



*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**ARS Île-de-France**

**Inspection sur place  
2024-10-24**

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

**EHPAD MELAVIE  
83, Avenue de la République. 91230 Montgeron**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

## **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Écart 1	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'a pas été revu et modifié depuis le 26 décembre 2017, ce qui contrevient à l'article R.311-33 du CASF.
Écart 2	Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché au sein de l'établissement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-34 du CASF.
Écart 3	Le projet d'établissement est incomplet ; le CVS n'a pas été consulté et aucun objectif de coordination et de coopération ne sont définis, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.
Écart 4	Le projet d'établissement ne comporte pas de plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-160 du CASF.
Écart 5	L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu, ce qui contrevient aux articles L.311-8, R.311-38-1 et R.311-38-2 du CASF et R.3131-4 du CSP.
Écart 6	[REDACTED]
Écart 7	Le temps de présence du médecin-coordonnateur indiqué dans son contrat de travail est inférieur à celui requis pour un établissement de [REDACTED] places, ce qui contrevient à l'article D.312-156 du CASF.
Écart 8	Le contrat de travail du médecin-coordonnateur ne différencie pas les quotes-parts consacrées au temps de travail de coordination et de médecin-traitant, ce qui contrevient à l'article L.314-12 du CASF.
Écart 9	L'exécution partielle des 14 missions par le médecin-coordonnateur ne permet pas une prise en charge holistique du patient et contrevient aux articles L313-12 (V) et D.312-158 du CASF.
Écart 10	Le règlement intérieur n'est pas affiché, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.
Écart 11	Un seul compte-rendu du CVS a été transmis pour l'année 2024. La mission ne peut s'assurer que le CVS se réunit régulièrement, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.
Écart 12	Les relevés de conclusions du CVS ne sont pas signés par la présidente et l'instance ne rédige pas de rapport d'activité, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Écart 13	En ne présentant pas de bilan des évènements indésirables au Conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R331-10 du CASF.
Écart 14	Les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ne sont pas mentionnées dans le rapport d'activité annuel, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-203 du CASF.
Écart 15	Le dernier rapport d'évaluation externe a été établi il y a plus de 5 ans, ce qui le rend obsolète et contrevient aux dispositions de l'article D.312-204 du CASF.
Écart 16	L'absence d'analyse et de RETEX sur les EI déclarés ne permet pas à l'établissement de transmettre à l'autorité administrative d'information complémentaire rattachée à l'événement, ce qui contrevient au R.331-8 du CASF.
Écart 17	La mission constate un manque de █ ETP dans l'équipe des IDE et de █ ETP dans l'équipe des AS/AES/AMP. Par conséquent, en raison de l'insuffisance du nombre d'IDE et d'AS/AES/AMP pour assurer une prise en charge de qualité, l'établissement contrevient aux alinéas 1° et 3° de l'article L. 311 - 3 et aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.
Écart 18	L'établissement affecte à la prise en charge des soins des résidents un total de █ ETP d'AVS faisant fonction d'AS et d'AES. En employant ce personnel non qualifié, l'établissement n'est pas en mesure de garantir la sécurité et la qualité des soins, ce qui contrevient à l'obligation énoncée aux alinéas 1° et 3° de l'article L311-3 du CASF. De plus, ces personnels non qualifiés pour cette prise en charge se retrouvent de fait en exercice illégal des professions d'AS et d'AES. L'établissement contrevient ainsi aux alinéas 1° et 3° de l'article L.311-3 et aux articles D.451-88 du CASF et L.4391-1 du CSP.
Écart 19	L'établissement affecte du personnel non qualifié aux soins des résidents pendant la nuit. Cette situation présente un risque pour la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient aux articles L. 311-3, 1° et L. 311-3, 3°du CASF.
Écart 20	Ces fiches de poste ne permettent pas de différencier précisément les taches de soin confiées aux différentes catégories de personnels. Il peut y avoir institutionnalisation de glissements de tâches. La mission considère que cette situation constitue un acteur de risque de dégradation de la

