que les formations à l'utilisation des lève-malades et autres appareils de manutention utilisés dans l'EHPAD sont insuffisantes.

Remarque n°10 : Compte tenu du nombre considérable de résidents à risque de dénutrition (voir p.56 du présent rapport), les formations sur la nutrition des personnes âgées sont insuffisantes.

6. Les dossiers du personnel :

Les dossiers des agents consultés ont montré qu'ils contenaient les éléments attendus.

La fiche de poste et la fiche de tâches heurées sont datées et signées par l'agent.

Les dossiers consultés attestent de l'existence d'entretiens d'évaluation qui ont lieu tous les deux ans et sont couplés avec les entretiens professionnels, ainsi que de l'existence d'un bilan du parcours professionnel à 6 ans, conformément à la loi 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale. C'est l'IDEC qui mène ces entretiens pour les AS et les auxiliaires de vie.

Dans le dossier d'un agent, figure également une note du DRH du groupe rappelant à chacun l'obligation de signaler tout cumul d'emploi et l'interdiction d'intervenir auprès des résidents en dehors des horaires de travail datant de juin 2019.

7. Le climat social

Le baromètre social 2021 avait souligné que le confinement des résidents avait impacté la qualité de prise en charge et la qualité de vie au travail : l'ambiance au travail, le management directif, le manque de solidarité étaient notamment mis en exergue.

¹¹ Source : réunion CODIR du 3 juin 2021.

La directrice souligne que depuis l'arrivée du nouvel IDEC en juin 2022, le climat est plus serein. Elle rencontre les équipes une fois tous les deux mois, elle se montre disponible et reste à l'écoute. Elle procède également à des visites la nuit. La difficulté principale réside dans le fait que les IDE sont pour beaucoup vacataires et intérimaires.

De plus, le climat est plus serein car les plannings sont établis pour faire en sorte qu'une infirmière titulaire soit toujours en support d'une infirmière intérimaire.

Les dires de la directrice sont corroborés par le personnel rencontré. Il a pour la plupart fait montre d'une réelle motivation, d'un désir de bien faire, et d'un vrai partage de valeurs.

II – LES LOCAUX

La visite est marquée par le silence régnant dans la plupart des locaux de l'établissement, que ce soit le 17 novembre jusqu'à 11h ou le 25 novembre matin, alors même que c'était le temps des toilettes.

La directrice et l'IDEC étaient absents au moment de l'arrivée de l'équipe d'inspection. L'IDEC est arrivé à 10h30, avec les membres de la direction d'UNIVI (médecin responsable de la coordination des soins et des politiques de soins et référent qualité) ; la directrice a rejoint l'établissement en fin de matinée.

A/ Les locaux hors soins

L'établissement est situé au pied de la station de métro Télégraphe. Le bâtiment comprend 8 niveaux : un sous-sol, un rez-de-jardin, un rez-de-chaussée, et 5 étages.

Dans le hall d'accueil, l'ensemble des obligations d'affichage est respecté. Un défibrillateur est bien visible. La signalétique est lisible. Un panneau de repérage est installé à côté de chaque ascenseur.

Le sous-sol comporte un parking, des locaux techniques (dont le local du groupe électrogène), et la lingerie. La plupart des locaux n'est pas fermée à clé : les divers locaux techniques sont accessibles, notamment le local abritant le groupe électrogène et la chaufferie. Le local de rangement est, lui, fermé à clé.

L'équipe d'inspection a repéré une infiltration d'eau :



Figure 2 : sous sol, infiltration ou fuite d'eau

Au rez-de-jardin est situé l'unité de vie protégée (les Savies) comportant 13 chambres, une salle à manger, un salon appelé jardin d'hiver dans le projet d'établissement (p.10) mais guère investi, et un jardin dont l'accès est sécurisé. Cette unité a été pensée comme une maison. De ce fait, le choix a été fait de laisser l'office (la cuisine) ouverte sur la salle à manger. Cependant, ce choix nécessite une surveillance accrue. Le jour de la visite, le four à micro-onde était resté ouvert, et personne n'était à proximité.



Figure 3 : la cuisine des Savies



Figure 4 : Les Savies : le salon ou jardin d'hiver

Au rez-de-chaussée toujours, se trouvent également une salle permettant d'entreposer le matériel d'ergothérapie (et non une salle d'ergothérapie comme mentionné dans le projet d'établissement) et une salle Snoezelen aménagée.

La salle d'ergothérapie est identifiée dans le règlement de fonctionnement (p.28) comme étant un local à utiliser pour le confinement pour les résidents de l'UVP : ceci est inapproprié au regard de l'usage de cette salle à ce jour.

Dans l'autre partie du bâtiment, sont aménagées les cuisines, des vestiaires, les locaux de déchets (DASRI et ordures ménagères) et le bureau de la gouvernante et du chef cuisinier.

Les cuisines sont bien tenues. La DDPP a procédé à une inspection le 07 juillet 2022, qui a conclu que le fonctionnement de la cuisine était assuré dans des conditions globalement satisfaisantes. Quelques travaux et investissements restent à réaliser : réfection des peintures des portes abîmées, remplacement des armoires froides, réfection des meubles de rangement.

Au rez-de-chaussée, se trouvent l'accueil, les bureaux de la directrice, de l'assistante de direction et de l'animateur, le salon de coiffure encombré de deux photocopieuses,



Figure 5 : le salon de coiffure

une grande salle appelée « la place des fêtes », où est organisée la plupart des animations et un petit salon décoré façon bistrot.



Figure 6 : l'espace « bistrot »

Toujours au rez-de-chaussée, se trouvent une unité de vie de 17 chambres (La Forge), une salle à manger et un poste de soins. L'équipe d'inspection a relevé un acte non validé sur une tablette murale dans une chambre, alors que ce système de traçage peut apparaître facile et accessible :



Figure 7 : tablette murale dans une chambre

Dans le couloir, sont affichés les menus de la semaine et les animations.

Dans chaque salle à manger, un tableau d'affichage pour le menu du jour est prévu : il est vierge à tous les étages. Ceci est d'autant plus regrettable que les résidents déplorent les fréquents changements de menus.



Figure 8 : salle à manger au 1^{er} étage

Le 1^{er} étage comporte deux unités de vie : La Courtille de 15 chambres, Le Coq Hardi de 9 chambres. Chacune a une salle à manger et un poste de soins. A cela s'ajoutent une salle de balnéothérapie, une salle de kinésithérapie, et le pôle médical.

La salle de kinésithérapie est lumineuse et animée : elle est utilisée tous les jours par les 4 kinésithérapeutes qui interviennent au sein de l'EHPAD.



Figure 9 : salle de kinésithérapie

La salle de balnéothérapie ne semble pas utilisée, en l'absence de psychomotricien.



Figure 10 : salle de balnéothérapie

Le mauvais usage d'une tablette murale a été relevé, lors de la visite du 25 novembre :



Figure 11 : tablette murale dans une chambre. 1^{er} étage

Le 2^{ème} étage comporte 16 chambres (dont une chambre double) avec deux postes de soins et une salle à manger (pour les résidents du 2^e et du 3^e étage). L'étage ouvre sur une terrasse aménagée.



Figure 12 : La terrasse sécurisée au 2^e étage

Le 3^e étage compte 10 chambres, un salon bibliothèque et un poste de soins. Le salon bibliothèque est aménagé pour maintenir une ambiance chaleureuse : meublée dans un style « vintage », elle incite à l'intimité et l'échange en petit groupe.



Figure 13 : Le salon bibliothèque. 3^e étage

L'équipe d'inspection n'a rencontré personne au 3^e étage lors de sa visite du 17 novembre.

Le 4^e étage compte 9 chambres, une salle à manger (pour les résidents du 4^e et du 5^e étage). L'équipe d'inspection n'a rencontré personne les 17 et le 25 novembre.

Le 5^e étage comporte 8 chambres et un salon. Dans la chambre d'un résident, l'équipe d'inspection a constaté qu'un meuble sous le lavabo était abîmé :

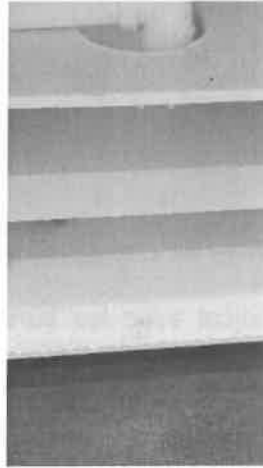


Figure 14 : une chambre du 5^e étage

Chaque étage a au moins d'un poste de soins, un local de linge propre, un local de linge sale (sauf le 3^e étage) ainsi qu'un local ménage avec vidoir.

La tenue des registres

Le registre des entrées et des sorties est situé dans un local sécurisé, qui nécessite la détention d'un badge et d'une clé. Cependant, seule la directrice détient la clé de ce local. Ce qui questionne sur sa consultation par les autorités en cas d'absence de la directrice.

Les sorties de 2 résidents, l'une le 11 novembre, l'autre le 16 novembre, étaient enregistrées sur la liste transmise à l'équipe d'inspection le 17 novembre, mais n'étaient pas enregistrées dans le registre des entrées et sorties. Elles n'étaient pas non plus enregistrées dans [REDACTED] (liste des résidents extraite de [REDACTED] transmise à l'équipe d'inspection par mail).

B/ Les locaux de soins

Au rez-de-chaussée, le poste de soins est maintenu ouvert et une paire de ciseaux est à portée. Dans ce poste de soin, la programmation des changes des toilettes est affichée au mur : elle est, du fait de l'ouverture du poste, consultable par tous.



Figure 15 : poste de soin du rez-de-chaussée

Au 1^{er} étage, la porte du pôle médical avec les bureaux de l'IDEC, du MedCo, de la psychologue et de l'infirmière, et la pharmacie n'était pas fermé à clé alors qu'il n'y a personne dedans. La porte du poste de soins est également maintenue ouverte.



Figure 16 : poste de soin du 1^{er} étage

Le suivi du rangement du poste de soins IDE n'a pas été fait depuis juillet 2021.



Figure 17 : poste de soins IDE

Le poste de soins du 3^e étage le 25 novembre, n'était pas non plus, fermé et la porte n'était pas propre :

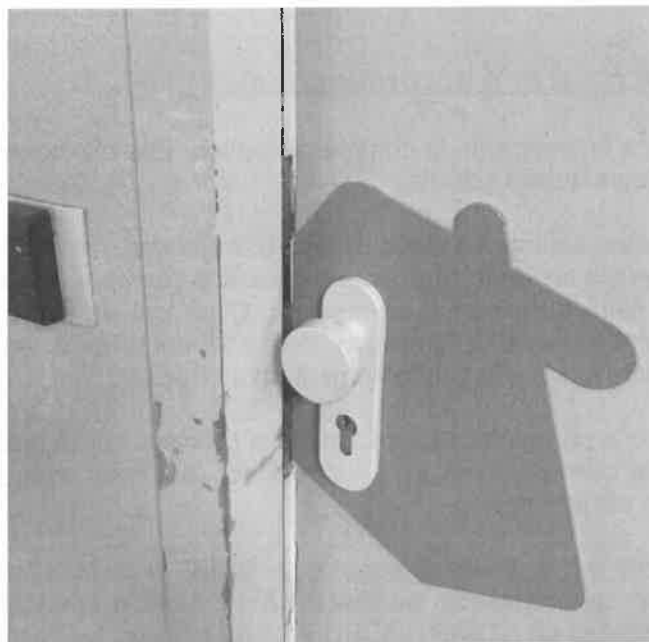


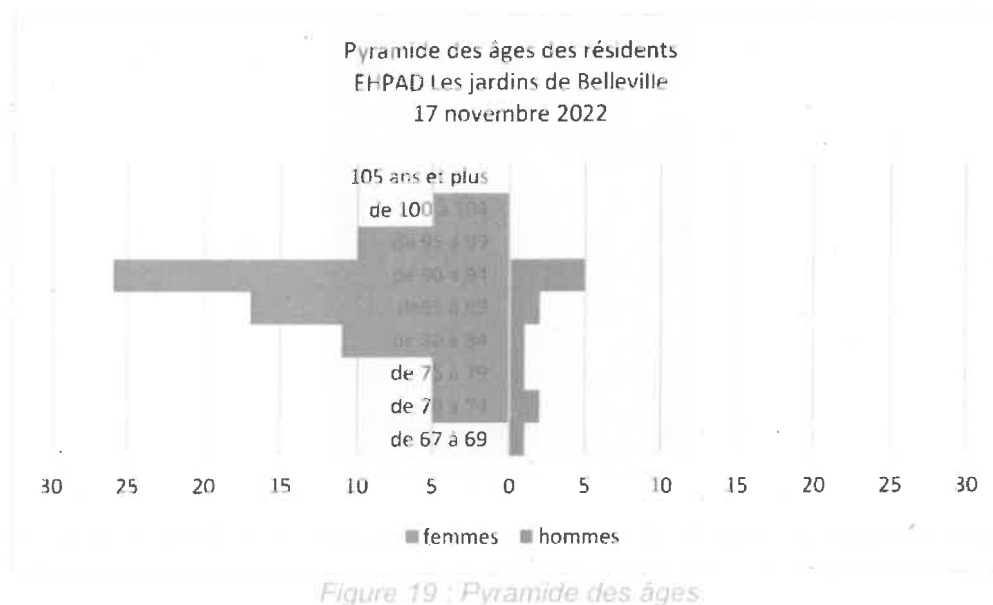
Figure 18 : Porte d'entrée du poste de soins du 3^e étage

III- LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES RESIDENTS

A/ Profil des résidents accueillis

Sur les 91 résidents accueillis au 17 novembre 2022, 86,8% étaient des femmes.

