

**Cabinet de la Directrice générale  
Inspection régionale autonomie santé  
Délégation de l'Essonne**

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
Résidence de Ballancourt**

**Adresse : 10, rue de la Vallée 91610 Ballancourt-sur-Essonne**

**N° FINESS : 910004159**

**RAPPORT D'INSPECTION**

**N° 2023\_IDF\_00005**

**Inspection sur place du 2 mars 2023**

Mission coordonnée par

- Monsieur Benoît Costa, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, coordonnateur de la mission d'inspection ;

Accompagné par :

- Madame Sylvie Champon, contrôleuse désignée par la directrice générale de l'agence régionale de santé Ile-de-France ;
- Madame Daniella da Veiga, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique ;
- Madame Sylvie Zemouri-Collet, désignée personne qualifiée conformément à l'article L. 1421-1 du code de la santé publique.

Textes de référence

- Article L.1421-1 à L. 14-21- du Code de la santé publique
- Article L. 1435-7 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

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <b>AVERTISSEMENT .....</b>   | <b>2</b>                           |
| <b>SYNTHÈSE .....</b>  | <b>4</b>                           |
| <b>1 INTRODUCTION .....</b>  | <b>5</b>                           |
| 1.1 Contexte de la mission d'inspection .....                                      | 5                                  |
| 1.2 Modalités de mise en œuvre .....   | 5                                  |
| 1.3 Présentation de l'établissement .....  | 6                                  |
| <b>2 CONSTATS.....</b>   | <b>6</b>                           |
| <b>3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>                              | <b>8</b>                           |
| 3.1 L'encadrement des équipes .....  | 8                                  |
| 3.2 La situation des effectifs .....   | 8                                  |
| 3.3 L'organisation du travail .....  | 8                                  |
| <b>4 RESPECT DES DROITS DES RÉSIDENTS .....</b>                                    | <b>16</b>                          |
| 4.1 Nombre et profil des résidents accueillis au jour de l'inspection.....         | 16                                 |
| 4.2 Modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents .....                    | 16                                 |
| 4.3 Communication avec les familles et le CVS.....                                 | 16                                 |
| 4.4 Gestion des réclamations et des événements indésirables .....                  | 16                                 |
| <b>5 LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS.....</b>                                  | <b>21</b>                          |
| 5.1 Les locaux et installations dédiés aux soins .....                             | 21                                 |
| 5.2 Les missions du médecin coordonnateur.....                                     | 21                                 |
| 5.3 Les soins individuels .....  | 21                                 |
| 5.4 Prise en charge médicamenteuse.....  | 21                                 |
| <b>6 CONCLUSION .....</b>  | <b>28</b>                          |
| <b>GLOSSAIRE .....</b>   | <b>29</b>                          |
| <b>ANNEXES .....</b>   | <b>31</b>                          |
| 6.1 Annexe I : Lettre de mission.....  | 31                                 |
| 6.2 Annexe II : Courrier d'annonce .....   | 33                                 |
| 6.3 Annexe III : Liste des documents consultés par la mission d'inspection .....   | 34                                 |
| 6.4 Annexe IV : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection ..... | 36                                 |
| 6.5 Annexe V : Autres documents annexés .....                                      | 37                                 |
| 6.5.1 Annexe V.1- Situation des effectifs (§I-B, supra).....                       | 37                                 |
| 6.5.2 Annexe V.2-Les achats de consommables (§III-B).....                          | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| 6.5.3 Annexe V.3-Les achats de consommables (§III-C) .....                         | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |

## SYNTHÈSE

### **Éléments déclencheurs de la mission**

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

### **Méthodologie suivie et difficultés rencontrées**

Cette inspection s'est déroulée sur une journée au sein de l'EHPAD. La visite d'inspection était inopinée ; il a été demandé à la direction de l'établissement de mettre sans délai à la disposition de la mission certains documents pour être consultés sur place ou analysés les jours suivants par la mission.

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 :

- La politique en faveur de la bientraitance ;
- La gestion et le suivi des événements indésirables graves ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La gouvernance et la gestion des ressources humaines : management, délégations et subdélégations, conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.

La mission d'inspection a mené des entretiens avec la direction, des professionnels de l'établissement et des résidents.

Les membres de la mission n'ont pas rencontré de difficultés particulières au cours de la visite d'inspection ni lors des échanges postérieurs.

Lors de l'inspection, le coordonnateur de la mission n'étant pas habilité et assermenté, aucun membre de la mission d'inspection n'a pu accéder aux locaux, lieux, installations ou moyens de transport qui sont à l'usage de l'habitation de résidents (cf. arrêté du 31 mars 2022 fixant le modèle de formulaire prévu à l'article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles relatif au recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation)

### **Principaux écarts et remarques constatés par la mission**

Le contrôle a identifié 28 écarts à la réglementation et aux bonnes pratiques professionnelles et fait part de 28 remarques.



# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte de la mission d'inspection

Le Gouvernement a engagé début février 2022 la mise en œuvre d'un 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 » validée par le Conseil national de pilotage des ARS. Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements de nature à affecter la prise en charge des personnes âgées accueillies en EHPAD et / ou le respect de leurs droits ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les EHPAD, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et le respect de leurs droits et libertés.

L'Ehpad Résidence de Ballancourt, situé à 10, rue de la Vallée, 91610 Ballancourt-sur-Essonne, Finess : 910004159, a été inscrit dans la programmation des contrôles à réaliser dans le cadre de ce plan.

Le contrôle de cet établissement, diligenté à ce titre sur le fondement de l'article L.313-13. V du code de l'action sociale et des familles (CASF), a pour objectif de réaliser une évaluation et une vérification des conditions de son fonctionnement et de la qualité des prises en charge des résidents.

## 1.2 Modalités de mise en œuvre

Ce contrôle a été réalisé sur place (inspection) le 2 mars 2023, sans annonce préalable à l'établissement (visite sur site inopinée)

Il a été réalisé par l'ARS.

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

### GOUVERNANCE

1. Conformité aux conditions de l'autorisation ou de la déclaration
2. Management et Stratégie
3. Animation et fonctionnement des instances
4. Gestion de la qualité
5. Gestion des risques, des crises et des événements indésirables

### FONCTIONS SUPPORT

6. Gestion des ressources humaines
7. Gestion budgétaire et financière
8. Gestion d'information
9. Bâtiments, espace extérieurs et équipement
10. Sécurité

### PRISE EN CHARGE

11. Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie
12. Respect des droits des personnes
13. Vie sociale et relationnelle
14. Vie quotidienne - Hébergement
15. Soins

### RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

16. Environnements
17. Coordination avec les autres secteurs.

La composition de la mission figure en p.1 du rapport et dans la lettre de mission en **annexe 1**.

La liste des documents demandés et le relevé des documents transmis figure en **annexe 2**.

### 1.3 Présentation de l'établissement

Situé au 10, rue de la Vallée, 91610 Ballancourt-sur-Essonne, l'Ehpad Résidence de Ballancourt est géré par la société par actions simplifiée Sésame, située 10, rue de la Vallée, 91610 Ballancourt-sur-Essonne.