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents. De ce fait, l'établissement contrevient aux dispositions stipulées aux alinéas 1° et 3° de l'article L. 311-3 du CASF.
Écart 21	Le document transmis intitulé RAMA 2023 ne répond pas aux attendus du 10 de l'article D.312-158 du CASF.
Écart 22	L'absence de registre des entrées et des sorties des résidents côté et paraphé par le maire contrevient aux obligations mentionnées aux articles L.331-2 et R.331-5 du CASF.
Écart 23	Les modalités d'entreposage des DASRI contreviennent aux articles R1335-6 et-7 du CSP et aux arrêtés du 7 septembre et 24 novembre 2003 relatifs aux modalités d'entreposage et d'emballage des DASRI.
Écart 24	La convention transmise relative à l'élimination des DASRI n'étant pas signée, elle est réputée non existante, ce qui contrevient à l'article R.1335-3 du CSP.
Écart 25	L'établissement est insuffisamment sécurisé ( accès aux escaliers non fermés ; barres d'appui aux murs, non solidement fixées ; tableau électrique du bâtiment A, accessible) , ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 (1°) du CASF.
Écart 26	L'absence d'analyse des chutes et de rédaction d'un plan d'action visant à les prévenir ne permet pas de garantir une sécurité aux résidents et contrevient à l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS (Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, 2009) et de la société française de gérontologie (Recommandations dans l'évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, 2009).
Écart 27	Le dispositif d'appel malade n'est pas pleinement opérationnel et présente des dysfonctionnements, ce qui compromet la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 (1°) du CASF.
Écart 28	Les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD n'ont pas signé de contrat type prévu à l'article L314-12 CASF.
Écart 29	En n'assurant pas l'information aux résidents - ou à leur représentant en charge d'une mesure de protection juridique - de la liste des personnes qualifiées et des modalités pratiques de leur saisine ni des numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique adaptés aux besoins de

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	prise en charge, la direction contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3, 6° du CASF.
Écart 30	L'absence de traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation pluridisciplinaire systématique, a minima tous les 6 mois, des prescriptions de contention contrevient aux articles R.311-0-7 et R.311-0-9 du CASF.
Écart 31	L'absence de photo des résidents sur les opercules des blisters des plateaux des médicaments et sur les plans de table peut être source d'erreur et mettre en danger la sécurité des soins dispensés, ce qui contrevient à l'article L.311-3 (1°) du CASF.
Écart 32	L'absence de la proposition systématique d'une collation nocturne à l'ensemble des résidents et de traçabilité de l'acceptation ou du refus par le résident contrevient à l'article L311-3 et à l'annexe 2-3-1 (III 2°) du CASF ainsi qu'aux règles de bonnes pratiques nutritionnelles élaborées par la HAS (RBPP « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » – avril 2007) et le groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (recommandation nutrition – juillet 2015).
Écart 33	La surveillance nutritionnelle est insuffisamment précise pour garantir un dépistage, une prévention et une lutte contre la dénutrition, ce qui contrevient à l'article L.311-3 (3°) du CASF ainsi qu'aux règles de bonnes pratiques nutritionnelles élaborées par la HAS (RBPP « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » – avril 2007).
Écart 34	L'absence de réunion de la commission de coordination gériatrique contrevient à l'article D312-158 (3°) duCASF et ne permet pas de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques.
Écart 35	Le stockage des médicaments dans un sac plastique accroché au sac d'urgence n'est pas sécurisé, et induit un fort risque de casse des ampoules de médicaments et de déchirure. Le contenu du sac d'urgence devrait être scellé. Ces manquements peuvent affecter la prise en charge des urgences et contreviennent aux articles L311-3 du CASF et R4312-39 du CSP.
Écart 36	L'absence de vérification mensuelle du sac d'urgence et le manque d'actualisation de son protocole d'utilisation peuvent représenter un risque