La moyenne d'âge était de 87 ans et 10 mois. La plus âgée avait 104 ans, le plus jeune 67 ans. 39 résidents (soit 42,8% des résidents) avaient moins de 88 ans. 50 résidents bénéficiaient d'une protection juridique ou d'une habilitation familiale.



B/ Modalités d'accueil et d'accompagnement :

C'est la directrice qui a la charge de la commercialisation. Elle n'évoque pas avec précision sa stratégie et les acteurs qu'elle sollicite.

Un protocole d'admission est mis en place. Dans 90% des cas, l'admission se travaille avec la famille mais pas avec le résident. Une visite préalable à l'admission est systématique : elle est organisée sur le lieu de résidence du résident. C'est lors de cette visite que l'EHPAD s'assure que le résident consent à l'admission. Il est souvent proposé de commencer par un hébergement temporaire lorsque le consentement paraît fragile.

L'équipe d'inspection n'a pu obtenir des informations précises sur la garantie que se donne l'EHPAD pour avoir le consentement du futur résident (entretien avec lui seul, hors de la présence de la famille par exemple).

L'admission est décidée par la directrice sur avis de l'IDEC et du MedCo (cela fait partie des missions du médecin qui remplace partiellement le MedCo [redacted]). Les admissions sont examinées en CODIR. L'IDEC informe par mail les membres du CODIR de l'admission et chacun se présente au nouveau résident (gouvernante, IDEC, animateur, psychologue...).

C'est la gouvernante qui procède désormais à l'état des lieux d'entrée.

Les projets de vie sont, selon le projet d'établissement, établis en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, IDEC, IDE, AS ou AMP référente, animateur, psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute et ASH). Une fois formalisé, le projet est présenté au résident, transmis à la personne de confiance et sa famille. Cette réunion est planifiée sur la fiche de tâche que l'équipe d'inspection a pu consulter dans des dossiers d'agent (aides-soignantes).

Sur 93 résidents, 54 PVI ont été actualisées en 2022, 24 en 2021, 5 en 2020, 3 en 2019, 3 en 2018, 1 en 2016 et 1 en 2013. 6 PVI sont à initier, ce sont ceux de résidents entrés en octobre 2022. Ainsi 84% des PVI ont pu être réactualisés au cours des deux dernières années.

Ecart n°2 : Le résident et/ou sa famille ne participent pas activement à l'élaboration du projet de vie.

Chaque résident a un référent, et celui-ci peut changer si l'aide-soignant concerné vient à changer d'étage. L'avis des agents est pris en compte dans le changement de référent (afin de garantir un lien de confiance entre résident et soignant).

Les dossiers administratifs des résidents :

Les dossiers des résidents sont entreposés dans un placard du bureau de l'assistante de direction. Certains sont suspendus, d'autres empilés en bas du placard, et d'autres ne se trouvaient pas dans le placard. Tous les dossiers consultés contiennent des contrats de séjour et des règlements de fonctionnement signés. Certains comprennent la charte des droits et libertés, la fiche de renseignement concernant la personne de confiance désignée par le résident, l'annexe au contrat de séjour concernant la liberté d'aller et venir.

Un dossier contenait un document médical. Trois dossiers ne contenaient pas la pièce d'identité du résident. La majorité des dossiers administratifs consultés ne contenait aucune mention d'une personne de confiance, ni du proche référent. Aucun dossier ne comprenait les directives anticipées ni l'état des lieux d'entrée.

Remarque n°11 : Les dossiers ne sont pas rangés au même endroit et ne sont pas structurés en sous-dossiers. Des pièces obligatoires sont manquantes : pièce d'identité, mention du médecin traitant, personne de confiance, directives anticipées, état des lieux d'entrée...

C/ Conditions d'hébergement, prestations hôtelières :

1. Propreté et sécurité des locaux

Les locaux sont globalement bien entretenus. L'équipe d'inspection a relevé deux points à améliorer :

- Les meubles de la Salle Snoezelen ne sont pas très propres.
- Les murs de l'unité Savies ne sont pas nettoyés.



Figure 20 : meuble dans la salle Snoezelen

L'entretien de la résidence est assuré par un nouveau prestataire [REDACTED]. Cependant, la gouvernante travaille sur l'EHPAD [REDACTED]. Sa fiche de poste a été

31/70

définie entre le premier prestataire et l'organisme gestionnaire de l'EHPAD [REDACTED]. Depuis, le prestataire a revu sa fiche de poste mais sans lien avec la directrice de l'établissement et/ou le groupe UNIVI. Elle travaille du lundi au vendredi et peut se rendre en soirée ou le week-end dans la résidence afin de mener des contrôles inopinés. Certains de ces contrôles sont menés de concert avec la directrice.

La directrice et la gouvernante procèdent de plus à des contrôles réguliers : tous les mois, elles ciblent trois chambres et un couloir au hasard et passent en revue l'ensemble des points de contrôle. Cependant les contrôles effectués par le prestataire mentionnent une odeur forte dans certaines chambres : les aides-soignants devraient être plus vigilants sur le contrôle des linges entreposés dans les placards.

La gouvernante construit les plannings sur 3 mois. La gouvernante est responsable de 13 ASH en CDI sur un cycle de 10h et deux vacataires non diplômées mais qui travaillent depuis longtemps sur le site. Cette équipe est stable et strictement dotée¹². A chaque étage, une ASH (toujours la même) se charge de la gestion de la propreté de l'étage et de la salle à manger. En revanche, sur l'UVP, seules les aides-soignantes se chargent de la gestion des repas et de la propreté des salles à manger. Or, les murs ne sont pas propres, les miettes restent sur le canapé : cette absence de prise en compte de l'UVP dans la charge de travail du prestataire a des conséquences directes sur cette unité.

La responsable fait le tour de l'établissement chaque matin et fait le point avec l'IDEC en cas d'absence d'une aide-soignante. Elle anime une petite réunion quotidienne avec les ASH à 13h30 pour faire le point sur les aspects importants et les éventuelles difficultés soulevées par le comportement de certains résidents, les résidents restés dans leur chambre et qui ne devraient pas l'être. Elle fait remonter à la cuisine ou à la direction les remarques, et obtient en général tout le matériel qu'elle demande.

Elle n'assure pas d'astreinte mais reste disponible 24h/24 pour son équipe ; lorsqu'elle est en vacances, personne ne la remplace sur ses missions.

La sécurité

Les portes d'entrée ne s'ouvrent que sur action de l'agent d'accueil, ce qui permet de sécuriser l'accès. Cependant le système de sas doit être revu car les deux portes le jour de l'inspection s'ouvriraient ensemble. Il est notable que le CVS souligne depuis plusieurs mois l'absence de sécurité du mode de fermeture.

Par ailleurs, le week-end, personne n'est présent à l'accueil entre 13 et 14h. Si quelqu'un a besoin d'entrer, il doit attendre 14h.

A l'exception des chambres, toutes les portes s'ouvrent à l'aide d'un badge. Les habilitations sont définies en fonction des missions de chacun : l'équipe d'inspection a pu constater que le badge IDE ne permettait pas par exemple d'accéder aux bureaux administratifs (bureau de l'animateur, et de l'assistant de direction où sont classés les dossiers administratifs des résidents et des personnels).

Les appels malades :

Lors de sa visite aux Savies, une chambre était vide et inhabitée, la porte était ouverte. Une résidente déambulait dans le couloir. Les membres de l'équipe d'inspection sont entrés dans la chambre et ont relevé l'absence d'appel malade dans la chambre, mais la présence d'un cordon d'appel malade dans la salle de bain. Personne n'a jamais répondu à l'appel alors

¹² Pour pouvoir assurer le service sur 10 h, il faut 2,31 ETP pour un poste. Aussi pour travailler sur 6 niveau, il faudrait 13,86 ETP.

que la personne qui déambulait dans le couloir aurait pu rentrer dans la chambre, puis la salle de bain, et glisser compte-tenu de la présence d'eau stagnante dans la salle de bain :



Figure 21 : Chambre ouverte dans l'unité « Les Savies »

L'appel a pourtant bien été enregistré par le système, et les membres de la mission d'inspection n'avaient encore croisé aucun agent de l'unité :



Figure 22 : tablette murale dans une chambre

Cet appel figure d'ailleurs dans le relevé des appels transmis à la mission le 23 novembre 2022 : heure d'appel 9h13 ; heure d'acquittement 10h20.

Au 3^e étage, l'équipe d'inspection rencontre un résident qui a visiblement besoin d'aide : l'équipe d'inspection déclenche l'appel malade à 9h. Après 8 mn d'attente, personne ne s'est présenté. Un balai brosse est posé près du lavabo, le robinet est souillé, la chaise de douche est également sale, le résident ne porte pas de chaussons et ses lunettes de vue sont sales.

De manière plus globale, le journal des appels malades transmis par la direction mentionne :

- Pour le mois d'août 2022, 431 assistances et un temps moyen d'attente de 2h43.
- Pour le mois d'octobre 2022, 362 assistances et un temps d'attente moyen d'1h20.

- Entre le 1 et le 17 novembre, 214 assistances avec un le temps moyen d'attente de 1h47.

Ces chiffres illustrent d'eux-mêmes le mauvais usage de ces appels par le personnel, ce qui peut donner aux résidents le sentiment que leurs sollicitations ne sont pas prises en compte.

La gestion des appels malades apparaît donc problématique, alors même que le compte-rendu de la réunion du CVS du 7 juillet 2022 énonce que les appels malades fonctionnent. La réunion des directeurs de Pôle en début d'année 2021 avait évoqué le lancement d'un groupe de travail¹³. Le CODIR du 28 avril 2022 évoque un nouveau protocole de gestion des appels malades qu'il convient de communiquer au personnel concerné. Cependant, l'équipe d'inspection a constaté l'insuffisance des mesures prises.

Ecart n°3 : Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.

2. Les chambres et les espaces de convivialité

Les chambres sont propres et meublées sobrement. Les résidents peuvent y apporter des éléments personnels (notamment à accrocher aux murs grâce aux tringles de suspension), mais il faut tenir compte de la dimension des chambres.



Figure 23 : une chambre

Les espaces collectifs ont été aménagés avec soin : l'espace bistrot pour les rencontres familles, une bibliothèque, un salon, les salles à manger sont aménagés comme à la maison. L'UVP est elle aussi pensée comme un espace chaleureux et accueillant.

Une préoccupation est partagée par les résidents et l'équipe en charge de l'entretien de l'EHPAD : l'absence d'espace fumeur. L'équipe d'inspection a pu constater qu'une résidente fumait : elle se met pour cela près d'une fenêtre ou porte-fenêtre dans la salle dite « Place des fêtes » mais la fumée entre à l'intérieur et l'odeur se diffuse sur le rez-de-chaussée. Ce point a été soulevé en CODIR mais n'a pas abouti depuis plus d'un an et demi.

Ecart n°4 : L'absence d'espace fumeur n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.

3. Les animations

¹³ Source : compte rendu de réunion du CODIR de l'EHPAD en date du 08 février 2022

L'animateur occupe ce poste depuis le 8 juin 2015. Il a une vision claire de ses missions. Il développe des activités au sein de la résidence et à l'extérieur, il est attaché à développer le bénévolat et des partenariats. Les résidents qui participent aux animations sont choisis avec la psychologue et, lorsqu'il y en a un, avec le psychomotricien.