Ouvert en 2001, l'Ehpad Résidence de Ballancourt dispose de 100 places en hébergement permanent.

Il est habilité à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale pour 14 places.

Il est doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa).

Selon l'ERRD 2021, le GMP s'élève à ■■■ et le PMP à ■■■<sup>1</sup>.

Plus précisément, la distribution des unités est la suivante :

| Étage/bâtiment         | Type d'unité                               | Nombre de résidents accueillis |
|------------------------|--|--------------------------------|
| RDC                    | Unité de vie protégée<br>Unité RDC<br>Pasa | 14 résidents<br>9 résidents    |
| 1 <sup>er</sup> étage  | Unité classique                            | 17 résidents                   |
| 2 <sup>ème</sup> étage | Unité classique                            | 31 résidents                   |
| 3 <sup>ème</sup> étage | Unité classique                            | 24 résidents                   |

Le budget de fonctionnement est de 1 818 664,30 € en 2022 au titre du soin.

Le Cpom a été signé le 21 décembre 2018. Ses principaux objectifs sont :

- 1) Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux ;
- 2) Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des personnes ;
- 3) Optimiser la gestion des établissements et services.

Les suivis du CPOM ne sont pas annexés aux ERRD 2019, 2020 et 2021 malgré l'obligation de transmettre ce document via la plateforme de la CNSA.

Le calendrier d'élaboration du 2<sup>e</sup> Cpom est le suivant : 2026

## 2 CONSTATS

Le rapport est établi au vu des constats effectués sur place et des documents présentés et/ou remis, ainsi que selon les déclarations des personnes rencontrées.

<sup>1</sup> Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de 738 et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.



**Consignes de lecture :**

La grille est renseignée de la façon suivante :

**O** : pour *Oui* ou *conforme*, selon les cas

**N** : pour *Non* ou *non conforme*.

**Écart** : toute non-conformité à une référence juridique, identifié **E** dans les tableaux du rapport ;

**Remarque** : tout dysfonctionnement ou manquement ne pouvant pas être caractérisé par rapport à une référence juridique, identifié **R** dans les tableaux du rapport.

---

## 3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

3.1 L'encadrement des équipes

3.2 La situation des effectifs

3.3 L'organisation du travail



### 3.1 - ENCADREMENT DES ÉQUIPES

| Points abordés et constatés lors de l'inspection                                     | O | N | E/R | Commentaires  | Réf.   |
|--|---|---|-----|---|--|
| Le jour J, la direction de l'Ehpad est-elle assurée ?                                | O |   |     | La directrice de l'Ehpad n'était pas présente à l'arrivée de la mission d'inspection, à 9 heures car [REDACTED]. Celle-ci a été appelée lors de notre arrivée. [REDACTED] Normalement, elle doit être remplacée par l'adjointe, qui n'était pas présente à notre arrivée.   |  |
| Si le directeur est absent, son remplacement est-il formalisé et connu des équipes ? |   | N | R1  | Le remplacement de la directrice n'est pas formalisé par une procédure mais est connu par les équipes   | L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles     |
| Recrutement, diplôme, quotité de travail ?   | O |   |     | La directrice est en poste depuis [REDACTED]. Elle dirigeait auparavant [REDACTED]. La directrice n'est pas en mesure de nous présenter son diplôme. Il sera adressé le 8 mars 2023 par courrier électronique. Astreinte 24h/24h  |  |
| Délégation de pouvoir confiée au directeur et fiche de poste ?                       |   | N | E1  | Une fiche de profil de poste a été transmise mais celle-ci n'est ni nominative, ni datée, ni signée, ni actualisée (mai 2014). Il s'agit plutôt d'une fiche de fonction.<br><b>Pas de DUD</b><br>Pas de lettre de mission. Par ailleurs, la directrice n'est pas salariée de l'Ehpad mais du groupe Sesame.   | D. 312-176-5 du code de l'action sociale et des familles |
| Modalités de remplacement du directeur, astreintes de direction ?                    |   | N | E2  | Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 n'a pas été produit. Il n'y a pas de procédure ou de note d'organisation de la permanence de direction en cas d'absence de la directrice.<br>La directrice nous a informé verbalement que lorsqu'elle est absente, elle est remplacée par la directrice adjointe.<br>Astreinte de la directrice 24h/24h et samedi/dimanche en roulement avec la directrice adjointe, l'Idéc, la gouvernante, la secrétaire de direction | L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles     |

|   |   |   |    |  |   |
|---|---|---|----|--|---|
| Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste du MEDEC ?   |   | N | E3 | <p>Une fiche fonction a été transmise. Ce n'est donc pas une fiche de poste nominative, datée et signée.</p> <p>Diplôme de docteur en médecine. Pour autant, ce diplôme n'est pas suffisant. Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.</p> | D. 312-157 du code de l'action sociale et des familles  |
| <p>Recrutement, diplôme, quotité de travail, contrat de travail et fiche de poste de l'IDEC ?</p> <p>Permanence/astreinte paramédicale ?</p>                                    | O | N | R2 | <p>Une fiche fonction a été transmise. Ce n'est donc pas une fiche de poste nominative, datée et signée.</p> <p>Diplôme IDE + convention de formation DU IDEC</p> <p>La mission a pu constater sur les plannings fournis (janvier et février), que l'Iddec avait assuré une astreinte mensuelle.</p>   |   |
| L'OG est-il au courant des problèmes ou difficultés de l'EHPAD et prend-il des dispositions pour les résoudre ?   |   |   |    | <p>[REDACTED] Le gérant, [REDACTED] est régulièrement sur place (2 à 3 fois par semaine) et gère prioritairement les travaux.</p>  |   |
| <p>Réunions de la direction avec le personnel : fréquence et nature des réunions ?</p> <p>Qualité du dialogue et de l'écoute ? prise en compte et règlement des problèmes ?</p> | O | N | E4 | <p>Réunion : 1 fois par mois par équipe et contre équipe (Durée 1h à 1h30)</p> <p>CR : oui et diffusé au personnel et affiché</p> <p>[REDACTED] Par exemple :</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>  | D. 312-176-5 du code de l'action sociale et des familles (conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service, gestion et animation des ressources humaines) |



