



**ARS Île-de-France**

**Inspection sur place  
2024-04-09**

**Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

**Résidence Le Château  
5, rue de Provins. 77148 Salins**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

## **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Écart 1	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation en vigueur ce qui contrevient aux articles R311-33, 35, 36 et 37-1 du CASF.
Écart 2	La mission constate que L'EHPAD ne dispose toujours pas de projet d'établissement actualisé, ce qui est contraire aux articles L. 311-8 et R311-38-1 et 2 du CASF.
Écart 3	En l'état, le plan bleu de l'établissement n'est pas finalisé et n'inclut aucunement les modalités d'organisation et de déploiement adaptées à chacun des 5 plans de réponse du dispositif ORSAN, ce qui contrevient aux articles L311-8, R311-38-1 et R311-382 du CASF et R. 3131-4 du CSP.
Écart 4	En raison de l'absence de formalisation des modalités d'astreintes administratives, un risque réel d'atteinte à la sécurité des résidents existe ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.
Écart 5	La réalisation d'une partie du temps de coordination par le médecin coordonnateur en distanciel contrevient aux articles D312-156 et 158 du CASF.
Écart 6	[REDACTED]
Écart 7	La composition et le fonctionnement du CVS ne sont pas conformes à la réglementation, ce qui contrevient aux articles D311-4 à 20 du CASF.
Écart 8	L'absence d'information des membres du CVS sur les dysfonctionnements et les événements indésirables ainsi que sur les actions correctrices mises en œuvre contrevient à l'article R331-10 du CASF.
Écart 9	L'absence de politique d'amélioration de la qualité et de plan d'action d'amélioration continue de la qualité contrevient à l'article L312-8 du CASF.
Écart 10	En ne mentionnant pas dans la procédure « bientraitance » l'obligation et les modalités de déclaration interne, la direction ne met pas en place une organisation lui permettant d'être systématiquement informée d'actes de maltraitance et d'en faire le signalement aux autorités de tarification et de contrôle, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.

Numéro	Contenu
Écart 11	L'absence de bilan des évènements indésirables recensés contrevient à l'article R331-10 du CASF.
Écart 12	La démarche d'analyse des pratiques et l'organisation de retour d'expérience ne fait pas partie des pratiques mises en œuvre par les responsables de l'EHPAD pour améliorer les pratiques des équipes et éviter la reproduction des dysfonctionnements et des événements indésirables, ce qui contrevient à l'article R331-8 du CASF.
Écart 13	L'EHPAD affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de █ ETP d'AUX faisant fonction d'AS et d'AES en CDI. En affectant ce personnel non qualifié, qui représente la moitié des effectifs pérennes d'AS/AES à la date de l'inspection, il n'est pas en mesure d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'obligation énoncée par les alinéas 1° et 3° de l'article L311-3 du CASF et à l'article D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.
Écart 14	Le « turn-over » élevé du personnel en CDI de l'EHPAD (█ %) en 2023, indiquant une instabilité de ses effectifs, défavorise la continuité de la prise en charge des résidents. Le caractère instable de son effectif permanent ne lui permet pas d'être en mesure de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents ; ce qui contrevient aux dispositions des alinéas 1° et 3° de l'article L311-3 du CASF.
Écart 15	L'incapacité systématique de l'EHPAD à atteindre et à maintenir de manière pérenne les effectifs cibles soignants qu'il s'est fixés, tant de jour que de nuit, compromet la continuité et donc la qualité de la prise en charge des résidents ; ce qui contrevient à l'alinéa 3° de l'article L311-3 du CASF.
Écart 16	Le fait que le personnel pérenne soignant de nuit (ceux qui sont en CDI) soit majoritairement composé d'AUX, qui ne disposent ni de la qualification ni des compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des situations relatives aux soins pouvant survenir dans le contexte de la prise en charge de nuit, expose les résidents à un risque de défaut dans leur prise en charge en contexte de nuit, ce qui contrevient aux dispositions des alinéas 1° et 3° de l'article L311-3 du CASF.
Écart 17	La nuit, l'EHPAD institutionnalise un glissement de tâches, du fait qu'il prévoit que les ASH de nuit réalisent les mêmes tâches que les AS de nuit, alors qu'ils ne sont pas qualifiés. Aussi, la mission considère que l'EHPAD expose sciemment les résidents à un risque de défaut de prise en charge

