



**ARS Île-de-France**

**Inspection sur place  
2023-10-05**

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

**EHPAD Les Tilleuls  
4, Impasse du Quai Voltaire. 78230 Le Pecq**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

### **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
E1	Le taux d'occupation des places en hébergement permanent en 2022 est inférieur au seuil mentionné au 2° de l'article R.314-160 du CASF, qui est fixé à 95% (arrêté du 28 septembre 2017 modifié).
E2	Le règlement de fonctionnement ne précise pas les modalités concrètes d'exercice des droits des personnes prises en charge, les modalités concrètes d'association des familles et les mesures à prendre en situation d'urgence, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-35 du CASF.
E3	La mission n'a pas connaissance de la présentation du projet d'établissement au CVS (cf. CR des CVS), ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.
E4	Le plan bleu de l'établissement ne contient pas de dispositions relatives aux modalités d'organisation à mettre en oeuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (Article D312-160 du CASF).
E5	Au regard de la capacité autorisée de l'EHPAD, le temps de travail du médecin coordinateur n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF.
E6	Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme à la réglementation en vigueur ; son fonctionnement contrevient aux dispositions des articles D. 311-16, D. 311-19 et D. 311.20 du CASF.
E7	Soit les compte-rendu du CVS n'évoquent pas les EIG, soit ils mentionnent cette thématique mais de manière très succincte. Dans cette dernière hypothèse, la mission n'a donc pas la certitude qu'un bilan exhaustif des EIG et une analyse complète de ces EIG ait été réalisé. Ce constat contrevient aux dispositions de l'article R. 331-10 du CASF.
E8	Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi en novembre 2014 ; le délai de transmission à l'autorité des résultats de l'évaluation de la qualité (tous les 5 ans) n'est pas respecté.
E9	Les mesures communiquées à la mission permettant de prévenir la maltraitance ne comprennent pas les mesures suivantes : autoévaluation, désignation d'un référent bientraitance, groupe d'analyse des pratiques..., et ne permettent donc pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre les maltraitements.

Numéro	Contenu
E10	La procédure des EI/EIG/EIGS, centralisée au siège d'ARPAVIE, ne permet pas une transmission des EI/EIG/EIGS sans délai aux autorités ayant délivré l'autorisation. L'établissement, en ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes l'ensemble des dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation contrevient au L.331-8-1 du CASF.
E11	Le nombre insuffisant d'IDE au regard de la capacité installée ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
E12	La non-formalisation systématique des engagements réciproques de l'EHPAD avec un professionnel paramédical exerçant à titre libéral ne garantit pas les modalités d'intervention de ce dernier, la transmission d'informations, les modalités de coordination des soins avec le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article R.313-30-1 du CASF.
E13	L'absence d'IDE certains jours (pendant la journée) ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
E14	L'absence d'IDE certains jours (de jour) génère un glissement de tâches des IDE vers les ASDEC. L'organisation des soins de l'EHPAD est génératrice de glissement de tâches. Dans le cas de réalisation de tâches ou actes hors référentiel de compétences des AS, le non-respect des qualifications professionnelles impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents. L'établissement contrevient aux articles L.4391-1, L4311-1 du CSP.
E15	Les dossiers médicaux ne contiennent pas de VSM et les DLU renseignent insuffisamment sur l'état de santé des résidents. Par ailleurs les dossiers informatisés ne comportent pas les observations médicales issues des consultations.
E16	L'établissement n'assure pas la sécurité des résidents (appel-malade dysfonctionnant ou resté sans réponse, absence de barrière sécurisée aux étage, etc.), ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.
E17	La non-formalisation systématique des engagements réciproques de l'EHPAD avec un médecin traitant libéral ne garantit pas les modalités d'intervention de ce dernier, la transmission d'informations, les modalités