Le jour de la visite, un jeudi, le matin un atelier dessin était organisé ; l'après-midi, deux ateliers danse d'une durée de 45 mn ont eu lieu, dans le cadre du Projet « [REDACTED] » : animation sur 12 semaines de 14h à 17h, pour 3 groupes de 12 personnes (résidents et salariés)¹⁴.

Le projet d'établissement mentionne les animations régulières : sur la base d'un programme hebdomadaire, une revue de presse est proposée deux fois par semaine le matin, et une animation à 15h les jours de semaine. Les soignants sont en charge de l'animation le week-end. Les animations proposées sont listées : revue de presse, atelier du journal de la résidence, atelier contes, café philo, atelier d'art créatif, atelier origami, jeux de mots et mémoire, club cinéma, vidéo musicale sur internet, papotage, anniversaires du mois, thé dansant, loto du mois, conférence sur les régions de France, atelier poésie, ainsi que des sorties au marché, et des sorties culturelles. Le 29 novembre, devait ainsi avoir lieu une sortie au musée Picasso.

L'étude du programme d'animation sur 14 semaines montre que celui-ci est fidèle au projet d'établissement. Les animations proposées sont variées (pas moins de 22 animations différentes). Quatre animations par semaine sont proposées aux résidents de l'UVP (papotages, ateliers contes, poésie et musical, parfois des jeux de mots et de mémoire ou de l'écoute musicale). Le samedi et le dimanche après-midi, le cinéma est souvent proposé. Cependant, les animations du week-end se diversifient grâce à l'implication de 9 aides-soignantes avec des propositions d'animations l'après-midi soit au salon du 3^e étage, soit dans les salles à manger des étages. De plus, l'animateur travaille un week-end par mois (avec récupération des jours travaillés dans la semaine) afin d'assurer cette diversité.

En outre, le psychomotricien, l'ergothérapeute et/ou un kinésithérapeute pouvaient proposer des ateliers en lien avec les animations proposées, ce qui relève d'une bonne pratique.

Malgré cela, l'équipe d'inspection constate qu'à 11h, deux résidents sont dans la salle à manger, seuls, alors que dans la fiche horaire des aides-soignants et des auxiliaires de vie, il est mentionné qu'entre 11h et 12h, ces derniers sont chargés d'animations auprès de résidents.



Figure 24 : salle à manger, 11h

¹⁴ Source : CODIR du 04 août 2022.

12 aides-soignants ont suivi une formation à l'animation, mais il y a eu de nombreux départs. L'animateur se charge souvent d'aller chercher les résidents dans leur chambre. 20 à 30 résidents participent aux animations. Ce sont cependant pour 75% d'entre eux toujours les mêmes.

L'EHPAD a signé une convention avec la Fondation [REDACTED] pour que des bénévoles puissent intervenir auprès des résidents. En équipe pluri-professionnelle, les résidents qui ont peu de visites, ou qui viennent peu aux animations, sont priorités pour bénéficier d'interventions individuelles de bénévoles.

Si le projet d'établissement, énonce clairement que le projet d'animation est étroitement lié au projet de vie, et que la présence de l'animateur aux PVI est nécessaire, il semble que cet objectif ne soit pas effectif.

Un café des familles est organisé tous les mois, animé par la psychologue, en lien avec l'animateur et la psychomotricienne, ainsi qu'avec l'IDEC ou l'IDE.

La prestation coiffure existe mais le salon de coiffure est encombré de deux photocopieuses le jour de la visite.

La commission animation composée de résidents, de salariés et de familles se tient une fois par an et a un objectif de suivi de la qualité de la prestation et d'ajustement du projet d'animation. Cependant, les comptes rendus de cette commission n'ont pas été transmis à l'équipe d'inspection.

Enfin, le projet d'animation est amélioré chaque année : il a l'ambition de se transformer en projet de vie sociale afin que l'EHPAD puisse réellement se transformer en lieu de vie. Il s'agirait de diversifier les sorties, en y incluant des personnes ayant des troubles cognitifs. Compte tenu du fait que c'est toujours la même trentaine de personnes qui participent aux animations, il s'agirait aussi de pouvoir organiser des groupes selon le degré de troubles afin que cela puisse être plus enrichissant pour chaque participant : ce projet rejoint la demande des représentants des familles au CVS, mais sa mise en œuvre implique une plus grande participation des soignants aux animations.

En résumé, le projet d'animation est riche et partagé. Il conviendrait cependant d'informer les familles de sorties programmées plus longtemps à l'avance. Plus largement, il est plus à déplorer le manque de participation aux animations proposées, que l'absence de proposition. Des membres du CVS relèvent ainsi que le dimanche 7 décembre personne n'était au cinéma ; le dimanche d'avant une seule personne participait à l'animation proposée (échanges autour des souvenirs de Noël).

C'est donc sur la mobilisation des soignants pour stimuler les résidents à participer aux animations qu'il semble falloir concentrer l'effort à ce jour.

4. La restauration

La prestation est confiée à un nouveau prestataire [REDACTED].

Une commission restauration se tient tous les semestres : aucune diététicienne ne l'anime (en contradiction avec le projet d'établissement) ; y assistent l'IDEC, le chef cuisinier, le responsable de secteur du prestataire, la gouvernante, une soignante référente nutrition, et les membres représentants des familles et des résidents du CVS.

Le projet d'établissement présente la restauration comme la première préoccupation des résidents. Cependant, le CVS fait régulièrement état de l'insatisfaction des résidents. Un résident rencontré, ainsi que des membres du CVS, ont souligné que les repas n'étaient pas très copieux. Il faudrait réclamer avant de pouvoir obtenir un doublement des rations. Les assiettes sont préparées au cas par cas pour les augmentations de ration : depuis le COVID, le service est à l'assiette. Le CVS souligne cependant une réelle amélioration depuis mars-avril 2022.

Le jour de la visite, l'équipe d'inspection a goûté le menu dans ses trois textures. Le menu n'était pas exactement le menu prévu : le coq au vin avait été remplacé par de la dinde. Les pâtes mixées étaient peu gouteuses, l'ensemble était assez terne et salé. La présentation n'était guère attrayante, surtout pour la texture hachée.



Figure 25 : Le repas dans les textures hachée et mixée le 17 novembre 2022

Les changements de menus semblent fréquents et les résidents n'en sont pas informés. Il semble que de ce fait l'équilibre alimentaire ne soit pas rigoureusement recherché. Il a pu être proposé de la pizza et des frites pour un repas modifié au dernier moment.

Des repas partagés entre résidents, famille et équipe soignante, à raison de deux fois par mois, sont évoqués dans le projet d'établissement (p.32). Aucun personnel interrogé n'a évoqué cette pratique.

Les régimes et les textures

Il existe différents régimes (sans porc, sans poisson, sans œufs) et différentes textures (normale, hachée et mixée). Il n'existe pas de régime diabétique ni de régime sans sel. En revanche, il est possible d'obtenir des demi-portions enrichies, des grandes portions enrichies. Il est aussi possible d'avoir une compote de pruneaux.

46 résidents ont une texture normale, 17, une texture hachée et 26, mixée.

3 résidents ont soit une demie soit une grande portion enrichie. 17 résidents ont des Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) et 11 ont une compote de pruneaux.

18 résidents n'ont pas de beurre avec leur produit céréalier (pain de mie, pain baguette ou biscottes) et n'ont pas non plus de confiture ou de miel.

Les petits déjeuners

Le petit déjeuner est servi à partir de 8h10. Le jeûne nocturne est donc supérieur à 12 heures car le repas du soir est terminé à 19h10 au plus tard.

37/70

L'étude des documents fournis pour le petit déjeuner porte sur 89 résidents et révèle que seuls 66 résidents ont un jus de fruits, 53 ont une boisson au lait, 23 ont du sucre, 5 ont une blédine et 4 résidents ont un yaourt.

Les salles à manger et les offices des étages :

La nécessité de mobiliser les résidents autour des repas semble partagée de manière contrastée par l'équipe soignante. En effet, lors d'une visite inopinée de certains membres du CODIR le week-end précédant l'inspection, il a été relevé sur un étage que seules 4 personnes dinaient dans la salle à manger sur 17 personnes. Or, il est clairement stipulé dans le règlement de fonctionnement, p.22, « si l'état de santé du résident le justifie et uniquement sur décision médicale, un service en plateau dans le logement sera servi, pour le déjeuner et le dîner ».

Le jour de l'inspection, lors des repas aux 1^{er} et 2^e étages, les aides-soignantes présentes ne portaient pas systématiquement une surblouse.

Sur l'unité La Forge, le réfrigérateur comprenait des jus de fruits entamés sans que la date d'ouverture ait été portée sur le contenant. Le réfrigérateur était lui-même dans un état d'usure important. La température relevée ce jour-là sur la porte du réfrigérateur était de 14°.



Figure 26 : réfrigérateur, Office de La Forge

Dans le réfrigérateur de La Courtille (1^{er} étage), de l'eau gélifiée non datée était conservée. Le réfrigérateur était également à 14°.



Figure 27 : réfrigérateur du 1^{er} étage, office de La Courtille

Au 2^e étage, l'eau gélifiée et des aliments mixés sont également non datés :



Figure 28 : réfrigérateur de Bienvenue

Au 1^{er} étage, sur la seconde unité de vie, le réfrigérateur (à 8°) contient un morceau de beurre sans emballage ni date de péremption.



Figure 29 : réfrigérateur du 1^{er} étage. Le Coq Hardi

Il en est de même au 4^e étage.



Figure 30 : réfrigérateur au 4^e étage

Un membre du personnel mentionne que le repas n'est jamais servi en l'absence d'une aide-soignante. Elle précise que les plateaux du repas du soir sont posés sur des chariots ne permettant pas de maintenir le repas à température, car les chariots chauffés sont peu malléables.

Ainsi la température des repas ne semble toujours pas prise de manière systématique dans les salles à manger des étages, malgré les observations de l'inspection de la DDPP du 7 juillet 2022, qui demandait la mise en place de relevés de température au niveau du service.



Figure 31 : chariot de service

Les collations nocturnes ont été remises en place [REDACTED]¹⁵ : elle devaient être composées de yaourts nature, de compotes et de tisanes. Il est à noter le faible volume de la programmation envisagée : 12 collations pour 98 résidents, dont 5 à l'UVP pour 13 résidents. Cette collation est entreposée dans un placard dans les offices des étages.



Figure 32 : la collation nocturne

Ecart n°5 : Le relevé des températures de service n'est pas systématique, les plats ne semblent pas maintenus à température le soir. Les DLC ne sont pas portées sur les eaux gélifiées ni les denrées mixées, ce qui contrevient aux protocoles de conservation des denrées alimentaires et aux recommandations [REDACTED].

Remarque n°12 : 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 ni aux recommandations du [REDACTED].

Remarque n°13 : La composition des petits déjeuners n'est pas conforme aux recommandations [REDACTED] qui indique que le petit déjeuner doit comporter une boisson en volume suffisant, un aliment céréalier, un produit laitier plus de 150 ml de lait (ou yaourt, fromage, fromage blanc...), un fruit ou un jus de fruits.

Remarque n°14 : Les soignants qui servent et aident les résidents lors des repas ne portent pas de surblouse sur leur tenue, ce qui contrevient aux règles d'hygiène.

¹⁵ Source : codir du 13 septembre 2021.

5. La lingerie

La prestation de lingerie pour le linge plat est assurée par un ESAT.

La lingère assure la gestion du linge des résidents, des tenues et des nappes au sein de la lingerie depuis 2020. La gestion du linge, comme porté au compte-rendu du CVS d'octobre 2022 du CVS, s'est nettement améliorée depuis que la gestion du linge est assurée en interne.

L'organisation des locaux garantit le principe de la marche en avant au sein de la lingerie.

L'organisation du circuit dans les étages est moins clair. Le local linge propre de l'unité des Savies est encombré d'objets divers, un sac poubelle fermé est au sol :



Figure 33 : Local linge propre, Unité Les Savies

Les locaux de linge sale n'ont pas l'air d'être utilisés : des cartons, un déambulateur y sont entreposés.

Le 3^e étage ne comporte toujours pas de local de linge sale malgré les recommandations suite à la visite de conformité datée de 2013. Plus généralement, le circuit du linge sale n'est pas très clair.



Figure 34 : Local linge sale, rez-de-jardin



Figure 35 : Local Linge sale, 1^{er} étage

Remarque n°15 : le circuit du linge n'est pas clair dans les étages.