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	la nuit et place de fait les ASH en position d'exercice illégal des professions d'AS et d'AES, ce qui contrevient aux articles L311-3 1°, D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.
Écart 18	L'absence de bilan initial de kinésithérapie dans les dossiers de certains résidents contrevient aux obligations de réalisation et de traçabilité qui s'imposent aux masseurs-kinésithérapeutes, et figurent dans les articles R4321-2 du CSP et L314-12 du CASF ainsi que dans la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes signée avec l'Assurance Maladie.
Écart 19	L'établissement ne propose pas aux résidents de désigner une personne de confiance ce qui contrevient à l'article D311-0-4 du CASF.
Écart 20	Les décisions de mises sous contention émanent des équipes soignantes, sans évaluation bénéfice / risque et sans pilotage par le MédCo, ce qui aboutit à une proportion très élevée (35 %) de résidents sous contention, y compris de résidents pris en charge en unité de vie protégée. De plus, les prescriptions de contention ne précisent pas les horaires d'application. Enfin, aucun élément ne prouve que les équipes soignantes aient été formées à la procédure de l'EHPAD. Ce mode de fonctionnement est contraire à l'article R311-0-7 du CASF et aux bonnes pratiques énoncées par la HAS dans le guide « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » d'octobre 2000.
Écart 21	Le suivi de la douleur au sein de l'EHPAD n'est pas effectif, ce qui ne permet pas de s'assurer que la douleur est correctement prise en charge et contrevient aux articles L1110-5 et L1112-4 du CSP.
Écart 22	Le niveau de traçabilité des soins réalisés est extrêmement faible au sein de l'EHPAD (2,4 % depuis le début de l'année 2024) et les plans de soins ne sont pas régulièrement mis à jour, ce qui ne permet pas de disposer d'une visibilité correcte de la prise en charge et de s'assurer que celle-ci est de qualité. Cette situation contrevient aux 3° et 5° de l'article L311-3 du CASF et à l'article L1111-7 du CSP.
Écart 23	L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments, ce qui contrevient à l'article D.312-158, 6° du CASF.
Écart 24	Le stockage des médicaments destinés à l'équipe de nuit ne respecte pas la réglementation car il permet l'accès à ces traitements par les soignants de jour et contrevient à l'article R.4312-39 du CSP.

Numéro	Contenu
Écart 25	La délégation de l'aide à la prise des médicaments n'est pas suffisamment cadrée et sécurisée, ce qui est susceptible d'affecter la sécurité des prises en charge et contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.
Écart 26	Sur la semaine précédant l'inspection, près d'un quart des distributions de médicaments n'ont pas été tracées, ce qui est susceptible d'affecter la continuité et la sécurité des soins et contrevient à l'article L311-3 1° du CASF.
Écart 27	L'EHPAD n'a pas signé de convention avec un établissement de santé (logiquement le CH de Montereau-Fault-Yonne), ce qui contrevient à l'article D312-155-0, I, 5° du CASF.
Écart 28	Les responsables de l'EHPAD n'ont pas signé de contrats avec les personnels médicaux et paramédicaux (et plus spécifiquement les masseurs kinésithérapeutes) libéraux, ce qui contrevient à l'article R313-30-1 du CASF.