|   |   |    |   |   |
|---|---|----|---|---|
|   |   |    | <p>La directrice n'a mené aucun entretien professionnel avec les professionnels.</p> <p>En cas d'événement indésirable (aucune déclaration en 2022), le personnel est prié de s'adresser au psychologue ou à un IDE. Pour autant, certains de ces professionnels interrogés à ce sujet précisent qu'ils n'ont reçu, à ce sujet, ni formation, ni information, ni document.</p> <p>Aucun plan d'amélioration de la qualité n'est existant, ni prévu.</p> <p>Il est ressorti de différents entretiens que le projet d'établissement serait périmé depuis 2021</p> |   |
| Accueil des nouveaux salariés : procédure de prise de poste <sup>2</sup> et dossier RH type, remise de documents : RF...  | N | R3 | Une procédure d'accueil des nouveaux professionnels existe mais n'est pas à jour. Elle date de 2017.  |   |
| Formations prévues/réalisées dont :<br>pratiques professionnelles,<br>- bientraitance/prévention de la maltraitance,<br>- bon usage des outils et équipements de travail.<br>(Cf. Plans de formation 2021(réalisé) et 2022 (prévisionnel) et attestations de formation dans les dossiers salariés | N | E5 | <p>Aucune formation « Bientraitance » n'a été proposée en 2022, à la lecture du plan de formation 2022 qui dénombre un très faible nombre de formations extérieures : HACCP, AGGSU, VAE AS</p> <p>Certaines demandes de formations n'ont pas reçu de retour.</p> <p>Les feuilles de présence n'ont pas été produites.</p>   | <p>L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles du code de l'action sociale et des familles</p> <p>HAS, « La bientraitance : définition et repères... » et « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement ».</p> |
| Dispositifs d'accompagnement à la mobilité interne et à la promotion (par la VAE) ?faisant (Cf. Mêmes sources que supra)  | O |    | 9 ASH faisant fonction d'AS seraient en VAE d'AS.   |   |
| Entretiens professionnels annuels   | N | R4 | <p>██████████████████ la directrice de l'Ehpad n'a réalisé aucun entretien professionnel annuel.</p>  | D. 312-176-5 du code de l'action sociale et des familles  |

<sup>2</sup> Par ex. : travail en doublon, accompagnement par un pair, formations aux spécificités des résidents, accès aux informations individuelles], dossier RH type, remise de documents O/N : RF...

### 3.2 – LA SITUATION DES EFFECTIFS

| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires   | Réf.   |
|--|---|---|-----|--|--|
| Existe-t-il un logiciel métier de recensement/suivi des salariés présents, prévus (plannings)  |   | N | R5  | <p>Pas de pointage du personnel ou de cahier de présence avec émargement</p> <p>Le contrôle se fait lors de la réunion de transmission (la DA et un IDE de jour sont censés arriver vers 08:00 h).</p> <p>Le planning présenté le jour de l'inspection n'est pas conforme à ce qui a été constaté (horaires différents...).</p> <p>Au 1<sup>er</sup> étage (17 résidents), deux ASH (dont 1 vacataire) ont été positionnées (pas d'AS ni d'AES). Il nous a été répondu que l'ASH titulaire va démarrer un parcours de VAE.</p> |  |
| <p>Une personne identifiée est-elle en charge du suivi des salariés présents/absents ?</p> <p>Comment sont contrôlées les présences à chaque changement de service ?</p>   |   | N | E6  | <p>Non</p> <p>Le contrôle est visuel mais non formalisé et opéré par les cadres présents.</p>  | L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles   |
| <p>Absentéisme (principaux motifs : maternité, AT, maladies, absences de courte durée...) ?</p> <p>Taux de rotation (ratios, ancienneté dans les postes) ? (Cf. Documents de gestion disponibles<sup>3</sup>)</p> <p>Cf. aussi entretien directeur et tableau des effectifs)</p> |   | N | E7  | <p>La directrice n'a pas été en mesure de nous communiquer le taux de turn-over et le taux d'absentéisme au sein de l'établissement. Le Cpom 2019-2023 fixe pourtant comme l'un de ses objectifs (3.4) d'approfondir le plan d'actions de lutte contre l'absentéisme du personnel et d'atteindre un taux &lt; 10%.</p> <p>Un professionnel interrogé a évoqué une augmentation de l'absentéisme dû à la fatigue et à des accidents du travail.</p>   | L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (le Cpom fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs) |
| <p>Comment la structure fait-elle face aux absences ?</p> <p>Existe-t-il une procédure pour organiser les remplacements ?</p> <p>Cf. Entretiens directeur + cadres</p>   | O |   |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heures supplémentaires des salariés</li> <li>- Pool de vacataires</li> </ul> <p>Non, pas formalisé.</p> <p>L'Ehpad recourt aux heures supplémentaires ou fait appel à des vacataires au vu des disponibilités qu'ils leur communiquent. Il ne fait pas appel à des intérimaires.</p>  |  |



|  |   |    |   |  |
|--|---|----|---|--|
| Répartition du personnel en CDI (« titulaires ») et CDD.<br>Motifs et modalités de recours aux vacataires, à l'intérim et aux faisant fonction (fréquence, fonction) | N | E8 | <p>16 ETP d'ASH (15 CDI, 1 CDD) font fonction d'ASH soins, soit le même nombre d'ETP que les AS et AES. Seuls 9 d'entre eux seraient en VAE. Ceci démontre un glissement de tâches institutionnalisés. L'ARS tient à rappeler que les qualifications requises pour les AS sont, soit le diplôme, soit le statut « auxiliaire de vie en cours de VAE », soit celui d'étudiant infirmier ayant validé sa première année de formation.</p> <p>Aussi, la charge en dépendance calculée en fonction des seuls diplômés (AS et AES) est très élevée (4 381), &gt; 3 200. Si on intègre les faisant fonction, la charge est de 2 804.</p> <p>Le jour de l'inspection, un poste d'AS était vacant.</p> <p>La consultation du dossier de certains personnels démontre que certains vacataires, qui ne sont qu'ASH, candidatent en tant que vacataires AS et le contrat de travail stipule que les toilettes et changes des résidents figurent dans les tâches à accomplir (ex. : Mme C. A.).</p> | Article L. 4391 du code de la santé publique         |
| Effectifs médicaux et paramédicaux <sup>4</sup> salariés<br>Effectifs soignants mis à disposition  | N | R6 | La charge en soins est égale à 4 317, quelque peu supérieure à 4 300.   | L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles |
| Politique d'intégration des nouveaux embauchés   | N | R7 | Un dispositif d'encadrement et d'intégration des nouveaux arrivants est en cours de réalisation (Idéc, psychologue)   |  |
| Existe-t-il des fiches de poste pour tous les salariés?  | N | R8 | Elles ne sont pas présentes dans les dossiers des personnels.   |  |
| Tenue et complétude des dossiers RH<br>Entretiens avec les principaux responsables de l'EHPAD  | N | E9 | Dossiers RH (personnel) : bien tenus / chemises avec une couleur permettant d'identifier les CDD/CDI/vacataires   | L133-6 CASF (casier judiciaire)                      |

<sup>3</sup> Niveau d'absentéisme du personnel par catégorie professionnelle et motifs d'absentéisme : Bilan social 2021