D/Respect des droits des résidents

La communication interne à l'établissement et les droits des résidents sont globalement respectés.

1. L'accès des résidents 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 :

- L'organigramme de l'EHPAD,
- Des informations sur le médiateur de la consommation et son mode de saisine,
- L'arrêté de cession d'autorisation de l'ARS et de la Ville de Paris daté de 2017,
- Les tarifs 2022 d'hébergement permanent, temporaire et à l'aide sociale ainsi que les tarifs dépendance,
- Le dernier avis de la commission de sécurité de la Préfecture de police de Paris,
- La charte de la personne accueillie,
- La liste des membres représentatifs du CVS et leurs coordonnées,
- Le dernier compte rendu du CVS,
- L'arrêté 32018-079 relatif à la désignation des personnes qualifiées accompagné de l'annexe mentionnant ces personnes,
- Des informations sur la vaccination de la grippe et les dispositions d'isolement en cas de COVID,
- Les menus de la semaine en cours (sur la banque d'accueil).

Dans un classeur sur la banque d'accueil, figurent le règlement de fonctionnement, des recommandations sur l'accueil des personnes handicapées, le plan de sécurité, ainsi que la liste des médecins traitants et des intervenants médicaux et paramédicaux. Devant le salon d'esthétique, les tarifs sont clairement affichés.

Le cahier technique et le cahier des entrées et sorties du bâtiment sont à l'accueil.

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 registre des entrées et des sorties des résidents est dans un local sécurisé n'ouvrant qu'avec un badge et une clé que seule la directrice détient.

2. La confidentialité des données personnelles

Les dossiers des résidents et des personnels sont rangés dans le bureau de l'assistante de direction. L'accès à ce bureau est commandé par un badge qui ouvre l'accès au personnel siégeant au CODIR.

Ecart n°6 : La porte de la plupart des postes de soin est maintenue ouverte ; or ils contiennent des données personnelles nominatives, voire des ustensiles dangereux pour les résidents et des médicaments.

3. Le fonctionnement du Conseil de la vie sociale

Les élections au CVS ont eu lieu le 25 mai 2022. C'est l'animateur qui a organisé le scrutin avec la disposition d'urnes dans la résidence. La présidente et la vice-présidente du CVS sont des résidentes.

Le CVS s'est tenu quatre fois en 2021 et quatre fois en 2022. Il est composé de trois représentants titulaires des résidents, de deux représentants des familles titulaires et de deux suppléants, d'un représentant titulaire des salariés et d'une suppléante. Le MedCo et l'IDEC y participent, ainsi que la référente qualité de l'établissement. Il arrive qu'un représentant du groupe UNIVI soit présent selon l'ordre du jour. Il était par exemple prévu le 6 décembre 2022 que la référente qualité du siège soit présente pour le bilan des EI et EIG.

Les comptes rendus sont diffusés aux salariés, familles et résidents par la direction. Cependant les représentants des familles du CVS ne peuvent attester de leur diffusion à l'ensemble des familles. Ils regrettent de ne pas avoir les coordonnées de toutes les familles.

Le fonctionnement du CVS est plutôt participatif. C'est la direction qui propose l'ordre du jour en lien avec la présidente du CVS ; certains membres du CVS regrettent qu'il soit envoyé seulement quelques jours avant la tenue de la réunion, mais le délai de 8 jours semblait néanmoins respecté¹⁶.

Le règlement intérieur du CVS a été amendé en novembre 2021 : il a été approuvé par les membres du CVS lors de la séance du 4 novembre 2021.

Le CVS donne lieu à un véritable échange autour de thématiques récurrentes : le médical, les remarques du CVS, le cadre de vie, la restauration, la lingerie, l'animation et les projets en cours (notamment le label bienveillance et projet « Vi la Vie » qui porte sur le soutien aux aidants).

Le protocole des visites des familles a ainsi été soumis à l'approbation du CVS à chaque modification. Les échanges que l'équipe d'inspection a eus avec des membres du CVS ont permis d'établir que l'ordre du jour donne lieu à de réels échanges entre les différents acteurs et que les demandes faites par les membres du CVS sont pour la plupart prises en compte, la réponse apportée est rapide. Les comptes rendus établissent que les demandes par mail des familles sont étudiées en CVS.

Certains points sont néanmoins plus difficiles à résoudre, notamment lorsqu'ils impliquent l'accord d'autres résidents, l'investissement du groupe ou la mobilisation du personnel ; de ce fait, certains membres du CVS soulignent que certaines questions soulevées n'avancent pas. Cependant sur les questions les plus sensibles, le représentant travaux du groupe UNIVI a présenté les projets lors de la séance du 7 juillet 2022 : ceci illustre la prise en compte des remarques du CVS (espace fumeur, sas d'entrée, sortie directe vers le jardin notamment).

Il est regrettable qu'un compte-rendu de l'évaluation interne n'ait pas été présenté au CVS, alors que les conclusions de l'évaluation externe l'ont été en mars 2022.

¹⁶ Ce délai est désormais porté à 15 jours.

Le CVS énonce quelques souhaits ou pistes de travail : un meilleur accompagnement des aidants, une meilleure information aux familles sur la santé de leur proche, une information aux familles sur l'accompagnement des bénévoles jugé positivement par le CVS.

Enfin, et contrairement à ce qui a été énoncé à l'équipe d'inspection, aucune analyse des EI./EIG n'est présenté au CVS.

Ecart n°7 : En ne présentant pas de bilan ni d'analyse des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF

Remarque n°16 : Aucune réunion de résidents n'est organisée afin d'échanger sur les propositions du CVS, les axes d'amélioration ou les nouvelles arrivées.

E/ Evaluation de la qualité de la prise en charge

1. La gestion des réclamations des résidents et des familles

Aucune réunion d'information n'est organisée entre les usagers (résidents et/ou familles) et le personnel.

Le CVS assure la remontée des réclamations des familles avec précision. Les demandes sont prises en compte par la direction de l'EHPAD comme par le groupe UNIVI. La direction suit ces demandes et apporte des réponses précises à chaque CVS.

En revanche, il n'existe pas de procédure de recueil des réclamations. Cependant, les résidents et les familles détiennent le mail de la direction et peuvent adresser leurs remarques à la directrice, qui répond rapidement. Un point est fait en CODIR sur les mails reçus afin de s'assurer qu'une réponse a été apportée¹⁷.

2. La démarche d'amélioration de la qualité :

Le groupe UNIVI a une réelle ambition en terme de qualité : référent qualité au siège, référent qualité dans l'établissement, démarche d'évaluation interne rigoureuse. Des séminaires qualité au niveau du groupe se tiennent régulièrement. Le service qualité du siège émet régulièrement des préconisations qui sont reprises dans le cadre du CODIR¹⁸.

Les enquêtes de satisfaction sont pensées de manière différenciée en fonction du MMS des résidents. L'enquête de 2021 invitait résidents et familles à évaluer le cadre de vie de la résidence, la qualité de vie (animation, restauration notamment), la qualité du personnel et des soins, l'équilibre entre sécurité et liberté au sein de la résidence. A partir du résultat de ces enquêtes, des actions sont déterminées et présentées au CVS.

Les actions qui se dégagent de l'enquête 2021 sont :

- Nettoyage des vitres des chambres et amélioration du bio-nettoyage de l'UVP (redéfinir un passage après le déjeuner ou dans l'après-midi) ;
- Lors du projet de vie : interroger le résident sur le confort et l'aménagement de sa chambre ;

¹⁷ Source : codir du 13 septembre 2021, du 7 octobre 2021

¹⁸ Source : codir du 30 août 2021

- Remise en place de séances de cinéma, développer une information sur le contenu des animations ;
- Vigilance concernant la température des plats ;
- Travailler sur la bienveillance du personnel soignant ;
- Favoriser les sorties à l'extérieur accompagnées ;
- Favoriser l'implication des proches au sein de la résidence. Le champ de l'implication est à définir ;
- Travailler sur l'accompagnement et le soutien vis-à-vis des proches.

L'évaluation externe a été menée sur l'établissement le 25 novembre 2021. L'évaluation interne a été menée les 28-29,30 janvier 2019.

L'évaluation externe a souligné :

- L'absence de références aux recommandations de bonnes pratiques ;
- L'absence de réunions de familles et de résidents pour restituer les travaux du CVS ;
- La nécessité de mobiliser les soignants dans l'accompagnement vers les animations ;
- La difficulté pour les résidents de reconnaître les infirmières du fait du nombre important de vacataires ;
- L'absence d'analyse des pratiques professionnelles.

L'évaluation interne, plus approfondie, soulignait :

- La nécessité de faire participer les soignants aux animations (en soulignant le caractère de levier d'attractivité) ;
- L'organisation du transfert des résidents pour l'animation par le seul animateur, en rappelant que le transfert est un acte de soin ;
- Les difficultés dans l'organisation de la fin de journée et notamment :
 - o des horaires du dîner peu satisfaisants pour les résidents,
 - o des aides alimentaires non régulières (intermittence du fait de la présence sur plusieurs étages),
 - o le manque de coordination entre personnel du prestataire de restauration et personnel de l'EHPAD ;
- Des imprécisions dans l'organisation du bio nettoyage qui entraînaient le fait que des tâches ménagères étaient partiellement réalisées (fauteuils roulants, adaptables...) ;
- Un accueil téléphonique non continu.

L'équipe d'inspection a pu noter la persistance de quelques difficultés déjà relevées par l'évaluation interne en 2019 (cf. remarques et écarts notés au présent rapport).

3. La politique de bientraitance

Le projet d'établissement comprend au sein du projet de soin un paragraphe sur la lutte contre la maltraitance. L'angle choisi axe ce travail sur une meilleure compréhension des comportements du résident et sur les gestes professionnels (toilettes, négligences).

L'accent est mis sur la formation et notamment l'analyse des pratiques. Or celle-ci n'a pas été remise en route depuis plusieurs années, faute de participants selon la directrice. Il pourrait être opportun au vu de l'importance de cette disposition que l'analyse de pratiques professionnelles reprenne en posant institutionnellement une obligation de présence.

Le groupe UNIVI s'engage dans une démarche pour créer un « label Bientraitance ». Une charte de bientraitance a été construite en équipe pluridisciplinaire en 2016, et présentée aux résidents, aux familles et aux salariés. Une co-construction lors de la mise à jour serait bénéfique au regard des questionnements sur le sujet par le CVS.

47/70

Deux infirmières et la psychomotricienne avaient suivi une formation pour être référentes « bientraitance » en 2018. Il semble que ce soit le référent qualité de l'établissement qui assure désormais ces missions. Il est regrettable qu'un 2^e référent, soignant, n'ait pas été nommé.

Le projet d'établissement sur ce point-là reste un énoncé de bonnes pratiques. Il y manque le processus de repérage de pratiques maltraitantes, la définition et la manière de prendre en charge les situations à risques.

Un des axes de travail qui s'est dégagé de l'enquête de satisfaction menée en 2021, tel que présenté en CVS (septembre 2021) était de « travailler sur la bienveillance du personnel soignant ».

Les visites du 17 et 25 novembre ont été l'occasion de constater quelques scènes témoignant d'un manque d'attention à l'égard des personnes :

- Lors de la visite du 2^{ème} étage, il a pu être constaté, en passant dans les couloirs qu'une soignante était dans une chambre dont la porte était ouverte ainsi que la porte des sanitaires, laissant entrevoir la résidente assise sur les toilettes.
- Lors de la visite du 25 novembre, une résidente, dans son fauteuil, criait afin d'attirer l'attention : des débris de verre étaient à ses pieds, elle tenait une pantoufle dans sa main ; en s'approchant et en entrant en relation avec elle, les membres de l'équipe d'inspection ont pu comprendre qu'elle était angoissée à l'idée qu'un éclat de verre soit dans sa pantoufle autant que par le verre à terre. L'équipe a cherché l'appel malade, et ne l'a trouvé que dans la salle de bain.



Figure 36 : tablette murale suite à appel malade

L'auxiliaire de vie présente à cet étage n'arrivant pas, les membres de l'équipe d'inspection sont allés la chercher : celle-ci a répondu d'abord « elle est comme ça », avant d'expliquer que la résidente criait et avait des crises d'angoisse régulièrement, qu'elle était déjà passée ramasser les plus gros morceaux avec des gants, et que ce n'était pas à elle de faire le reste. Comme l'équipe d'inspection insistait et lui expliquait qu'à ce moment-là, ce qui angoissait la résidente, c'était les morceaux de verre, elle a fini par accepter d'appeler l'ASH présente à l'étage pour qu'elle ramasse les morceaux de verre restants. La soignante n'a pas eu le réflexe professionnel de tenter de calmer la résidente, qui s'est elle-même calmée en allant dans la salle de bain.