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	pour la prise en charge des résidents en cas d'urgence, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) CASF.
Écart 37	La localisation inadaptée du DAE et une des indications erronées de sa localisation ne respectent pas les exigences en termes de visibilité et de signalisation qui peuvent retarder la prise en charge d'une urgence vitale, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1° et 3°) du CASF ainsi qu'à l'arrêté du 29 octobre 2019 et à l'article R.157-2 du code de la construction et de l'habitat.
Écart 38	L'absence de transmissions dans NETSoins par les professionnels libéraux ne permet pas de garantir la qualité du suivi des soins dispensés et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
Écart 39	L'absence de traçabilité des bilans kinésithérapiques et des séances dans le logiciel NETSoins contrevient aux articles R4321-2 et R4321-91 du CSP.
Écart 40	Les procédures liées au circuit du médicament ne correspondent pas aux pratiques effectives des soignants, générant un décalage entre les directives établies et leur application sur le terrain, ne permettant pas ainsi de garantir une sécurité et une qualité optimales de la prise en charge médicamenteuse des résidents. Par ailleurs, l'établissement n'a pas totalement corrigé les dysfonctionnements mentionnés dans l'audit réalisé en 2023, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.
Écart 41	Les données transmises à la pharmacie d'officine sont adressées via une messagerie non sécurisée, ce qui contrevient aux exigences de confidentialité et de sécurité des informations de santé selon l'article L.1470-5 du CSP.
Écart 42	L'absence de disponibilité dans l'EHPAD d'une liste, établie par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement contrevient aux dispositions de l'article L.313-12 (V) du CASF.
Écart 43	L'absence de listing détaillé et de contrôle du stock de médicaments pour besoins urgents contrevient aux articles R5126-108, R5126-109, R4312-38 du CSP ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques.
Écart 44	L'exécution d'une prescription non signée sur un carnet à souche contrevient aux articles R5212, R5132-3 et R4312-42 du CSP. L'absence, sur le registre réglementaire, de la signature du professionnel administrant un stupéfiant contrevient à l'article R5132-36 du CSP.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Écart 45	Les modalités de tenue du coffre dédié aux stupéfiants notamment la présence de médicament non nominatif et de bijoux, contreviennent à l'article R5132-26 du CSP.
Écart 46	Les conditions de préparation des médicaments dans le local pharmaceutique ne sont pas optimales et peuvent engendrer des erreurs médicamenteuses susceptibles de compromettre la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 (1°) du CASF.
Écart 47	L'absence de procédure formalisée détaillant les modalités d'administration et de formation à l'administration des médicaments par les AS ainsi que du contrôle de leurs compétences, contrevient aux articles R4311-4 du CSP et L313-26 et L311-3 du CASF ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques éditées par l'OMEDIT d'Île de France.
Écart 48	La modalité de préparation de la distribution des médicaments manque de sécurité, notamment en raison de possibles confusions entre les traitements du midi et du soir. De plus, l'identification des résidents et des molécules administrées n'est pas homogène, ces éléments peuvent impacter la sécurité des résidents-article L311-3 (1°) du CASF- et ne respectent pas les règles de bonnes pratiques en matière d'identitovigilance (rèf p.34 : Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI - mise à jour juin 2023).
Écart 49	L'absence de traçabilité systématique des prises de traitement compromet la continuité de la prise en charge médicamenteuse ce qui contrevient à l'article R.4312-35 du CSP et aux RBPP (réf. : ARS ARA « Guide Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI » -juin 2023).
Écart 50	L'EHPAD n'a pas passé convention avec les kinésithérapeutes libéraux, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.313-30-1 du CASF.
Écart 51	L'absence de convention avec une officine en pharmacie contrevient à l'article R.5126-107 du CSP.

#### Tableau récapitulatif des remarques

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque 1	L'organigramme de l'EHPAD n'est pas à jour et n'indique pas les ETP pour tous les postes.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque 2	La procédure actuelle des astreintes administratives ne précise pas les démarches à suivre en cas d'urgence durant la nuit.
Remarque 3	Les affichages présents et visibles pour les usagers sont incomplets. Manquent le livret d'accueil et le projet d'établissement.
Remarque 4	Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour.
Remarque 5	L'établissement n'a pas désigné de référent qualité.
Remarque 6	L'EHPAD n'assure pas le suivi de son PACQ et n'a pas mis en place de COPIL, ce qui peut impacter la qualité de la prise en charge des résidents.
Remarque 7	La mission constate un manque de connaissances par les équipes de l'EHPAD des modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG.
Remarque 8	Il n'existe pas de procédure de déclaration et de gestion des EI liés au circuit du médicament.
Remarque 9	L'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
Remarque 10	Le nombre de CDD par équipe n'est pas équilibré, aux fins d'assurer un meilleur accompagnement des résidents par les soignants pérennes.
Remarque 11	L'établissement ne formalise pas les entretiens annuels d'évaluation des professionnels.
Remarque 12	L'établissement n'a pas transmis l'attestation d'inscription à la validation des acquis de l'expérience (VAE) de l'auxiliaire de vie (AVS) actuellement en formation qualifiante.
Remarque 13	L'établissement n'inclut pas dans son plan de formation prévisionnel, toutes les formations programmées.
Remarque 14	Les données statistiques renseignées par la structure ne permettent pas d'avoir une vision globale en termes de personnes prises en charge et d'activité.
Remarque 15	Le faible nombre de professionnels vaccinés contre la grippe ne respecte pas les recommandations de santé publique émises par le HCSP (Avis du 31/08/2023).
Remarque 16	La procédure d'admission, quelque peu ancienne, n'est pas étayée et ne précise pas le rôle de chaque professionnel selon sa fonction.
Remarque 17	L'établissement ne dispose pas d'une traçabilité en termes de directives anticipées et de leur éventuel refus.
Remarque 18	L'absence de notification sur les prescriptions des critères de surveillance et de dépistage des signes de complication des immobilisations et/ou