<sup>4</sup> Taux d'encadrement des soignants : Réf : Guide CPOM-EHPAD, ARSIF, v2019 page 15 (TO cible entre 5 et 10%)

|   |   |   |     | <p>Cependant, les dossiers vus par la mission d'inspection, n'étaient pas complets. Il manquait certains documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de poste ou fonction</li> <li>- Diplôme</li> <li>- EPA</li> <li>- Fiche d'aptitude</li> <li>- Attestations de formation</li> <li>- Casier judiciaire (vérification)</li> </ul>  |  |
|---|---|---|-----|---|--|
| Points abordés et constatés lors de l'inspection  | O | N | E/R | Commentaires  | Réf.   |
| <b>3.3 - ORGANISATION DU TRAVAIL</b>  |   |   |     |   |  |
| <p>Modalités de constitution des équipes et contre-équipes ?</p> <p>Roulement entre les différentes unités de vie ?</p> <p>La construction des plannings prend-elle en compte les difficultés particulières de certaines unités pour éviter l'épuisement des personnels ?</p> |   | N | E10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 équipes de jour, 1 équipe de nuit (3 agents dont les prises de poste s'échelonnent de 19:00 à 20:00)</li> <li>- Pas de dispositif de continuité des soins la nuit (IDE mutualisé, astreinte infirmière de nuit) alors que, dans le Cpom 2019-2023, l'objectif 3.3 est de s'inscrire à l'appel à candidature pour la mise en œuvre d'une infirmière favorisant la continuité des soins la nuit dans l'établissement (mutualisation ou astreinte) avec d'autres Ehpad</li> </ul> | L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (le Cpom fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs) |
| <p>Modalités de gestion des plannings des équipes soignantes ?</p> <p>Des équipes hôtelières ?</p>  |   |   |     |   |  |
| Couverture du personnel sur 1 journée : nombre d'ETP présents le matin, l'après-midi, le soir et la nuit (en semaine et le week-end) ?  |   | N | R9  | Le planning fourni est inexploitable : présence de sigles sans légende pour les expliquer, absence d'horaires pour certains professionnels  |  |
| <p>Modalités d'organisation des transmissions entre les équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui en assure le pilotage ?</li> <li>- existe-t-il une procédure ?</li> <li>- mode de traçabilité des transmissions (registre, logiciel) ?</li> </ul>          | O |   |     | Deux transmissions quotidiennes, écrites et orales : à 08:00 et 19:45 entre un IDE et l'AS de nuit  |  |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires  | Réf. |
|--|---|---|-----|---|------|
| Quels sont les personnels présents la nuit ?<br>L'équipe de direction procède t- elle à des visites inopinées la nuit, les fins de semaine et les JF ? |   |   |     | 2 AS (dont 1 ASH en VAE) + 1 ASH.<br>L'Iddec envisage un contrôle inopiné de nuit mais ne l'a pas encore réalisé. |      |



---

## **4 RESPECT DES DROITS DES RÉSIDENTS**

- 4.1 Nombre et profil des résidents accueillis au jour de l'inspection**
- 4.2 Modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents**
- 4.3 Communication avec les familles et le CVS**
- 4.4 Gestion des réclamations et des évènements indésirables**

**Grille de contrôle/Respect des droits des résidents :**

| <b>4.1 PROFIL DES RÉSIDENTS ACCUEILLIS</b>   |   |   |     |   |  |
|--|---|---|-----|---|--|
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires  | Réf.   |
| Existe-t-il un registre légal des entrées et sorties des personnes accueillies ?<br>Est-il tenu régulièrement à jour ?   |   |   |     | Le registre légal n'a pas été consulté. La liste des résidents pris en charge le 2 mars 2023 avec date de naissance, sexe, numéro de chambre a été communiquée.   | L 331 -2 (registre d'entrée et de sortie)                    |
| Nb de résidents accueillis le jour de l'inspection (ou jour J) ?   |   | N | R10 | 94 résidents.TO = ■■■■, non conforme alors que l'objectif 3-1 du Cpom 2019-2023 fixe un taux d'occupation >= 95 % sur toute la durée du Cpom  |  |
| <b>4.2 MODALITÉS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS</b>   |   |   |     |   |  |
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires  | Réf.   |
| Admission : procédure écrite ? avis pluridisciplinaire ? modalités mises en place pour faciliter l'intégration de la personne dans l'Ehpad (habitudes de vie, goûts, horaires journaliers) ? bilan après 3 mois de l'admission ? | O |   |     | Procédure d'admission écrite avec logigramme du 03/01/2017 : conforme aux attendus<br><br>Procédure de préparation de l'entrée du résident au 03/01/2017 : administratif + hôtelière + soins avant l'arrivée du résident : conforme aux attendus<br><br>Procédure d'accueil du nouveau résident (arrivée du résident) avec logigramme du 03/01/2017 : conforme aux attendus<br><br>Cependant, sur la procédure d'accueil du nouveau résident, il n'est pas précisé qu'un bilan sera effectué après 3 mois | D312-155-1 décret du 13 avril 2012                           |
| Le pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa)   |   | N | E11 | Les locaux du Pasa étaient ■■■■ et encombrés (non rangés).<br><br>L'entrée du Pasa s'effectue par le réfectoire. Des fauteuils roulants, cartons, cafetière étaient entreposés dans l'entrée, ce qui gênait la mobilité et pouvait provoquer des chutes de résidents.<br><br>Une salle d'activité n'est plus utilisée par les résidents. Celle-ci sert à entreposer du matériel d'activités.  | D. 312-155-0-1 du code de l'action sociale et des familiales |



|                         |  |   |     |   |   |
|-------------------------|--|---|-----|---|---|
|                         |  |   |     | Sur la terrasse du PASA, des mégots jonchaient le sol. La terrasse n'était pas convenablement entretenue.   |   |
| Les locaux              |  | N | E12 | Le Cpom 2019-2023 prévoit l'aménagement d'un espace de rééducation afin d'améliorer la prise en charge de kinésithérapie (calendrier de mise en œuvre : dès 2019). Le jour de l'inspection, une séance de kinésithérapie se déroulait devant des ascenseurs. Cet aménagement n'est toujours pas effectif. | L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (le Cpom fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs |
|                         |  |   | R11 | Les menus n'étaient pas affichés aux 1ers et 2 <sup>e</sup> étages.<br>Les plans d'actions des événements indésirables affichés dataient de 2013.<br>L'affichage des animations était en partie caché sur un panneau d'affichage du 2 <sup>e</sup> étage.   |   |
|                         |  |   | R12 | Le PC de transmissions (traçabilité) au 1 <sup>er</sup> étage étaient éteints (non allumés).  |   |
|                         |  |   | E13 | Au 3 <sup>e</sup> étage, les fenêtres ne sont pas sécurisées. Il nous a été reporté qu'elles ne le sont qu'à la demande du psychologue et dans ce cas, les poignées sont retirées.  | L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles  |
| L'unité de vie protégée |  | N | E14 | Le matin de l'inspection, aucune activité n'était proposée au sein de l'unité de vie protégée, la télévision était éteinte et aucune musique n'était diffusée.  | L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles  |