Figure 37 : éclats de verre au pied d'une résidente

En descendant au 4^e étage, l'équipe d'inspection a constaté dans le poste de soin, que l'appel avait bien fonctionné et qu'il n'avait pas été désactivé à 10h 14 :

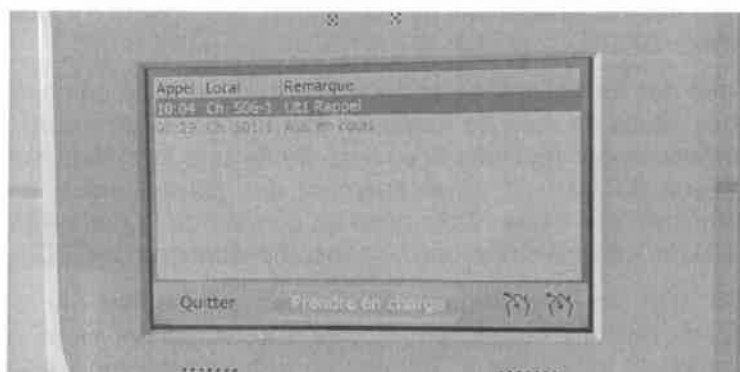


Figure 38 : tablette sur le poste de soin du 4^e étage

Pour garantir un réel processus d'appropriation par le personnel d'une démarche de promotion de la bientraitance, plusieurs dimensions ne sont pas mises en œuvre dans l'établissement :

- La mise en place de lieux d'échange où professionnels, familles ou proches et usagers peuvent croiser leurs regards¹⁹ : cf. remarque n° 16, p.46 du présent rapport ;
- Mettre en place des temps d'analyse des pratiques professionnelles animés par un tiers extérieur à la structure afin de garantir la liberté des échanges : cf. remarque 7, p.20 ;
- Travailler sur les valeurs partagées avec l'ensemble du personnel et des usagers : cf. p.10 du présent rapport.

4. La Gestion des évènements indésirables

Tous les personnels, résidents, familles rencontrés disent savoir ce qu'est un évènement indésirable. La procédure de gestion des évènements indésirables a été présentée en CODIR le 01 avril 2021. L'assistante de direction a été chargée de la présenter aux soignants, à la lingère et aux agents d'accueil. Cette procédure rappelle l'obligation de déclaration des EIG. La déclaration est informatisée, et est transmise au référent qualité du siège pour analyse et validation avant transmission à l'ARS et à la Ville de Paris ; est

¹⁹ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », ANESM, 2008, p.30

précisée l'obligation d'informer le CVS lors de la dernière réunion de l'année de la nature des EIG et des plans d'actions mis en place.

La procédure a été mise à jour le 2 août 2022.

Des membres du CVS disent bien que les EI sont abordés en fonction des thématiques de l'ordre du jour, mais qu'en l'absence de MedCo, les EI à caractère médical ne semblent plus abordés.

A la lecture des comptes-rendus des CVS de 2021 et 2022, il apparaît qu'aucun bilan ni analyse des EI et EIG n'est réalisé.

Plus préoccupant, toutes les personnes rencontrées disent ne pas avoir eu connaissance en CODIR ou en CVS de l'EIGS déclaré à l'ARS et à la Ville de Paris le 10 août 2022. Les représentants des familles ont eu connaissance de cet EIGS par la bénévole qui se rendait auprès de la résidente concernée.

Suite à l'EIGS de l'été 2022, une sensibilisation à l'attention de tous les salariés UNIVI et du prestataire chargé de la restauration et du bio-nettoyage a été conduite par la référente qualité UNIVI les 25 août et 13 septembre 2022. Une sensibilisation au logiciel de gestion des EI [REDACTED] a été menée à l'attention des soignants, des agents d'accueil et de la lingère les 27 et 29 septembre 2022²⁰.

La direction a évoqué des formations sur la bientraitance et la prise en charge de la douleur : sur la base des attestations de suivi de formation fournies par la direction, la mission n'a pu établir que ces formations ont réellement eu lieu. Seule une formation sur la bientraitance dans les soins, prévue au plan de développement des compétences, a été suivie par 4 agents. Ceci ne témoigne pas d'une réelle prise en compte de la nécessité pour l'ensemble du personnel de réfléchir collectivement aux raisons et incidences de l'EIGS survenu cet été.

De fait, cet EIGS n'a pas été abordé en CODIR ni, semble-t-il, en réunion pluri-professionnelle afin de réfléchir collectivement aux raisons qui ont mené à cet événement. Aucun des professionnels interrogés et qui étaient présents au mois de juillet ne semble considérer qu'il y a eu un événement indésirable grave cet été.

La direction a communiqué une liste d'EI/EIG à la mission. Elle contient 38 EI/EIG de janvier 2020 au 12 octobre 2022 : 7 d'entre eux ont été déclarés à l'ARS dont 6 également à la Ville de Paris. 11 de ces événements sont liés à un défaut de prise en charge de soins, 6 à des relations difficiles entre personnel et famille.

Mais cette liste, descriptive, montre l'absence d'analyse, ce qui établit l'absence de bilans des EI/EIG qui serait construit en équipe pluri-professionnelle tout autant qu'en CODIR.

De fait, la culture de la bientraitance est indissociable de la capacité à mener une réflexion collective autour des événements indésirables « pour en comprendre les causes, qu'elles concernent le parcours de l'usager ou la vie de l'institution »²¹ : « Elle peut prendre également la forme d'une analyse des pratiques permettant aux professionnels de mieux comprendre en quoi certaines situations peuvent conduire les individus – professionnels ou usagers – à dépasser le cadre. Il est également préconisé que, dans le cadre des réflexions qui ont lieu à ce sujet, l'usager ou le professionnel en cause ait la possibilité de s'expliquer sur les raisons de son acte ».

Ainsi le retour d'expérience mené suite à l'EIGS [REDACTED] est insuffisant car il se limite à des mesures curatives immédiates, sans approfondir l'analyse des causes qui permettraient de mettre en place des mesures préventives (étude de la charge de travail, des plannings,

²⁰ Source : retour d'expérience de EIDO envoyé aux autorités tarificatrices, en date du 19 septembre 2022.

²¹ « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », ANESM, 2008, p.27

de la chaîne des décisions par exemple, mais aussi de la prise en compte de la douleur (cf. ci-dessous, p.55-56).

Autre exemple : alors que deux EIG ont un rapport avec une mauvaise utilisation de verticalisateurs, et alors qu'en CODIR du 13 septembre 2021, il est fait état du mécontentement des équipes concernant les verticalisateurs, il est simplement proposé de se tourner vers un autre fournisseur. Lors de réunion suivante, il est proposé qu'un essai soit fait avec un autre fournisseur par l'ergothérapeute. L'équipe d'inspection n'a relevé aucune mention des verticalisateurs dans les comptes rendus de 2022 qui lui ont été transmis.

Remarque n°17 : L'établissement n'a pas mis en place un suivi, une analyse et un bilan des EI et EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Remarque n°18 : Le retour d'expérience de l'EIGS [REDACTED] n'a pas été mené à son terme. Il n'a pas passé en revue l'arbre des causes dans sa totalité. Il n'a pas donc pas pu établir l'ensemble des mesures correctrices à envisager, notamment les mesures préventives.

IV – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

A/L'équipe de soin

Le MedCo

En remplacement de la MedCo absente [REDACTED] un médecin généraliste qui suit un tiers des résidents a accepté d'avoir un 0,34 ETP de coordination.

L'IDEC

Après une vacance de poste [REDACTED], un IDEC a été recruté [REDACTED].

La psychologue

Après un contrat à durée déterminée à 0,50 ETP, puis à 0,60 ETP, la psychologue a été recrutée en CDI à partir de février 2020 à 0,60 ETP puis à 0,80 ETP depuis septembre 2021.

Les kinésithérapeutes

4 kinésithérapeutes libéraux du même cabinet ont signé une convention avec l'établissement qui leur met une salle à disposition ; mais le matériel appartient aux kinésithérapeutes. Ils assurent une présence kinésithérapeutique permanente du lundi au vendredi avec 3 kinés présents et une astreinte les week-ends.

Un kinésithérapeute référent intervient dans l'EHPAD [REDACTED] il vient dans l'EHPAD tous les jours [REDACTED] Il intervient aussi dans un autre EHPAD en Seine-Saint-Denis.

A l'entrée du résident, ils font un bilan global et une évaluation du risque de chute qu'ils tracent dans leur logiciel [REDACTED]. Les prescriptions des médecins sont

rangées dans le dossier papier des résidents et scannées dans le logiciel des kinésithérapeutes.

Ils ne font pas de bilan de suivi mais une évaluation du risque de chute tous les 3 mois devrait être réalisée et notée [REDACTED], mais n'a pas été constaté sur [REDACTED]. Une transmission hebdomadaire pour tous les résidents pris en charge serait aussi réalisée.

La diététicienne

Mise à disposition dans le cadre du PAERPA, une diététicienne est présente tous les lundis et suit les résidents à risque de dénutrition. Elle utilise les nouvelles recommandations de la HAS pour le repérage de la dénutrition.

Elle tient à jour un tableau récapitulant les résidents à risque de dénutrition.

Les médecins traitants

Huit médecins généralistes assurent le suivi des 94 résidents : 2 prennent en charge 81% des résidents, 2 autres 6 à 7% et 4 autres généralistes ne suivent qu'un seul résident chacun.

Les 4 médecins traitants qui suivent plus d'un résident se déplacent dans l'EHPAD et utilisent [REDACTED] pour faire les prescriptions.

Quelques résidents qui n'ont pas de médecin traitant sont pris en charge par le MedCo remplaçant.

L'orthophoniste

Un orthophoniste libéral se déplace dans l'établissement et suit 6 résidents.

Remarque n°19 : Les kinésithérapeutes ne partagent pas leurs évaluations des résidents avec le MedCo et l'IDEC.

B/La prise en charge médicale des résidents

La prise en charge nutritionnelle

Le protocole de dénutrition rédigé en 2019 ne prend pas en compte les nouvelles recommandations de novembre 2021 de la HAS sur la dénutrition.

La prise de poids est souhaitée mensuelle. Jusqu'en juillet 2022, les prises de poids n'étaient pas régulières et le délai entre 2 pesées pouvait atteindre 3 mois :

- Une résidente entrée en janvier 2022 n'a pas été pesée avant juillet 2022.
- 6 résidents entrés en février et 2 entrés en mars 2022 n'ont pas été pesés avant mai 2022.
- En revanche, 6 résidents entrés en juillet 2022 ont été pesés en juillet.

Depuis septembre 2022, le pourcentage de résidents pesés chaque mois augmente pour atteindre 94% en novembre. Cela traduit une nette amélioration de la situation.

Sur les 93 résidents recensés dans le tableau de suivi nutritionnel, 75 (81%) sont considérés comme à risque de dénutrition. Parmi eux, seuls 2 ont 2 CNO, 13 ont 1 CNO, 1 a des CNO et une demi portion enrichi en protéines et 2 ont un régime enrichi en protéines.

Sur les 52 résidents qui étaient déjà présents en 2020, 66% sont à risque de dénutrition. La plupart d'entre eux ont perdu plus de 5% de leur poids de 2020.

Comme précisé dans le paragraphe sur la restauration, la composition des petits déjeuners n'est pas conforme aux recommandations [REDACTED] ni en terme de laitages ni en terme de fruits. Il n'y a pas non plus de petit déjeuner enrichi en protéines. Pourtant, le petit déjeuner ayant lieu après un jeûne supérieur à 12 heures, est un repas très apprécié des résidents.

28 résidents n'ont pas eu de dosage de l'albumine dont 19 sont à risque de dénutrition.

Pourtant, le tableau de synthèse nutritionnelle quotidien, qui correspond aux quantités théoriques de produits négociées avec le prestataire de restauration sont correctes pour la ration calorique (2 400 kcal par jour) et pour la quantité de protéines (82 grammes de protéines par jour).