#### **Tableau récapitulatif des remarques**

Numéro	Contenu
Remarque 1	La mission s'interroge sur la réalisation et la traçabilité effective des soins dans l'établissement au regard du PMP à 39.
Remarque 2	Aucun référent qualité n'a été désigné pour piloter le plan d'amélioration continu de la qualité et accompagner les professionnels de terrain.
Remarque 3	La procédure de « Conduite à tenir en cas de chute » est imprécise quant à la traçabilité à réaliser par les équipes (il n'est même pas indiqué qu'elle doit être réalisée sur Titan™). Concernant la douleur, la procédure ne précise pas qu'elle devrait être tracée dans la rubrique dédiée de Titan™ et selon une échelle. De plus, le personnel n'y a pas été formé. La mission constate une tendance à la baisse de déclaration des chutes.
Remarque 4	L'effectif d'IDE en CDI de █ ETP, serait non conforme en termes de quantité. En effet, selon les critères du CPOM de l'ARS-IDF, il faudrait à l'EHPAD a minima █ ETP pour assurer la sécurité et la qualité de la délivrance aux résidents des soins infirmiers. Ainsi, il lui manquerait █ ETP d'IDE en contrat pérenne à cet effet.
Remarque 5	L'effectif AS/AES en CDI de █ ETP serait non conforme en termes de quantité. En effet, selon les critères du CPOM de l'ARS-IDF, il faudrait à l'EHPAD a minima █ ETP en contrat pérenne pour assurer la sécurité

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	et la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents ; il lui manquerait ainsi █ ETP d'AS/AES en contrat pérenne à cet effet.
Remarque 6	Le caractère incomplet de la déclaration des données relatives aux ressources humaines lors de la campagne ANAP de 2023 ne permet pas aux autorités de tarification et de contrôle (ATC) d'apprecier la performance de la gestion des ressources humaines ; ce qui entache la relation de confiance entre l'EHPAD et ces autorités.
Remarque 7	L'EHPAD ne dispose d'aucun plan de développement des compétences. Il ne propose aucune formation qualifiante à destination de son personnel soignant non qualifié qui occupe █ ETP en CDI.
Remarque 8	L'EHPAD ne dispose d'aucune procédure d'accueil des nouveaux professionnels.
Remarque 9	Le roulement en vigueur au sein de l'EHPAD comporte 3 jours de travail successifs. Ces 3 jours d'affilée constituent une source de fatigue pour les soignants susceptibles d'engendrer de l'absentéisme, ce qui est susceptible d'aggraver la problématique de l'instabilité de ses effectifs.
Remarque 10	L'EHPAD ne dispose d'aucune procédure de gestion des absences prévues et imprévues du personnel.
Remarque 11	Les RAMA ne contiennent que les données directement issues de Titan™ sans aucune analyse ni réflexion du MédCo et de l'encadrement soignant. De nombreuses données sont erronées. Cette approche ne permet pas de disposer d'une vision claire et commentée de l'activité de l'EHPAD ni d'en faire un outil de management.
Remarque 12	Les dossiers des résidents sont disparates quant à leur contenu et incomplets, notamment par l'absence des preuves de recours ou de refus de recours à leurs droits.
Remarque 13	La traçabilité des pansements n'est pas rattachée au dossier médical sur Titan™, ce qui ne permet pas de disposer d'un dossier médical unique et rend plus complexe la continuité des soins.
Remarque 14	Concernant la campagne de vaccination antigrippale 2023, le taux de vaccination des résidents est très faible, à hauteur de 54 % (87 % au niveau national pour la campagne 2022 d'après Santé Publique France). Quant aux professionnels, bien que la procédur de vaccination de l'EHPAD prévoie qu'ils puissent en bénéficier, aucun élément n'atteste qu'elle a été mise en œuvre. De plus, aucun élément prouvant que les personnels