| 4.3 COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LE CVS  |   |   |            |   |  |
|--|---|---|------------|---|--|
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R        | Commentaires  | Réf.   |
| Existe-t-il un conseil de vie sociale ou un groupe d'expression ou de toute autre forme de participation ?                           | O |   |            | Oui. Constitué en février 2023. Le CVS n'existait pas avant.  | D. 311-3 et D. 311-21 à 25 CASF                      |
| Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? |   |   |            | Le bureau du CVS sera constitué lors de la première réunion en mars / avril.  | D. 311-4 à -20                                       |
| 4.4 GESTION DES RÉCLAMATIONS ET DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES  |   |   |            |   |  |
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R        | Commentaires  | Réf.   |
| Affichage liste des PQ, tél 3977/ALMA ?<br>Mesures particulières de protection des biens et des ressources des personnes ?           | N |   | <b>E15</b> | A l'entrée de l'Ehpad, l'affichage était incomplet. Il manquait l'arrêté des personnes qualifiées ainsi que l'affiche « ARS Alerte ».   | L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles |
| Existe-t-il une procédure de recueil et de traitement des réclamations ? quid des signalements (documenter) ?                        |   | N | <b>R13</b> | Pas de cahier à disposition pour les résidents et les familles pour rédiger une réclamation. Pas de registre<br><br>Pas de procédure écrite de traitement des réclamations portées par les résidents et familles.<br><br>La directrice ne gère pas directement les réclamations. En effet, si la réclamation porte sur un sujet médical, c'est le Medec, l'Iddec ou un IDE qui répondent. Pour les autres motifs, c'est la gouvernante. |  |
| Un suivi et un bilan des réclamations sont-ils dressés ?<br>Quid des signalements ? (documenter)                                     |   | N | <b>R14</b> | Il a été demandé à l'Ehpad de communiquer le registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles depuis 2019. Une pochette vide nous a été remise.<br><br>L'ARS a pourtant été saisie d'une réclamation, le 14 décembre 2022, qui a fait l'objet d'une enquête auprès de l'établissement.   |  |



|   |   |   |            |   |  |
|---|---|---|------------|---|--|
| Les éléments signalés par les résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles, ainsi que l'analyse des réclamations sont-ils utilisés pour améliorer les prestations fournies ?                             |   | N | <b>R15</b> | Dernière enquête de satisfaction faite en 2021. Pas de résultat de l'enquête de 2021 remis.<br><br>La prochaine devrait être réalisée en 2023   |  |
| Existence d'une procédure de recueil et de traitement des EI/EIG ?  | O |   |            | Protocole de signalements et gestion d'événements indésirables du 24/01/2018 rédigé par l'ancienne directrice (concerne les professionnels, les résidents, les familles et aidants)<br><br>Protocole de gestion des événements indésirables du 25/11/2014 rédigé par l'ancienne directrice. Ce protocole est destiné aux déclarations d'EI par les professionnels de l'Ehpad.<br><br>La fiche vierge de signalement des événements indésirables permettant la déclaration n'a pas été jointe et n'est pas dans les protocoles | L. 331<br><br>-8-1 et R. 331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016<br><br><br><br>L. 313-24 CASF |
| Existe-t-il un support ou logiciel métier de recueil et suivi des EI ?<br>Qui l'alimente ? un mode d'emploi est-il disponible ?   |   | N | <b>R16</b> | Pas de support<br><br>Aucun événement indésirable n'a été déclaré depuis le 1 <sup>er</sup> décembre 2021.  |  |
| Des cas de maltraitance ont-ils été identifiés au sein de l'EHPAD ? ont-ils été répertoriés ? signalés aux autorités ? fait l'objet d'un signalement au Procureur de la République ?  |   |   |            | Selon les dires de la directrice : pas de cas de maltraitance   | Article 434-3 du Code Pénal  |
| Existe-t-il une politique formalisée de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance (repérage des pratiques maltraitantes, des situations à risque, plan de formation adapté, plan de soutien des personnels...) ? |   |   |            | Aucune formation Bientraitance n'a été proposée en 2022. En 2023, tout le personnel devrait être formé à Humanitude.  |  |
| Les EI/EIG donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ? font-ils l'objet de <i>retex</i> ?   |   |   |            | Non, aucun événement indésirable n'a été signalé en 2022.   |  |

## 5 LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

### 5.1 Les locaux et installations dédiés aux soins

### 5.2 Les missions du médecin coordonnateur

### 5.3 Les soins individuels

### 5.4 Prise en charge médicamenteuse

#### Grille de contrôle/Organisation et fonctionnement de la dispensation des soins- prises en charge médicale et soignante :

| Points abordés et constatés lors de l'inspection                                | O | N | E/R        | Commentaires  | Réf.   |
|---|---|---|------------|---|--|
| <b>5.1 Les locaux et installations dédiés aux soins</b>                         |   |   |            |   |  |
| Locaux de soins Nombre de postes de soins dans l'établissement.                 |   | N | <b>R17</b> | Il existe un seul local de soins situé au RDC de l'établissement. <b>Son accès est sécurisé par une poignée à code non fonctionnelle.</b> La porte du local de soins reste constamment ouverte.   |  |
|   |   |   | <b>R18</b> | Lors de la visite de mission, le chat de l'Ehpad rentrait librement dans le poste de soin. <b>La présence de l'animal dans le local peut constituer un risque pour les résidents et le personnel soignant.</b>  |  |
| Locaux de soins Local de soin propre et entretenu, nettoyage tracé              | O |   |            | Le local était propre et entretenu. La mission a constaté la traçabilité du bio nettoyage.  |  |
| Locaux de soins Paillasse pour la préparation des soins                         |   | N | <b>R19</b> | La paillasse était propre <b>mais encombrée. Elle n'était pas disponible pour la préparation des soins.</b>   |  |
| Locaux de soins Collecteurs DASRI OPCT et carton rigide dans le local de soins. |   | N | <b>E16</b> | Présence de collecteurs DASRI. Les collecteurs ouverts comportaient la mention de la date de mise en service. La mission a constaté la présence de déchets non ménagers dans le sac à destination des DASRI mous dans l'infirmerie.<br><b>Les déchets d'activités de soins et assimilés définis à l'article R. 1335-1 du code de la santé publique ne sont pas systématiquement séparés des autres déchets dès leur production.</b> | Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine |



| Points abordés et constatés lors de l'inspection                                 | O | N | E/R            | Commentaires  | Réf.   |
|--|---|---|----------------|---|--|
| Locaux de soins Contrôle de la température quotidienne réfrigérateur             |   | N | E17<br><br>R20 | Un réfrigérateur est présent dans l'infirmerie. <b>Il n'y a pas de traçabilité sur le suivi de température, du nettoyage et du dégivrage.</b> D'après les entretiens les suivis sont réalisés mais pas formalisés.<br><b>Aucune procédure en cas de relevé anormal a été présenté à la mission,</b> ce qui peut avoir pour conséquences l'administration de médicaments périmés.  | Articles R. 4312-38 du CSP   |
| Entreposage et collecte des DASRI  |   | N | E18            | Il existe un local d'entreposage des DASRI au sous-sol non signalisé ni sécurisé. La mission a pris connaissance du protocole DASRI et OPCT qui stipule qu'une convention a été signée avec le prestataire SERVICE ACTION SANTE (SAS) indiquant un passage de collecte mensuelle.<br><b>Les DASRI doivent être entreposés dans un local identifié et sécurisé.</b>  | Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. |
| Dossiers de soins Rangement des dossiers de soins des résidents dans une armoire |   | N | E19            | Les dossiers de soins papiers nominatifs des résidents sont rangés dans une armoire ne fermant pas à clés dans le bureau du Medec et de l'IDEC.<br><b>L'accès aux dossiers des résidents en version papier, non sécurisé, ne permet pas de garantir la confidentialité des informations concernant les résidents.</b>   | Art. L. 311-3 du CASF et L. 1110-4 du CSP.   |
| Limitation de l'accès au local pharmacie et aux médicaments sécurisés            |   | N | E20            | Le local soin est composé d'un local pharmacie fermant à clé dont celle-ci est détenue uniquement par l'IDEC.<br>Les médicaments sont stockés dans la pharmacie dans une armoire, non sécurisée.<br><br>Il a été indiqué à la mission que le nettoyage est réalisé 1 fois par jour par l'ASH dans la pharmacie en l'absence des infirmiers. Cette armoire ne fermant pas à clés, le personnel non autorisés (AS, personnel d'entretien) peuvent avoir accès à ces stocks.<br><b>Le stockage des médicaments n'est pas correctement sécurisé et permet à des personnes non autorisées d'y avoir accès.</b> | Article R. 5132-26   |

| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires   | Réf.  |
|--|---|---|-----|--|---|
| 5.2 Les missions du médecin coordonnateur  |   |   |     |  |   |
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires   | Réf.  |
| 5.3 Les soins individuels  |   |   |     |  |   |
| Points abordés et constatés lors de l'inspection   | O | N | E/R | Commentaires   | Réf.  |
| Un plan de soins infirmiers concerté, formalisé et réévalué pour chaque personne prise en charge ?                                 |   | N | R21 | Les résidents ont un plan de soins individuel tracé sur [REDACTED]. Ils sont réévalués par l'Iddec si besoin.<br><b>Le rythme de réévaluation des plans de soins individuels n'est pas formalisé.</b>  | Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP<br>Article D. 312-155-0 2ème alinéa 20 du CASF |
| Coordination et transmission des informations relatives aux soins entre professionnels de la structure organisées et formalisées ? | O |   |     | Les transmissions au sein de l'équipe soignante sont assurées à la fois par écrit sur le logiciel [REDACTED] et par oral.<br>Les transmissions orales ont lieu le matin à 7h50 entre l'équipe soignante de nuit et l'équipe soignante de jour.<br>Vers 15h30 ont lieu les transmissions entre les AS et IDE de jour. Le soir, les transmissions ont lieu à 19h45. Ces transmissions durent 30 min. | Articles R. 4312-3621 du CSP<br>Articles D. 312-15822 du CASF                             |
| PPS Projet individuel/personnalisé de soins = existence pour chaque résident   |   | N | E21 | Aucun document n'a été remis à la mission sur les projets personnalisés de soins. Il a été indiqué, lors des entretiens, que la psychologue serait en charge de ce travail.<br><b>Les projets personnalisés de soins ne sont donc pas réalisés.</b>  | L311-3 3° du CASF   |
| Existence de protocoles de soins infirmiers  |   | N |     | Seuls deux protocoles ont été remis : le protocole Contentions physiques et le protocole de chutes.  | L311-3 3° du CASF   |
| PEC urgences Chariot/trousse d'urgence présents et vérifiés  |   | N | E22 | Le sac d'urgence est présent dans l'infirmerie, <b>son contenu n'était pas scellé le jour de la visite. Aucune liste de son contenu n'a été présentée à la mission. Il fait l'objet d'une vérification mensuelle non formalisée.</b>   | Article D312-158 13°) CASF  |
|  |   | N | R22 |  |   |



|   |          |          |            |   |   |
|---|----------|----------|------------|---|---|
| PEC urgences Dotation pour soins urgents présente et établie par le Medec                                 |          |          |            | <b>Aucune liste de dotation pour soins urgents qui aurait dû être établie par le Medec n'a été présentée à la mission.</b>  |   |
| PEC urgences Au moins une bouteille ambu 02 fonctionnelle   |          | N        | <b>R23</b> | <b>La mission constate l'absence d'obus d'O2.</b>   |   |
| PEC urgences Défibrillateur cardiaque présent et vérifié  | O        |          |            | Le défibrillateur cardiaque est positionné à l'infirmerie. Il est fonctionnel.  |   |
| Etat cutané, pansements % chambres avec système de rail   |          | N        |            | Aucune chambre n'est équipée de rails de transfert alors que des professionnels interrogés seraient demandeurs afin de rendre le travail moins pénible.   |   |
| Fin de vie Existence d'une procédure d'accompagnement en fin de vie et application de celle-ci            | O        |          |            |   | L1112-4 CSP, L311-8 et 38 du CASF, RBPP HAS Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, 2017. |
| <b>5.4 Prise en charge médicamenteuse</b>   |          |          |            |   |   |
| <b>Points abordés et constatés lors de l'inspection</b>   | <b>O</b> | <b>N</b> | <b>E/R</b> | <b>Commentaires</b>   | <b>Réf.</b>   |
| Les résidents " à risque" (troubles déglutition, troubles cognitifs,...) ont été identifiés :             | O        |          |            | Les résidents avec des troubles de la déglutition sont identifiés. Une liste est disponible dans le poste de soin. Elle date du 18/01/2023.   |   |
| Convention avec une officine pharmaceutique   | O        |          |            | L'Ehpad est sans PUI (pharmacie à usage intérieur). L'établissement a passé une convention le 7/12/2015 avec une pharmacie d'officine de ville à [REDACTED].  | L.5126-6-1 CSP  |
| Date de la dernière réunion d'évaluation de la convention signées avec le pharmacien d'officine (avec CR) |          | N        | <b>R24</b> | <b>Aucune réunion d'évaluation de la convention signée avec la pharmacie d'officine n'a été réalisée</b> , bien que le principe de telles réunions figure à l'article 22 de la convention « évaluation de la prestation pharmaceutique » : « Chaque année, le représentant légal de l'Ehpad, le médecin coordonnateur, le pharmacien dispensateur |   |



|   |   |     |   |  |
|---|---|-----|---|--|
|   |   |     | et le pharmacien référent se réunissent lors d'un comité pharmaceutique en vue d'examiner l'apport de la convention en matière de bon usage du médicament, de sécurité du circuit du médicament et de prévention des risques iatrogéniques. [...] »   |  |
| Liste et stock effectif de produits et médicaments destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence. | N | E23 | Un stock tampon est présent à la pharmacie mais <b>aucune liste n'a été établie par le Medec. Il fait l'objet d'une vérification mensuelle non formalisée.</b>  | L5126-6, R5126-108, 112 et 113 du CSP, D312-158 13°du CASF |
| Un référent sur la prise en charge médicamenteuse est identifié au sein de l'EHPAD.                                 | N | R25 | <b>Il n'a pas été communiqué à la mission de référent identifié sur la prise en charge médicamenteuse.</b>  |  |
| Une liste préférentielle (ou livret thérapeutique) est utilisée pour la prescription                                | N | R26 | <b>L'Ehpad ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicament.</b><br>Il est rappelé que cette liste préférentielle est prévue réglementairement et qu'elle doit être établie par le Medec » en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien [...] et que « la mise en charge de cette liste constitue un axe d'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents ». (art. D.312-158, 6°du CASF). | D.312-158,6°du CASF  |
| Le personnel dispose d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir.                    | N | R27 | Aucune liste n'a été présentée à la mission.<br><b>L'identification des médicaments à écraser (et à ne pas écraser) n'est pas organisée au sein de l'Ehpad.</b>   |  |
| Les médicaments sont-ils préparés pour partie au moyen d'un automate (gestionnaire, lieu d'installation) ?          | O |     | La préparation des doses à administrer (PDA) hebdomadaire est réalisée en officine par convention. La livraison se fait le vendredi.  |  |
| La vérification de la conformité de la préparation des médicaments dispensés par la pharmacie est formalisée        | N | R28 | Les IDE réceptionnent les déroulés des blisters le jeudi pour une distribution le lundi mais <b>la vérification de la conformité n'est pas faite, et par conséquent, n'est pas tracée.</b>  |  |
| Organisation de la distribution des médicaments;  | N |     | Les médicaments ensachés sont rangés dans les chariots à médicaments sécurisés par un code non fonctionnel le jour de la mission. Ils restent constamment ouverts. L'accès aux médicaments n'est pas sécurisé lorsque les chariots sont dans les étages et que les IDE ne sont pas à proximité immédiate.   | R.4311-4 CSP   |