La quantité de calcium apportée est de 1 000 mg par jour, ce qui correspond aux besoins nutritionnels moyens (BNM) mais il est à confirmer que les apports théoriques sont bien donnés. En théorie, le petit déjeuner doit comporter un laitage, ce qui n'est pas le cas pour plus de la moitié des résidents et laisse planer un doute sur la quantité de calcium réellement absorbée par les résidents.

En revanche, les données pour la vitamine C (54 mg par jour) sont loin des BNM établis à 92 mg. Pour le fer, les apports sont un peu plus faibles que les BNM (6 mg au lieu de 7,7 mg).

Ecart n°8 : La prise en charge nutritionnelle des résidents est lacunaire, et ne permet pas de garantir une bonne alimentation pour chaque résident du fait de plusieurs manques, ce qui contrevient à l'article 311-3 du CASF :

- L'évaluation nutritionnelle des résidents n'est pas systématique, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de novembre 2021.
- L'apport en calories et en protéines n'est pas tracé.
- L'apport en protéines des petits déjeuners est insuffisant.
- Le suivi des pesées est insuffisant.
- La distribution des CNO n'apparaît pas cohérente avec les données concernant les personnes en risque de dénutrition.
- La prise des CNO n'est pas tracée.

L'évaluation multidimensionnelle des résidents

Il ne semble pas y avoir une évaluation multidimensionnelle à l'entrée du résident.

Une personne entrée début juillet 2022 a eu un MMS début septembre mais aucune autre évaluation n'est notée alors que son PVI a été réalisé début octobre.

A l'entrée des résidents, seuls le GIR et parfois une évaluation des fonctions cognitives sont réalisés. Les PVI ont été réalisés sans aucune autre évaluation que le GIR et parfois les fonctions cognitives.

En mars 2022, il n'y a eu aucune évaluation autre que AGGIR.

Ecart n°9 : L'évaluation multidimensionnelle n'est pas systématiquement réalisée à l'entrée dans l'établissement.

Le repérage des troubles de la déglutition

Il ne semble pas y avoir un dépistage systématique des troubles de la déglutition à l'entrée du résident.

Sur les 26 résidents ayant un régime mixé, 1 a des biscottes et du beurre au petit déjeuner, ce qui est contradictoire.

26 résidents doivent avoir de préférence de l'eau gazeuse, et 6 résidents ont de l'eau gélifiée ou épaissie.

Sur les 75 résidents à risque de dénutrition, 20 ont un régime mixé.

Les soins bucco-dentaires

En mars 2021, 15 aides-soignantes et auxiliaires de vie ont suivi une formation de 7 heures sur l'hygiène bucco-dentaire [REDACTED]

Soins des plaies et suivi de la douleur

Il n'y a pas de dépistage du risque d'escarres à l'entrée du résident. Il n'y a pas d'infirmière référente sur les plaies et escarres.

3 personnes avaient un escarre le jour de l'inspection.

Il n'y a pas d'évaluation de la douleur à l'entrée des résidents. Une évaluation régulière de la douleur se met en place mais elle ne concerne que les résidents identifiés comme douloureux.

Remarque n°20 : L'évaluation et le suivi de la douleur sont lacunaires.

Prévention et prise en charge des chutes

A l'entrée du résident, les kinésithérapeutes évaluent le risque de chutes (Tinetti et get Up and Go) et saisissent les résultats sur leur logiciel. Cette évaluation n'est pas tracée dans Netsoins tous les 3 mois.

Selon la conduite à tenir en cas de chute, qui date de 2019, le personnel qui constate la chute prévient l'IDE ou l'AS qui interroge, évalue et relève le résident si la chute n'est pas grave. Ainsi, si c'est une AS qui constate la chute, elle n'a pas besoin d'avertir l'infirmière si elle juge la chute non grave.

L'extraction des déclarations de chutes par le logiciel [REDACTED] met en évidence les points suivants :

- Il y a eu 118 chutes répertoriées en 2021 et 117 en 2022.
- En 2022, l'infirmière a été prévenue dans 76% des cas mais le médecin dans seulement 6% des cas. L'entourage du résident n'est prévenu que dans 25% des cas.
- Une résidente trouvée par terre, qui se plaint de douleurs costale et lombaire et qui ne peut plus marcher, a été remise au lit sans appel aux urgences, ni radiographie ni appel de l'entourage.
- De même, l'entourage n'est pas prévenu pour une résidente qui chute et qui présente un hématome et une petite plaie au niveau de l'arcade sourcilière.
- En 2022, il y a 29 situations où suite à une chute, le résident se plaint de douleur ou présente un hématome ou une plaie et la famille n'est pas prévenue.

54/70

Contentions

Il y a peu de contentions, essentiellement des doubles barrières de lit la nuit et 4 grenouillères.

L'IDEC veut mettre en place des réunions d'équipe sur la contention pour que ce sujet soit abordé en équipe.

Remarque n°21 : Les formations régulières sur de grands thèmes gériatriques et particulièrement sur la nutrition, les soins bucco-dentaires, la douleur apparaissent insuffisantes au regard des pratiques constatées.

Remarque n°22 : La communication en cas de chute d'un résident avec les familles et/ les personnes de confiance est insuffisante.

Remarque n°23 : Un avis infirmier n'est pas systématiquement sollicité en cas de chute.

Remarque n°24 : Le suivi et l'analyse des contentions sont insuffisants.

B/ L'organisation des soins

La visite de préadmission

La visite de préadmission était réalisée par le MedCo seul. En son absence, l'IDEC et la psychologue la réalise. Les avis médicaux défavorables sont suivis.

Les coordonnées de la personne de confiance sont systématiquement demandées.

Les directives anticipées commencent à être demandées à l'entrée des résidents.

Il est aussi demandé à la famille quand elle souhaite être informée en cas de problème grave.

Le dossier du résident

Il existe un dossier papier du résident qui est rangé dans le bureau des IDE au pôle soins.

Le logiciel [REDACTED] est utilisé pour les dossiers de soins des résidents. Ce logiciel permet l'impression systématique d'un DLU en cas de besoin.

Tous les documents médicaux reçus pour les résidents devraient être scannés dans le dossier [REDACTED].

Remarque n°25 : Le DLU est mal paramétré dans [REDACTED] car il est trop long et contient trop d'informations non pertinentes, entre autres aux services d'urgence.

La traçabilité des soins

Tous les soignants titulaires ont un code [REDACTED] qui leur est propre.

Les vacataires qui interviennent régulièrement ont aussi un code qui leur est propre.

En revanche, le vacataire qui n'intervient qu'une journée n'aura pas de code propre, il aura un code générique qui est le même pour tous les autres vacataires intervenants ce jour-là.

Un écran informatique [REDACTED] à l'entrée de chaque chambre, permet aux personnels de signaler leur présence et de noter les soins réalisés à la sortie de la chambre du résident.

Il a été constaté que ce système ne fonctionnait pas ou que les soignants ne parvenaient pas à le faire fonctionner. Par exemple, une soignante a entré des informations, mais celles-ci n'ont pas été sauvegardées ; une autre soignante n'arrivait pas à ouvrir le logiciel.

Il a été constaté que la lumière des présences n'était pas allumée lorsqu'un soignant était dans une chambre, ce qui est possiblement en lien avec le dysfonctionnement des écrans Netsoins.

Remarque n°26 : Un même accès [REDACTED] peut servir à plusieurs soignants vacataires.

Remarque n°27 : Le système de tablette murale ne fonctionne pas ou est mal utilisé.

Les procédures

De nombreuses procédures existent. Elles datent souvent de 2019.

La procédure sur la dénutrition n'est plus à jour.

Au vu des EIG relevés, la conduite à tenir en cas de chute est peut-être à revoir pour s'assurer qu'un avis infirmier a été formulé.

Remarque n°28 : Les procédures sont mal connues du personnel ou n'ont pas été réinterrogées au regard des EI et EIGS survenus ces dernières années.

Infirmière de nuit

Une convention a été signée entre l'ARS, [REDACTED] et l'établissement pour la mise en place d'une astreinte infirmière de nuit dans l'EHPAD. Alors que ce dispositif existe depuis 2020, il n'est pas connu des personnels, en particulier de certains personnels infirmiers.

Remarque n°29 : L'existence de l'astreinte infirmière de nuit n'est pas connue de tout le personnel, notamment infirmier.

C/Partenariats

De nombreuses conventions ont été signées avec les médecins libéraux, les kinésithérapeutes libéraux, un pédicure, une pharmacie, un réseau de soins palliatifs (mai 2013, reconduction annuelle tacite), un laboratoire d'analyses médicales, le CPIAS et l'ARS (novembre 2018 pour 1 an), l'AP-HP, [REDACTED] (janvier 2020, 2 ans), les filières gériatriques (août 2020 pour 3 ans), [REDACTED] et l'ARS (avenant de janvier 2022 pour 1 an), l'HAD AP-HP (novembre 2014, renouvellement annuel par tacite reconduction).

Cependant, en 2021, ces conventions ont été peu sollicitées : 5 interventions de [REDACTED], 1 du réseau de soins palliatifs et 1 de l'HAD.

La dernière commission gériatrique a eu lieu en décembre 2021, l'absence de médecin coordonnateur en 2022 en ayant empêché l'organisation.

Remarque n°30 : Les conventions avec les partenaires sont peu sollicitées.

D/Le circuit du médicament

Prescription

Les 4 médecins traitants qui suivent 81% des résidents font leurs prescriptions sur [REDACTED] et renouvellent leurs ordonnances tous les mois. Les résidents sans médecin traitant sont suivis par le MedCo. Les ordonnances des autres résidents sont recopiées sur [REDACTED] par le MedCo, de même que les prescriptions hospitalières.

Pourtant, la convention signée en septembre 2022 entre la pharmacie et l'EHPAD précise, p.5 : « Lorsque les ordonnances ne sont pas entrées sur le logiciel [REDACTED], elles seront envoyées par mail directement à la pharmacie. »

Livraison, stockage et contrôle

Les médicaments sont livrés tous les vendredis à la pharmacie. Les infirmières vérifient les traitements et informent la pharmacie en cas d'erreur.

Les médicaments sont rangés dans 2 chariots de distribution regroupant différents étages. Les photos des résidents sont sur les chariots ainsi que le classeur des prescriptions.

Distribution et administration

Les 2 infirmières assurent la distribution des médicaments. Après la distribution, les chariots sont rangés dans le poste de soins. A la fin de la distribution, les infirmières valident sur [REDACTED] la traçabilité de la prise par résident et par molécule.

Pour les médicaments au coucher, seule une AS est habilitée à administrer des médicaments la nuit selon la liste affichée dans le pôle médical :



Figure 39 : affichage des personnes habilitées à administrer des médicaments

Ecart n°10 : Le MedCo retranscrit les ordonnances papier des médecins traitants et/ou hospitaliers dans le logiciel de soins.

E/Les dispositifs médicaux

Les achats de consommables

La gestion des stocks de protection : réassort tous les vendredis après-midi. Une liste des changes est affichée dans le poste de soins.

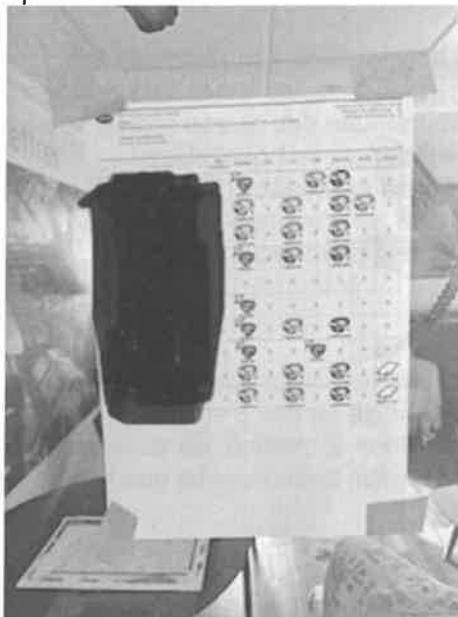


Figure 40 : programmation des changes sur un étage

Les équipements médicalisés et les installations à visée thérapeutique

Le projet de soins mentionne²² que l'établissement dispose d'un stock de matelas à air et que des locations sont possibles. Le nombre de location, à cet égard, paraît élevé, avec une augmentation au cours de l'été 2021 pour se stabiliser autour de 30 (soit plus du tiers des résidents) :

19 résidents ont bénéficié d'un tel matelas 12 mois sur 12 en 2020.