Numéro	Contenu
	de coordination des soins avec le médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article R 313-30-1 du CASF.
E18	Le défaut de traçabilité des observations médicales dans les dossiers médicaux ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.
E19	La charte des Droits et Libertés de la personne accueillie n'est pas systématiquement remise aux résidents, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-4 du CASF.
E20	Le contrat de séjour ne comporte pas d'annexe définissant les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident le cas échéant.
E21	Le jour de l'inspection, 23 résidents présentaient une dénutrition sévère et 7 une dénutrition modérée, soit près de la moitié des résidents accueillis. Ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF (PEC et accompagnement de qualité).
E22	L'absence d'IDE certains week-end ne garantit pas la continuité et la sécurité des prises en charge et contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF. Cf. écart E11.
E23	Le temps de présence du médecin coordonnateur est inférieur au temps réglementaire en vigueur depuis le 1er janvier 2023 (décret du 27 avril 2022). Cf. écart E5.
E24	La traçabilité des soins effectués dans les dossiers médicaux est insuffisante. Cf. Ecart E14.
E25	La mission n'a pas pu constater les modalités liées au circuit du médicament et à la prise en charge médicamenteuse.
E26	L'EHPAD ne comporte pas de DAE.

### **Tableau récapitulatif des remarques**

Numéro	Contenu
R1	Il n'y a pas de contrat de travail de la Directrice de transition avec l'organisme gestionnaire à la date de l'inspection.
R2	L'organigramme du CVS n'est pas affiché. La Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie est masquée et n'est pas suffisamment visible.
R3	L'établissement n'a pas transmis la fiche de poste du responsable qualité.
R4	L'EHPAD n'a pas mis en place de plan d'amélioration continue de la qualité, ni la comitologie associée.

Numéro	Contenu
R5	L'établissement n'a pas mis à disposition des résidents et des familles de cahier de recueil des réclamations et /ou doléances.
R6	Il est constaté une connaissance insuffisante par les équipes de l'EHPAD des modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.
R7	L'établissement n'a pas mis en place de suivi et de bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
R8	Il n'existe pas de procédure de déclaration et de gestion des EI liés au circuit du médicament.
R9	Les dossiers administratifs du personnel sont parfois incomplets ; les fiches de postes ainsi que les évaluations annuelles ne sont pas présentes dans les dossiers.
R10	La mission n'a ni reçu les conventions signées, ni la liste des éventuels refus de signature de convention concernant les professionnels paramédicaux et médicaux.
R11	La mission n'a pas connaissance de la liste des formations externes réalisées (2021-2022 et 2023) par le personnel ainsi que les plans de formation individuelle.
R12	La mission n'a pas pu s'assurer de la prise en compte de l'aide à la mobilité interne dans le plan de formation du personnel. La mission n'a pas connaissance d'une procédure liée à la VAE.
R13	La mission n'a pas pu s'assurer de la mise en place d'une procédure spécifique à l'établissement pour l'accompagnement et l'intégration des nouveaux professionnels.
R14	L'information sur les effectifs présents le jour du contrôle, le 5 octobre 2023, n'a pas été transmise à la mission. La mission n'est donc pas en mesure de contrôler la présence effective des professionnels le jour de l'inspection.
R15	Le RAMA 2022 ne permet pas d'évaluer et de suivre l'évolution du projet de soins de l'EHPAD et des modalités d'accompagnement du public accueilli.
R16	La mission a constaté que les dossiers administratifs des résidents n'étaient pas complets.
R17	Les dossiers médicaux ne sont pas stockés de manière optimale et leur rangement nécessite d'être revu.
R18	Dans les dossiers médicaux, la traçabilité de la vaccination est insuffisante.

Numéro	Contenu
R19	La mission a retrouvé la traçabilité de l'avis du médecin dans le cadre des admissions, mais constate un défaut de formalisation des différents temps de l'admission des résidents. Il n'existe pas de procédure d'admission.
R20	Le process d'élaboration du PAI n'est pas formalisé (absence de réunion dédiée, manque de coordination entre l'équipe médicale et paramédicale, manque de traçabilité des décisions, lien avec l'avenant au contrat de séjour à formaliser).
R21	Le salon d'étage ne permet pas d'assurer l'intimité des échanges entre le résident et les personnes qu'il reçoit. La mission n'a par ailleurs pas constaté le traitement des idées déposées dans la boîte du CVS prévue à cet effet.
R22	Le contrat de séjour ne comporte pas de notice d'information et de formulaire de directives anticipées.
R23	La prise en charge médicamenteuse n'est pas sécurisée et doit être renforcée : l'identification par photographie des résidents sur les chariots et les piluliers est manquante.
R24	La mission n'a pas eu connaissance de la liste préférentielle de médicaments
R25	La mission n'a pas reçu la liste des médicaments mentionnant ceux couramment utilisés dans l'EHPAD et pouvant être broyés.
R26	Le protocole pour le repérage de la douleur et de son évaluation n'est pas mis en œuvre.
R27	Le protocole pour le repérage des soins palliatifs n'est pas mis en œuvre.