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	soignants ont été formés à la procédure de vaccination de l'EHPAD n'a été transmis.
Remarque 15	L'établissement ne dispose pas d'une procédure indiquant clairement les étapes, responsabilités des professionnels et délais de l'admission d'un résident. La procédure « Évaluation gériatrique standardisée » ne précise pas clairement en quoi consiste l'EGS minimale de l'EHPAD, qui en sont les acteurs et dans quels délais elle doit être réalisée.
Remarque 16	La liste de répartition des résidents par kinésithérapeute n'est pas à jour.
Remarque 17	Les responsables de l'EHPAD n'ont pas mis en place de groupes d'analyse thématiques dans un but d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles, ce qui est contraire aux RBBP de la HAS, décrites dans les guides « Qualité de vie en EHPAD (volet 4) », « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement / maltraitance » et « Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS ».
Remarque 18	La liste des médecins traitants des résidents transmise par l'établissement n'est pas à jour.
Remarque 19	La procédure de prévention de la dénutrition mentionne un « staff pluridisciplinaire hebdomadaire » qui n'existe pas et ne mentionne pas la commission nutrition mensuelle.
Remarque 20	Le suivi nutritionnel mensuel réalisé au niveau de l'EHPAD et les actions correctives engagées sont peu pertinents. Il n'y a pas de tableau récapitulatif incluant l'évolution des poids/IMC et des albuminémies. Il n'y a pas non plus de commentaires sur les motifs possibles de dénutrition par résident et de traçabilité des mesures correctives prises.
Remarque 21	Le test de repérage des risques de fausse route (test de guatterie ou test du verre d'eau) ne peut être tracé correctement dans Titan™ et la traçabilité éventuelle dans les transmissions ne permet pas d'en retrouver facilement la trace.
Remarque 22	Le nombre de changes quotidiens prévus et réalisés est inférieur à 3 par jour, ce qui n'est pas satisfaisant pour des résidents en institution et est inférieur aux 4 à 5 changes quotidiens pour les résidents incontinents prévus dans les pratiques de l'EHPAD.
Remarque 23	En l'absence d'un représentant de la pharmacie partenaire à la commission de coordination gériatrique, la politique du médicament de l'EHPAD n'a pas été abordée, ce qui est contraire aux engagements pris

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	par le pharmacien dans la convention signée en 201 et aux recommandations de la HAS (fiche repère « la commission de coordination gériatrique », mars 2018).
Remarque 24	La formation de l'équipe soignante aux procédures et protocoles de soins de l'établissement n'est pas encore organisée.
Remarque 25	Les informations de traçabilité des pansements (y compris ceux prévus dans la procédure de l'EHPAD) sont insuffisantes pour respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles car l'état de la plaie, l'odeur, l'exsudation, l'évolution, la couleur et son éventuel traitement ne sont pas tracés (réf. : OMéDIT Lorraine : « fiche de suivi plaie et pansement » de mars 2016).
Remarque 26	La rubrique de Titan™ dédiée au suivi des pansements n'est pas utilisé par les IDE pour la traçabilité. La traçabilité des pansements réalisés la veille de l'inspection n'a pas non plus été retrouvée au sein des transmissions, contrairement à ce qui avait été indiqué en entretien.
Remarque 27	La formation des professionnels aux procédures du circuit du médicament, et en particulier à celle relative à la distribution et à l'administration des traitements n'est pas réalisée, ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques professionnelles.
Remarque 28	Les originaux des ordonnances ne sont pas transmis à la pharmacie pour que le pharmacien puisse apposer les mentions réglementaires, ce qui est contraire à la convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine.
Remarque 29	L'absence de contrôle de la livraison hebdomadaire des « escargots » avant la première utilisation ainsi que l'absence de traçabilité des éventuelles erreurs de préparation des doses à administrer sont contraires aux RBPP (réf. : ARS ARA « Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI»-juin 2023)
Remarque 30	Le médecin prescripteur, qui suit environ une trentaine de patients de l'EHPAD, ne dispose pas d'un accès distant à Titan™, ce qui implique que les prescriptions figurant sur Titan™ ne sont pas toujours à jour, alors même que les soignants s'appuient sur une tablette reliée à Titan™ pour s'assurer de la conformité des médicaments à distribuer avec les prescriptions médicales.