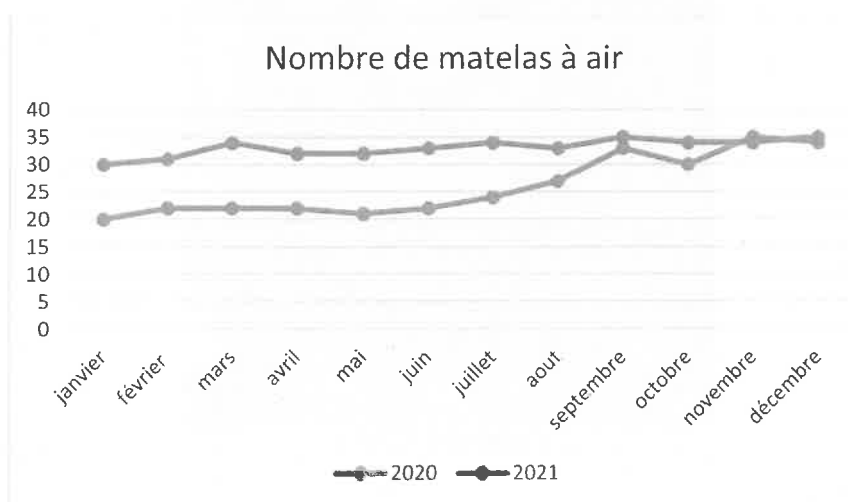


Figure 41 : matériel loué 2020 et 2021
Source : Factures N-1 et N-2

²² Projet d'établissement 2019-2024 p.24

Un seul coussin a été loué au cours de l'année 2020.

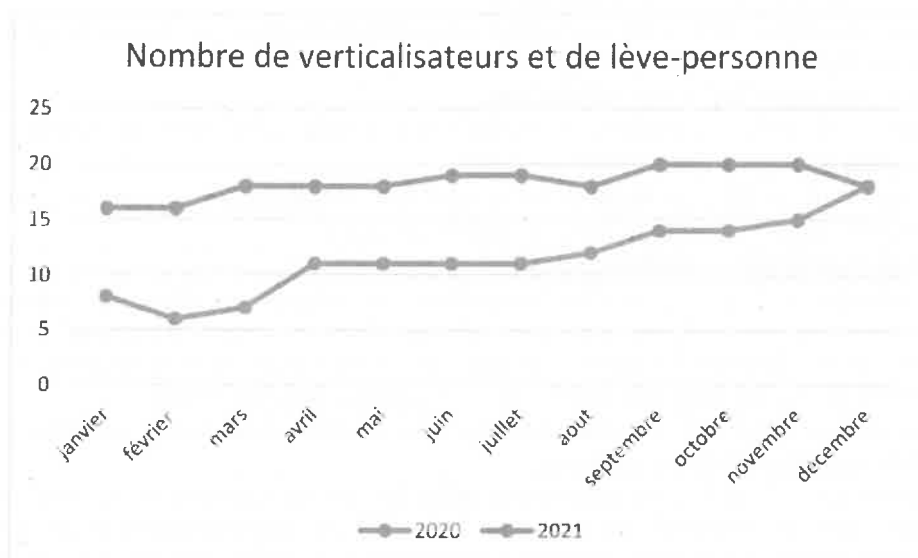


Figure 42 : verticalisateurs loués 2020 et 2021

V – RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	Ecart n°1, p.16 : Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : aides-soignants et aides Médico-Psychologiques. De ce fait, les auxiliaires de vie ne sont pas habilités à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.
E2	Ecart n°2, p.30 : Le résident et/ou sa famille ne participent pas activement à l'élaboration du projet de vie.
E3	Ecart n°3, p.33 : Les temps de réponse aux appels malade sont excessivement longs et peuvent être source de maltraitance ou de mise en danger des résidents.
E4	Ecart n°4, p.33 : L'absence d'espace fumeur n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.
E5	Ecart n°5, p.40 : Le relevé des températures de service n'est pas systématique, les plats de semblent pas maintenus à température le soir. Les DLC ne sont pas portées sur les eaux gélifiées ni les denrées mixées, ce qui contrevient aux protocoles de conservation des denrées alimentaires et aux recommandations
E6	Ecart n°6, p.44 : La porte de la plupart des postes de soin est maintenue ouverte ; or ils contiennent des données personnelles nominatives, voire des ustensiles dangereux pour les résidents et des médicaments.
E7	Ecart n°7, p.45 : En ne présentant pas de bilan des événements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article R331-10 du CASF.
E8	Ecart n°8, p.52 : : La prise en charge nutritionnelle des résidents est lacunaire, et ne permet pas de garantir une bonne alimentation pour chaque résident du fait de plusieurs manques, ce qui contrevient à l'article 311-3 du CASF : - L'évaluation nutritionnelle des résidents n'est pas systématique, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de novembre 2021.

59/70

	<ul style="list-style-type: none"> - L'apport en calories et en protéines n'est pas tracé. - L'apport en protéines des petits déjeuners est insuffisant. - Le suivi des pesées est insuffisant. - La distribution ces CNO n'apparaît pas cohérente avec les données concernant les personnes en risque de dénutrition. - La prise des CNO n'est pas tracée.
E9	Ecart n°9, p.52 : L'évaluation multidimensionnelle n'est pas systématiquement réalisée à l'entrée dans l'établissement.
E10	Ecart n°10, p.56 : Le MedCo retranscrit les ordonnances papier des médecins traitants et/ou hospitaliers dans le logiciel de soins.
N°	Liste des remarques formulées par la mission
R1	Remarque n°1, p.10 : Le rôle, la fonction, les critères de choix du professionnel référent du résident ne sont pas définis dans le projet d'établissement. Les critères qui fondent l'organisation des cycles de travail et le changement ou pas d'unité de vie ne sont pas établis dans le projet d'établissement.
R2	Remarque n°2, p. 11 : Le staff de soignants et infirmières animé par l'IDEC ne se réunit que deux fois par semaine.
R3	Remarque n°3, p.13 : Au regard des difficultés de recrutement en Ile-de-France, le choix par la direction de pourvoir 0,5 ETP de psychomotricien et 0,5 ETP d'ergothérapeute apparaît comme peu judicieux et moins attractif que de pourvoir un ETP de psychomotricien.
R4	Remarque n°4, p.16 : Les taux d'encadrement sont inférieurs aux objectifs posés dans le CPOM, tout particulièrement concernant les IDE.
R5	Remarque n°5 p.16 : Des agents ont enchaîné travail de nuit et travail de jour, ce qui augmente le risque d'épuisement.
R6	Remarque n°6, p.18 : L'organisation du travail ne garantit pas des temps de transmissions suffisants.
R7	Remarque n°7, p.20 : L'analyse de pratiques professionnelles animée par une personne extérieure à l'établissement n'est plus mise en œuvre depuis 2018
R8	Remarque n°8, p.20 : Le plan de développement des compétences ne garantit pas le renouvellement des attestations AFGSU du personnel tous les 4 ans.
R9	Remarque n°9, p.20: Compte tenu de la découverte inopinée par des proches, par 2 fois, de fractures des jambes des résidents, il apparaît que les formations à l'utilisation des lève-malades et autres appareils de manutention utilisés dans l'EHPAD sont insuffisantes.
R10	Remarque n°10, p.20 : Compte tenu du nombre considérable de résidents à risque de dénutrition (voir p.56 du présent rapport), les formations sur la nutrition des personnes âgées sont insuffisantes.
R11	Remarque n°11, p.30 : Les dossiers ne sont pas rangés au même endroit et ne sont pas structurés en sous-dossiers. Des pièces indispensables sont manquantes : pièce d'identité, mention du médecin traitant, personne de confiance, directives anticipées, état des lieux d'entrée...
R12	Remarque 12, p.40 : En ne sensibilisant pas les professionnels à proposer de façon systématique une collation en soirée aux résidents afin que le jeune 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 ».
R13	Remarque n°13, p.40: La composition des petits déjeuners n'est pas conforme aux recommandations [REDACTED] qui indique que le petit déjeuner doit comporter une boisson en volume suffisant, un aliment céréalier, un produit laitier plus de 150 ml de lait (ou yaourt, fromage, fromage blanc...), un fruit ou un jus de fruits.
R14	Remarque n°14, p.40 : Les soignants qui servent et aident les résidents lors des

	repas ne portent pas de surblouse sur leur tenue, ce qui contrevient aux règles d'hygiène.
R15	Remarque n°15, p.42 : le circuit du linge n'est pas clair dans les étages.
R16	Remarque n°16, p.45 : Aucune réunion de résidents n'est organisée afin d'échanger sur les propositions du CVS, les axes d'amélioration ou les nouvelles arrivées.
R17	Remarque n°17 p.50: l'établissement n'a pas mis en place un suivi, une analyse et un bilan des EI et EIG dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.
R18	Remarque n°18, p.50 : Le retour d'expérience de l'EIGS du 10 aout 2022 n'a pas été mené à son terme. Il n'a pas passé en revue l'arbre des causes dans sa totalité. Il n'a pas donc pas pu établir l'ensemble des mesures correctrices à envisager, notamment les mesures préventives.
R19	Remarque n°19, p.51 : Les kinésithérapeutes ne partagent pas leurs évaluations des résidents avec le MedCo et l'IDEC
R20	Remarque n°20, p.53 : L'évaluation et le suivi de la douleur sont lacunaires.
R21	Remarque n°21, p.53 : Les formations régulières sur de grands thèmes gériatologiques et particulièrement sur la nutrition et les soins bucco-dentaires apparaissent insuffisantes au regard des pratiques constatées.
R22	Remarque n°22, p.54 : La communication en cas de chute d'un résident avec les familles et/ les personnes de confiance est insuffisante.
R23	Remarque n°23, p.54 : Un avis infirmier n'est pas systématiquement sollicité en cas de chute.
R24	Remarque n°24, p.54 : Le suivi et l'analyse des contentions sont insuffisants.
R25	Remarque n°25, p.54 : Le DLU est mal paramétré [REDACTED] car il est trop long et contient trop d'informations non pertinentes, entre autres aux services d'urgence.
R26	Remarque n°26, p.54 : Un même accès [REDACTED] peut servir à plusieurs soignants vacataires.
R27	Remarque n°27, p.54 : Le système de tablette murale ne fonctionne pas ou est mal utilisé.
R28	Remarque n°28, p.55: Les procédures sont mal connues du personnel ou n'ont pas été réinterrogées au regard es EI et EIGS survenus ces dernières années.
R29	Remarque n°29, p.55 : L'existence de l'astreinte infirmière de nuit n'est pas connue de tout le personnel.
R30	Remarque n°30, p.55 : Les conventions avec les partenaires sont peu sollicitées.

VI - CONCLUSION

L'EHPAD « Les Jardins de Belleville » est un établissement plutôt propre, un climat y est plutôt apaisé. L'arrivée d'un nouvel IDEC a permis d'améliorer la prise en charge des résidents. L'établissement a le souci de faire participer les résidents et leurs familles à l'amélioration de la qualité, mais le personnel paraît moins partie prenante de cette démarche.

Cependant les principales remarques et écarts portent sur plusieurs points :

- Un personnel insuffisant et l'emploi de nombreux vacataires,
- Une posture professionnelle qui peut apparaître peu bienveillante,
- Une prise en charge médicale qui reste fragile sur bien des points.