## **Conclusion**

L'inspection de l'EHPAD Les Tilleuls, géré par l'association ARPAVIE, a été réalisé le 5 octobre 2023 à partir de la visite de l'établissement, d'entretiens avec plusieurs professionnels de l'EHPAD et des documents transmis par l'établissement.

La mission d'inspection a constaté le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans de nombreux domaines, néanmoins, elle a relevé des dysfonctionnements, notamment en matière de :

Management et stratégie : L'établissement ne respecte pas le nombre d'ETP réglementaire pour le médecin coordonnateur, ce qui n'est pas conforme à l'article D312-156 du CASF.

L'établissement n'a pas formalisé au sein du plan bleu les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

Gouvernance, animation et fonctionnement des instances : le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux textes en vigueur (3 réunions minimum par an, présentation d'un bilan des EIG et analyse complète, signature du compte-rendu par le président du CVS, etc.).

Gestion des risques : les mesures mises en place permettant de prévenir la maltraitance sont insuffisantes et ne permettent pas de garantir une sensibilisation adéquate des professionnels à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre les maltraitements.

Dans le cadre du Plan d'amélioration de la qualité, la procédure des EI/EIG/EIGS ne permet pas une transmission des EI/EIG/EIGS sans délai aux autorités de tutelle. L'absence de suivi et le bilan des EI/EIG/EIGS ne permet pas d'assurer la mise en œuvre d'un plan d'actions correctives. La démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas mise en place, ni la comitologie associée.

Gestion des ressources humaines : l'insuffisance du nombre d'IDE certains jours (de jour), ainsi que l'absence d'IDE certains week-end, sont susceptibles d'entraîner des risques certains pour la sécurité des résidents.

L'absence d'IDE certains jours, ou le we, est compensée par la fonction d'ASDEC.

L'organisation des soins de l'établissement génère des glissements de tâches qui vont à l'encontre de la réglementation et des pratiques professionnelles. L'association gestionnaire pallie aux difficultés de recrutement par des ajustements de poste qui peuvent conduire à un risque certain pour les résidents (glissement de tâches, réalisation de soins infirmiers par des professionnels non qualifiés).

Le plan de formation est défaillant ; la mission n'a pas eu connaissance de la liste des formations externes réalisées, des plans de formation individuelle, ou des modalités d'appui à la mobilité interne ou la qualification via la VAE.

Sécurité : Les dysfonctionnements constatés de l'appel-malade dans l'établissement ne permettent pas de garantir la sécurité des résidents.

Prise en charge – Organisation de la prise en charge de l'admission à la sortie :

Il est constaté un manque général de formalisation des procédures administratives ou médicales, ainsi que de traçabilité des observations médicales. Les dossiers médicaux renseignent insuffisamment sur l'état de santé des résidents. Par ailleurs, l'absence de formalisation des modalités d'intervention des médecins traitants dans l'EHPAD ne permet pas d'assurer la transmission des informations ainsi que la coordination adéquate avec le médecin coordonnateur. Certains protocoles ne sont pas mis en œuvre (repérage de la douleur et son évaluation, repérage des soins palliatifs) : la traçabilité des évaluations ou repérages associées doit être améliorée.

Soins – Circuit du médicament : Au jour de l'inspection, le pharmacien d'officine n'était pas identifié en raison d'un changement de partenariat avec une officine de ville. Il convient de transmettre à la mission la convention de partenariat avec la nouvelle officine de ville, ainsi

que les nouvelles modalités de prise en charge médicamenteuse. Au jour de l'inspection la prise en charge médicamenteuse n'était pas suffisamment sécurisée : absence de dotation d'urgence, absence d'identification par photographie des résidents sur les chariots et les piluliers susceptible de générer des erreurs de distribution, etc.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.