|   |   |   |            |  |  |
|---|---|---|------------|--|--|
|   |   |   | <b>E24</b> | <b>Les chariots des médicaments ne sont donc pas correctement sécurisés et permettent à des personnes non autorisées d'y avoir accès.</b>  |  |
| L'identitovigilance est-elle appliquée  |   | N | <b>E25</b> | Les chariots des médicaments contiennent des casiers individuels nominatifs divisés en sous-compartiments pour la période de la journée qui sont clairement visibles. Sur les 89 casiers identifiés, 78 possèdent une étiquette informatisée avec le nom, le numéro de chambre et la photo du résident. Les 11 autres casiers possèdent une étiquette avec une inscription manuelle avec le nom et parfois le numéro de chambre du résident.<br><b>L'absence de photo des résidents sur les casiers de stockage et de distribution des médicaments constituent un risque important d'identitovigilance. D'autant plus que l'Ehpad a régulièrement recours à des professionnels vacataires.</b> | Article R4312-10 CSP   |
| L'administration ou la non administration des médicaments est enregistrée (notamment des médicaments prescrits "si besoin") : |   | N | <b>E26</b> | L'administration des médicaments est tracée dans le logiciel [REDACTED]. La mission a constaté que l'enregistrement de la délivrance des traitements n'est pas réalisé en temps réel sur le logiciel.<br><b>L'absence de traçabilité des actes infirmiers menace la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents.</b>  | Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles |
| Procédure de délégation de la distribution des médicaments aux AS ou AVS (y compris pour les administrations de nuit)         |   | N | <b>E27</b> | Selon les entretiens, les AS participent à la distribution et à l'aide à la prise des médicaments mais aucune procédure d'organisation de cette délégation n'est formalisée. Aucune traçabilité de la formation et de l'aptitude de chacun des AS ne permet de s'assurer que ces tâches sont exécutées selon les bonnes pratiques.<br><b>La délégation de la distribution aux AS des médicaments n'est pas organisée ni sécurisée.</b>   | Articles R. 4311-3 et -4 CSP                                 |
| Coffre pour produits stupéfiants  | O |   |            | Le coffre pour les stupéfiants se situe dans l'infirmerie. Il est sécurisé par un code digital. L'infirmière a indiqué à la mission que ce code est connu uniquement des infirmières et de l'Idéc.   | Article R.5132-26<br>Article R. 5132-36 CSP                  |
| Report des administrations de stupéfiants sur le registre de traçabilité des administrations de produits stupéfiants          |   | N |            | Les professionnels tracent l'administration des stupéfiants sur un registre dédié. La mission a observé que :  | Article R5132-36 CSP   |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
|   |   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le registre ne correspondait pas aux traitements retrouvés (93 stupéfiants retrouvés contre 81 inscrits sur le registre pour un résident).</li> <li>– Les boîtes comportant le nom du bénéficiaire ont été remplacées par des sachets transparents comportant le nom du résident inscrit au marqueur mais qui s'efface au fil du temps. Difficile de voir le nom qui est inscrit.</li> <li>– La réception des stupéfiants est vérifiée et tracée sur le registre.</li> <li>– Aucune procédure concernant la gestion des stocks des stupéfiants utilisés ou non n'a été présentée.</li> </ul> <p><b>E28 Les modalités de dispensation et de stockage des produits classés comme stupéfiants ne sont pas conformes.</b></p> |  |
| La récupération des médicaments prescrits nominativement et non utilisés en vue de leur destruction est organisée pour les stupéfiants. | O |  |  |  |



## 6 CONCLUSION

L'inspection de l'Ehpad Résidence de Ballancourt, géré par le groupe Sesame a été réalisée de façon inopinée sur place le 2 mars 2023. Elle a permis de relever 28 écarts et 28 remarques.

La mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements en matière :

- d'organisation des ressources humaines : encadrement des équipes, situation des effectifs, organisation du travail ;
- de respect de droits des résidents : modalités d'accueil et d'accompagnement des résidents, gestion des réclamations et des événements indésirables ;
- de la qualité et la sécurité des soins : locaux et installations dédiés aux soins, missions du médecin coordonnateur, soins individuels, prise en charge médicamenteuse.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et la directrice de l'établissement engagent rapidement des actions de correction

Fait à Evry-Courcouronnes, le 19 mars 2023

## GLOSSAIRE

**AMP** : Auxiliaire médico-psychologique  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**AS** : Aide-soignant  
**C** : conforme  
**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  
**Covid** : Corona Virus *disease*  
**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  
**E** : Écart  
**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 (rejointe par l'ex-ANESM)  
**HCSP** : Haut-conseil de santé publique  
**IDE** : Infirmier diplômé d'Etat  
**IDEC** : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur

**MEDEC** : Médecin coordonnateur

**NC** : Non conforme

**PVP** : Projet de vie personnalisé

**PAQ** : Plan d'amélioration de la qualité

**PASA** : Pôle d'activité et de soins adaptés

**PECM** : Prise en charge médicamenteuse

**PMR** : Personnes à mobilité réduite

**PMP** : PATHOS moyen pondéré

**PRIC** : Programme régional d'inspection et de contrôle

**R** : Remarque

**RDF** : Règlement de fonctionnement

**UHR** : unité d'hébergement renforcée

**UVP** : Unité de vie protégée



## ANNEXES

### 6.1 Annexe I : Lettre de mission



Délégation départementale de l'Essonne

Affaire suivie par : Benoît Costa  
Courriel : benoit.costa@ars.sante.fr

Monsieur Benoît Costa,  
inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Madame Sylvie Champon  
contrôleuse désignée par la directrice générale de  
l'ARS

Madame Daniella da Veiga,  
personne qualifiée désignée par l'ARS

Madame Sylvie Zemouri-Collet,  
personne qualifiée désignée par l'ARS

Evry-Courcouronnes, le 13 février 2023

Mesdames, Monsieur,

En février 2022, 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 contrôles 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.

Les effets attendus du plan sont les suivants :

- Prévenir, repérer et corriger (le cas échéant) les écarts à la norme, les carences, les risques de maltraitance et les dysfonctionnements ;
- Améliorer la qualité globale des prestations mises en œuvre par les Ehpad, aux fins de garantir la sécurité et le bien-être des résidents, l'individualisation des prises en charge et leurs droits et libertés.