Numéro	Contenu
Remarque 31	La convention avec la pharmacie d'officine partenaire est ancienne. Elle ne traite pas de certains points importants tels que les livraisons et la gestion des stupéfiants.

## **Conclusion**

L'inspection de l'EHPAD Le Château, géré par BRIDGE a été réalisée le 9 avril 2024 à partir de la visite inopinée sur site, des réponses apportées en entretiens et des documents transmis par l'établissement.

L'établissement avait précédemment fait l'objet d'une première inspection le 16 juin 2022, dans le cadre du PRIC 2022, puis d'une suite d'inspection réalisée le 15 mai 2023 aux fins de vérification de la mise en œuvre effective des mesures correctives demandées à la suite de la première visite.

En janvier 2024, les documents transmis par l'établissement n'ont pas montré d'évolution dans la situation de l'EHPAD et une prise en charge qualitative et sécurisée des résidents n'a toujours pas été garantie. Aussi, une nouvelle inspection a été diligentée par l'ARS Ile-de-France. Elle a débuté le 9 avril 2024.

L'inspection du 9 avril a montré que l'établissement avait pris partiellement en compte les demandes de l'ARS-IDF. La mission a pu constater que l'organisme gestionnaire et le CODIR de l'établissement avaient pris la mesure des difficultés de l'établissement et des risques pouvant compromettre la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des résidents. Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre et doivent être maintenues pour atteindre le niveau de qualité de prise en charge et de sécurité demandés par l'autorité de tarification et de contrôle et afin de pérenniser cette organisation et ce fonctionnement de l'établissement.

### **> Eléments qui n'ont pas évolué par rapport aux précédents rapports d'inspection :**

- Le projet d'établissement transmis n'a pas évolué depuis 2023 et n'est pas finalisé.
- Le CVS a été élu en avril 2024, toutefois l'ensemble des obligations réglementaires relatives à sa composition et à son fonctionnement ne sont pas mises en œuvre.
- L'établissement ne dispose toujours pas d'un plan amélioration continue de la qualité bien que des outils de recueil des non-qualités aient été mis en place.
- L'établissement reste au jour de l'inspection en sous-effectif et recourt toujours à des personnels non qualifiés pour la prise en charge des résidents, ce qui génère des glissements de tâches et l'exercice illégal des professions d'AS, AES et IDE (cf. distribution des médicaments).
- Les extractions statistiques, intitulées RAMA, ont été transmises mais sans analyse du

médecin coordonnateur.

**> Eléments qui ont évolué par rapport précédents rapports d'inspection :**

- Le recrutement d'un directeur à temps plein pour l'établissement ;
- Le recrutement d'un MédCo par l'établissement à l'ETP réglementaire ;
- La mise à disposition d'un registre des plaintes et réclamations ;
- La mise en œuvre d'une procédure de gestion des dysfonctionnements et des événements indésirables ;
- La diminution du recours aux CDD et recrutement d'un psychologue.
- La mise à disposition d'un registre des entrées et des sorties ;
- La remise en état du système d'appel malade ;
- La réalisation de visites de préadmission, associant le MédCo, l'IDEC et la psychologue ;
- La réévaluation en cours des projets individuels d'accompagnement et traçabilité dans le progiciel de soins ;
- La tenue de la commission de coordination gériatrique ;
- La mise aux normes du sac d'urgence.

**> Le périmètre élargi de la mission du 9 avril a permis de mettre en évidence des dysfonctionnements non recensés lors des premières inspections notamment dans le secteur des soins avec notamment :**

- Le circuit du médicament n'est pas sécurisé ;
  - La douleur n'est pas évaluée ;
  - Le personnel affecté à la prise en charge des résidents est en sous-effectif et non diplômé.
- Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions correctrices et les pérennisent.