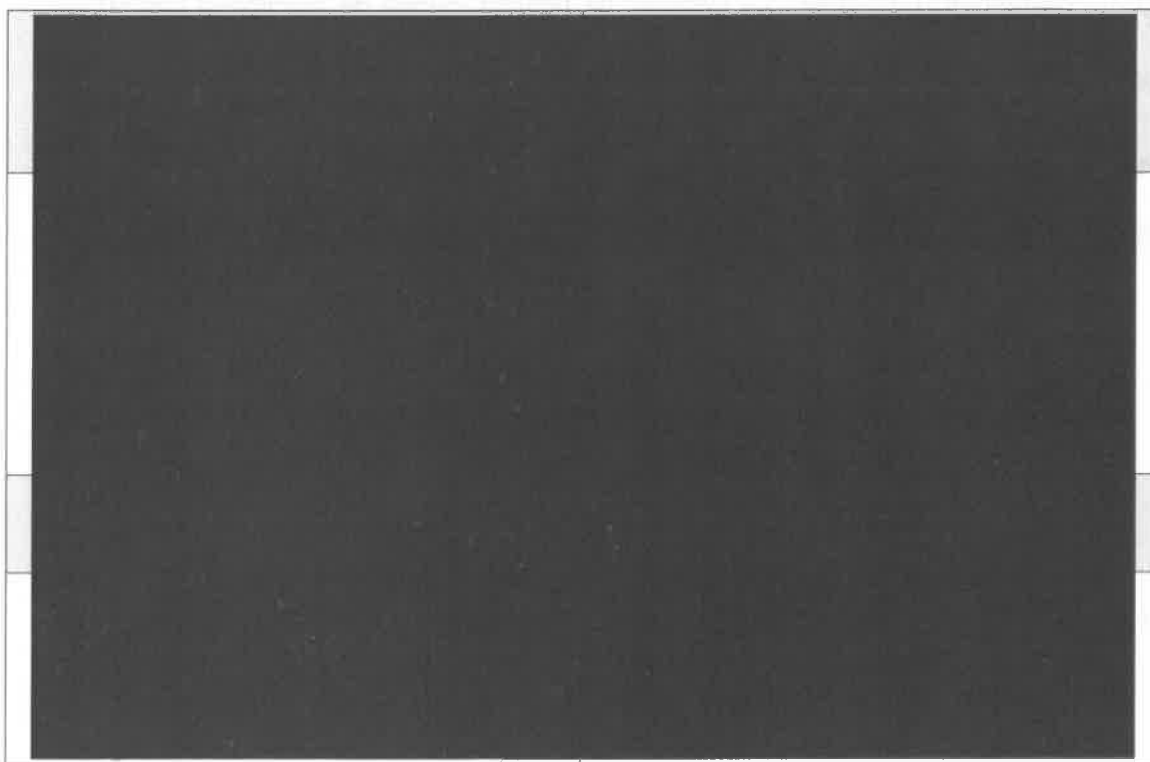
Il conviendrait de travailler en priorité sur deux dimensions :

- Développer la communication entre le personnel et les familles notamment en travaillant sur la posture bienveillante du personnel,
- Fidéliser le personnel.

Cet établissement doit notamment mieux se prémunir contre les risques de maltraitance en travaillant sur 3 axes :

- Les plannings en évitant de sur-solliciter les agents volontaires qui risquent de s'épuiser à la tâche et en évitant le glissement de tâches,
- Des formations plus pointues sur la prévention de la maltraitance,
- Une mise au travail commun des événements indésirables, une co-construction et un partage des bilans et des plans d'actions autour des événements indésirables.

La prise en charge médicale doit être garantie dans toutes ces dimensions : évaluation multidimensionnelle, nutrition, escarres, chutes, contention...



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

Annexe 1 : Lettre de mission



Délégation départementale de Paris

Sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par : Sophie PASQUIER

Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Madame Wendy ABITBOL, cheffe de projet inspections EHPAD, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France

Madame Floriane WERCH, personne qualifiée, chargée de mission secteur personnes âgées, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France

Madame Firyal ABDELJAOUAD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Paris, le 9 novembre 2022

Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection contrôle » validée par le Conseil national de pilotage des ARS.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD « Les Jardins de Belleville » (FINESS 750041659) situé au 259 rue de Belleville à 75019 Paris, géré par OMEG'AGE GESTION, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions actuelles d'accueil et de prise en charge des résidents ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure.

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

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS IDF) :

- Madame Sophie PASQUIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, coordonnatrice de la mission, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;
- Madame Wendy ABITBOL, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF ;
- Madame Floriane WERCH, désignée personne qualifiée conformément à l'article L.1421-1 du Code de la santé publique, Délégation départementale de Paris, ARS IDF.

Pour sa composante Ville de Paris :

- 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 ;
- Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, 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.

L'inspection sera réalisée sur le mode inopiné et débutera à compter du **17 novembre 2022 à 8h30**. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjoindre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

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

Le Directeur de la Délégation départementale de
Paris de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

Pour la Maire de Paris et par délégation,



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

Jeudi 17 Novembre 2022
EHPAD « Les Jardins de Belleville »

Liste (non exhaustive) des documents à remettre à la mission

Documents à remettre immédiatement :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant. Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
A	Liste nominative des résidents par chambre admis à ce jour avec leur date de naissance ou âge, date d'entrée, bénéficiaire aide sociale et leur GIR (si possible <u>format EXCEL</u> et non pdf) ;	1 copie + sur clé USB	oui	
B	Liste nominative des professionnels intervenant au sein de l'EHPAD (titulaires, CDI/CDD, stagiaires, libéraux etc..) avec leur fonction, affectation, présents/absents/poste vacant et date de recrutement (format <u>EXCEL</u> et non pdf)	1 copie + sur clé USB	oui	
C	Planning nominatif des salariés présents (y compris l'équipe de la nuit écoulée) ce jour, légendé (explication des codes couleurs et abréviations) – dont vacataires	1 copie + sur clé USB	oui	
D	Liste des membres du CVS	1 copie + sur clé USB	oui	
E	Plannings des professionnels soignants pour le mois en cours et le mois précédent	1 copie + sur clé USB	oui	
F	Organigramme nominatif de l'EHPAD	1 copie + sur clé USB	oui	
G	Un plan des locaux	1 copie + sur clé USB	oui	
H	Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents et des familles	Consultation	non	

A remettre ce jour :

N°	Nature du document demandé dans une chemise avec le N° correspondant Noter directement sur chemise les infos importantes	Copie (s/clé USB avec numéros) ou consultation	Transmis/Consulté	Confirmation de dépôt sur clé par le directeur/directrice
I- La gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations				
1	Qualifications, diplôme et contrat de travail du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MedCo, médecin prescripteur et de l'IDEC	Clé USB	oui	
2	Fiche de poste et/ou lettre de mission du directeur de l'EHPAD, de l'adjoint de direction, du MedCo, de l'IDEC et médecin prescripteur	Clé USB	oui	
3	Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)	Clé USB	oui	
4	Subdélégation de l'adjoint de direction	Clé USB	Pas d'adjoint	
5	Procédure en cas d'absence imprévue du personnel	Clé USB	non	
6	Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)	Clé USB	oui	
7	Planning des astreintes depuis le 1 ^{er} janvier 2022	Clé USB	oui	
8	Dernière évaluation externe et interne et le suivi du plan d'actions	Clé USB	oui	
9	Compte-rendu des CODIR EHPAD réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	oui	
10	Compte-rendu des CODIR avec l'organisme gestionnaire réalisés en 2021 et 2022 et les CR	Clé USB	oui	
11	CR des réunions d'équipes	Clé USB	non	
12	Projet d'établissement	Clé USB	oui	
13	Plan d'amélioration continue de la qualité	Clé USB	non	
14	Liste nominative des personnels CDD en 2021 et janvier à octobre 2022	Clé USB	oui	
15	Tableau des ETP pourvus et non pourvus du mois en cours (tableau Excel et non pdf)	Clé USB	oui	
16	Extraction sous fichier Excel du Registre unique du personnel	Clé USB	oui	
17	Plannings des équipes de soins jour/nuits et ASH des 3 derniers mois (y-compris les temps de transmission) et organisation type des personnels par unité ou secteur + plannings réalisés de juin et de juillet + planning prévisionnel de novembre Précision de la légende des sigles utilisés	Clé USB	oui	
18	Plan de formation réalisé N-2, N-1 et prévisionnel N, attestations des formations suivies	Clé USB	oui	
19	Dossiers des résidents : projets de vie	Consultation	oui	
20	Dossiers RH des salariées	Consultation	oui	
21	Les fiches de tâches heurées et fiches de poste des IDE, AS/ASG/AES (AMP/Auxiliaires de vie) et ASH de jour et de nuit	Clé USB	Oui sauf ASH	
22	Les conventions de stage des élèves stagiaires	Clé USB	oui	

67/70

	présents le jour de la visite d'inspection			
23	Copie des registres des délégués du personnel	Consultation	non	
24	Cahiers des Délégués du personnel	Consultation	non	
25	Procédure d'accueil du nouveau salarié	Clé USB	oui	
26	Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)	Clé USB	oui	
II- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance				
27	Liste nominative des résidents admis à ce jour avec leur GIR, la date de la dernière évaluation du GIR, leur date de naissance ou âge, date d'entrée, date de PVI, bénéficiaire aide sociale, protection juridique (si possible format EXCEL et non pdf)	Clé USB	oui	
28	Calendrier de mise à jour/réévaluation des PVI	Clé USB	oui	
29	Registre légal des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation	oui	
30	Récapitulatif des événements indésirables recensés en 2020, 2021 et 2022 en précisant : date, motifs et si déclarés ou non à ARS/CD	Clé USB	oui	
31	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)	Clé USB	oui	
32	CR des réunions des CVS 2021 et 2022 et coordonnées de ses membres et des représentants des familles	Clé USB	oui	
33	CR des réunions avec les familles 2021/2022	Clé USB	Pas de réunions	
34	Relevé mensuel des appels malades et temps de décroché (mois M-1, M en cours et août 2022) ;	Clé USB	oui	
35	Extraction du journal appel malades de J, J-1 et de la nuit écoulée	Clé USB	oui	
36	Registre de sécurité et rapport de la dernière visite de la commission de sécurité	Consultation	oui	
37	Planning des animations des 3 derniers mois	Clé USB	oui	
38	Enquête de satisfaction 2021 et 2022	Clé USB	oui	
III- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante				
39	Supports de transmission et de suivi, et de communication en interne	Consultation	oui	
40	Toutes les procédures sur le circuit du médicament et autres documents en lien avec la prise en charge médicamenteuse	Clé USB	oui	
41	Convention avec l'officine de pharmacie délivrant les médicaments	Clé USB	oui	
42	Liste nominative des résidents ayant des repas enrichis, mixés ou hachés ; des résidents avec régime	Clé USB	oui	
43	Liste nominative des médecins traitants des résidents	Clé USB	oui	
44	Conventions entre l'EHPAD et les établissements de santé publics et privés au titre de la continuité des soins (urgences/MCO/Psychiatrie)	Clé USB	oui	
45	Conventions signées avec l'équipe mobile gériatrique (EMG), les réseaux de soins palliatifs, les services de	Clé USB	oui	

	hospitalisation à domicile (HAD)			
46	Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)	Clé USB	liste	
47	Rapport de la commission gériatrique annuelle et dates de réunions 2021 et 2022	Clé USB	Pas de compte rendu mais attestation de tenue	
48	Liste des protocoles de soins et communication des protocoles suivants : admission, chute, douleur, escarres, pansements, dénutrition, contentions, risque suicidaire	Clé USB	oui	
49	DARI - Document d'Analyse des Risques Infectieux -	Clé USB	oui	
50	Nombre de chutes répertoriées, année 2021 et de janvier à octobre 2022	Clé USB	oui	
51	Extraction des données de suivi nutritionnel : poids/IMC/Albumine : année 2021-2022 (format Excel) Extraction des données des tests réalisés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pour l'ensemble des résidents, année 2021-2022 (format Excel)	Clé USB	oui	
52	Procédure d'appel d'urgence pour intervention médicale H24 (à usage des AS/AMP)	Clé USB	oui	
53	Vaccination anti-grippale réalisée en interne par l'EHPAD cet hiver : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés années 2021-2022	Clé USB	oui	
54	Vaccination COVID dernière dose de rappel réalisée en interne par l'EHPAD : nombre de personnels vaccinés, nombre de résidents vaccinés à ce jour	Clé USB	oui	
55	Deux derniers rapports annuels d'activité médicale (RAMA)	Clé USB	oui	
56	La synthèse nutritionnelle sur 5 semaines en remplissant le tableau joint appelé Nutrition Synthèse Modèle. Les menus des mois d'août, septembre et octobre 2022	Clé USB	oui	
57	Procédures et modes opératoires en lien avec la gestion des événements indésirables dont ceux associés aux soins : - procédure présentant le type d'EI à déclarer et modalités de déclaration - extraction/copie du registre d'enregistrement des EIG déclarés aux autorités de contrôle et plans d'action corrective mis en œuvre (N et N-1)	Clé USB	oui	
IV-La dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins				
58	Contrats de location des lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres en cours Équipement de l'EHPAD en rails, lèves personnes et chariots douches ?	Clé USB	Contrats non fournis	
59	Factures 2020 et 2021 des locations (lits médicalisés, lits Alzheimer et matelas anti-escarres, ascenseur)	Clé USB	oui	

Annexe 3 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection

Directrice
MedCo intérimaire
MedCo du siège
IDEC
Gouvernante (prestataire)
Infirmière
Psychologue
Kinésithérapeute
Auxiliaire de vie
Une AS
Une ASH (prestataire)
Un résident
La fille d'une résidente
Deux membres du CVS