Dans ce cadre, je vous demande de participer à l'inspection de l'Ehpad Résidence de Ballancourt, situé 10, rue de la-Vallée, à Ballancourt-sur-Essonne (Finess n°910004159) qui a été inscrite à ce programme.

Cette inspection prendra en compte prioritairement les axes suivants:

- La politique en faveur de la bientraitance ;
- La gestion et le suivi des événements indésirables graves ;
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante ;
- La gouvernance et la gestion des ressources humaines : management, délégations et subdélégations, conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations.

La mission diligentée dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.1421-1 et L.1435-7 du code de la santé publique (CSP) comprendra :

- Monsieur Benoît Costa, coordonnateur de l'inspection
- qui sera accompagné de :
  - Madame Sylvie Champon, contrôlease désignée par la directrice générale de l'ARS Ile-de-France
  - Madame Daniella da Veiga,
  - Madame Sylvie Zemouri-Collet, désignées personnes qualifiées conformément à l'article L. 1421-1 du CSP.

L'inspection aura lieu à partir du 2 mars 2023 selon l'organisation suivante :

- L'inspection sera réalisée à partir de 9 heures, sans information préalable de l'établissement.
- Les dispositions de l'article L.1421-3 du CSP<sup>1</sup> s'appliqueront : les inspections comprendront un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous les documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utiles de rencontrer.

A l'issue de l'inspection, un rapport me sera remis dans un délai de trois semaines 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

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

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Le directeur de la délégation départementale  
de l'Essonne – ARS -Ile-de-France



Directeur Adjoint  
Délégation départementale  
de l'Essonne  
Julien DELIE

Julien GALLI

<sup>1</sup> Art L.1421-3 CSP : « Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir sur place tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal ».

## 6.2 Annexe II : Courrier d'annonce

L'inspection étant inopinée, aucune lettre d'annonce n'a été signée.



### 6.3 Annexe III : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

#### EHPAD Résidence de Ballancourt

#### LISTE DES DOCUMENTS NUMEROTES A REMETTRE A L'ARS, à l'attention de Monsieur Costa (papier et USB)

| <i>Numéro à indiquer sur les documents</i> | <i>Documents</i>   | <i>A transmettre pochette avec n° de document)</i> |
|--|--|--|
| 1  | Organigramme détaillé de l'établissement au 2 mars 2023  | x  |
| 2  | Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, de l'IDEC   | x  |
| 3  | Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD (DUD)  | x  |
| 4  | Organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur (note/procédure)  | x  |
| 5  | Calendrier des astreintes du 1er semestre 2023   | x  |
| 6  | Liste des résidents pris en charge le 2 mars 2023 avec : date de naissance, sexe, n° chambre/unité/étage   | x  |
| 7  | Procédure de préadmission et d'admission des résidents   | x  |
| 8  | Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)   | A consulter  |
| 9  | Tableau récapitulatif et nominatif des personnels présents et absents le 2 mars 2023 avec : dates des recrutements, nature des contrats de travail (CDI, CDD, stage et intérim), fonctions exercées, ETP et différenciation entre équipe de jour et équipe de nuit (mois de janvier 2023 et février 2023). | x  |
| 10   | Fiches de poste et lettres de mission du directeur de l'EHPAD, du MEDEC, et de l'IDEC  | x  |
| 11   | Plan de formation réalisé 2022 et prévisionnel 2023  | x  |
| 12   | Liste d'émargement des formations 2022   |  |
| 13   | Procédure d'accueil des nouveaux professionnels.   | x  |
| 14   | Plannings des équipes de soin jour/nuit (y compris les temps de transmission): janvier 2023, février 2023 AVEC la légende.   | De suite   |
| 15   | Contrats avec les professionnels de santé libéraux intervenant dans l'EHPAD (arrêté du 30/12/2010)   | x  |
| 16   | Liste nominative des médecins traitants des résidents  | x  |
| 17   | Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2022  | x  |

|    |  |          |
|----|--|----------|
| 18 | <i>Le récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2022 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours</i>                | <i>x</i> |
| 19 | <i>Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)</i> |          |
| 20 | <i>Registre de recueil des réclamations et des doléances des résidents ou des familles depuis 2019 à aujourd'hui</i>   | <i>x</i> |
| 21 | <i>Procédure de traitement des réclamations portées par les résidents et familles</i>  | <i>x</i> |
| 22 | <i>Composition du CVS, Conseil de vie sociale</i>  | <i>x</i> |
| 23 | <i>Comptes rendus de CVS des 2 dernières années et dates des <b>autres</b> commissions (animations, restauration) pour 2022</i>  | <i>x</i> |
| 24 | <i>Protocole de gestion des chutes</i>   |          |
| 25 | <i>Protocole de prévention des suicides</i>  |          |
| 26 | <i>Protocole de gestion des douleurs</i>   |          |
| 27 | <i>Protocole de gestion des contentions</i>  |          |
| 28 | <i>Protocole de gestion de la fin de vie</i>   |          |
| 29 | <i>Protocole bientraitance</i>   |          |
| 30 | <i>Protocole nutrition</i>   |          |
| 31 | <i>Bilan d'activité du Pasa</i>  |          |
| 32 | <i>Convention avec leur officine pharmaceutique</i>  |          |
| 33 | <i>Protocole Dasri avec le protocole d'enlèvement</i>  |          |
| 34 | <i>Procédure de délégation de la distribution des médicaments</i>  |          |

#### **6.4 Annexe IV : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection**

La directrice ;

L'infirmière coordinatrice ;

Une infirmière ;

Une accompagnante éducative et sociale ;

Le président du conseil de la vie sociale ;

Une psychologue ;

Une cuisinière.



## 6.5 Annexe V : Autres documents annexés

### 6.5.1 Annexe V.1- Situation des effectifs (§I-B, supra)

Le 2 mars 2023, l'Ehpad a fait état à la mission d'un effectif réel de 67,2 ETP.

| Catégories   | ETP prévisionnel<br>(données<br>EPRD 2022,<br>remplacements<br>compris) | ETP occupé<br>(2 mars 2023) |
|--|---|-----------------------------|
| Direction / Encadrement                                | ■   | ■                           |
| Directeur  | ■   | ■                           |
| MEDEC  | ■   | ■                           |
| IDEC   | ■   | ■                           |
| Médecin prescripteur                                   | ■   | ■                           |
| Administration/SG                                      | ■   | ■                           |
| Sous-total   | ■   | ■                           |
|  |   |                             |
| Personnel paramédical                                  | ■   | ■                           |
| Infirmier  | ■   | ■                           |
| AS/ASG/AES/AMP   | ■   | ■                           |
| Kinésithérapeute                                       | ■   | ■                           |
| Pédicure-podologue                                     | ■   | ■                           |
| Psychologue  | ■   | ■                           |
| Psychomotricien  | ■   | ■                           |
| Sous-total   | ■   | ■                           |
|  |   |                             |
| Auxiliaires de vie<br>(dont service hôtelier :<br>ASH) | ■   | ■                           |
| Restauration   | ■   | ■                           |
| Animation  | ■   | ■                           |
| Sous-total   | ■   | ■                           |
| Total  | ■   | ■                           |