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	contention est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et ne permet pas d'en faire une évaluation pouvant aboutir à l'élaboration d'un plan d'action pour les prévenir.
Remarque 19	Bien que ces missions ne figurent pas clairement sur les fiches de tache heurees insérées dans le livret d'accueil des professionnels, la mission rappelle ici que les ASH n'ont aucune compétence pour dispenser des soins aux résidents et que cette mention sur un protocole constitue à minima un glissement de tâches organisé des AS/AES vers les ASH.
Remarque 20	La disposition des locaux du poste de soins ne permet pas une réalisation efficiente des différentes tâches effectuées par les IDE et ne respecte pas les recommandations de bonne pratique en matière d'hygiène.
Remarque 21	L'absence de poste de soins au sein du bâtiment A impose aux soignants de transporter le matériel et les médicaments en passant par l'extérieur.
Remarque 22	L'absence d'actualisation des protocoles et procédures de soins ne permet pas de garantir des pratiques conformes aux dernières recommandations de bonnes pratiques soignantes et d'optimiser ainsi la prise en charge des résidents.
Remarque 23	Bien que des outils soient mis à disposition des professionnels, ceux-ci semblent méconnus. L'organisation du travail des IDE n'est pas explicitée notamment dans le livret d'accueil des nouveaux professionnels.
Remarque 24	Les informations concernant la maintenance de l'appareil sont incomplètes, ce qui est contraire aux exigences de modalités de signalisation des DAE ( réf : Arrêté du 29 octobre 2019, annexe 3).
Remarque 25	Le protocole actuel de prise en charge de la douleur, datant de 2016, n'a pas été révisé depuis. Cette absence de mise à jour limite l'adaptation et l'actualisation des pratiques soignantes.
Remarque 26	L'absence de mise à jour du protocole de soins palliatifs peut nuire à la qualité de la prise en charge des résidents en fin de vie (réf : Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD-HAS 2017) et ne permet pas aux IDE de respecter l'article R4312-20 du CSP.
Remarque 27	Les procédures et protocoles de soins ne sont pas à jour.
Remarque 28	Le paragraphe relatif à la préparation des médicaments dans la procédure du circuit des médicaments, ne reflète pas les pratiques soignantes telles que décrites lors des entretiens.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque 29	L'absence de traçabilité régulière de la vérification quotidienne de la température de l'enceinte réfrigérée empêche la détection d'éventuels dysfonctionnements, ce qui présente un risque pour la conservation et l'utilisation des médicaments thermosensibles (réf. : Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023, page 19).
Remarque 30	L'absence de mention des dates d'ouverture et de limite d'utilisation sur les médicaments multidoses ainsi que l'absence de contrôle des dates de péremption ne respectent pas les RBPP (réf. : Guide ARS-ARA-Le circuit du médicament en EHPAD-juin 2023).
Remarque 31	La convention de partenariat avec l'hôpital privé Paul Galien, si elle est effective, n'est à pas jour.
Remarque 32	Les conventions de partenariat avec les structures HAD ne sont pas finalisée, ni à jour.
Remarque 33	Les conventions relatives à la prise en charge gériatrique ne sont pas à jour.

## **Conclusion**

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD MELAVIE, géré par la SAS MELAVIE, a été réalisé le 24 octobre 2024 à partir des réponses apportées et des documents transmis par l'établissement. La mission a rencontré un directeur fortement impliqué ainsi que des professionnels engagés et investis, au plus près des résidents. Le climat social y est serein et la prise en charge se veut empreinte de bientraitance.

L'établissement fait l'objet de travaux d'agrandissement qui devraient s'achever en 2026. L'esprit familial règne aussi bien dans la prise en charge des résidents que dans sa gestion. Néanmoins, elle a relevé des dysfonctionnements, voire des manquements certains, en matière de :

- Gouvernance :
  - Management et Stratégie
    - Un directeur ne détenant pas de document unique de délégation (DUD) ;
    - Un temps de présence insuffisant du médecin-coordonnateur, n'assurant pas par ailleurs, toutes ses missions réglementaires ;
  - Animation et fonctionnement des instances
    - Un CVS ne se réunissant pas régulièrement, auquel n'est pas présenté un bilan des EI et dysfonctionnements ;
  - Gestion de la qualité
    - L'absence de référent et de suivi du plan d'amélioration continue de la qualité ;
    - Les événements indésirables déclarés ne donnant pas lieu à analyse et à RETEX ;
  - Gestion des risques, des crises et des évènements indésirables

- Un manque de connaissances par les professionnels, des modalités d'identification et de déclaration des EI/EIG ;
- Fonctions support
  - Gestion des RH :
    - Un effectif d'IDE et d'AS/AES/AMP insuffisant pour assurer une prise en charge de qualité ;
    - L'affectation à la prise en charge en soins, d'AVS faisant fonction d'AS et d'AES et par là-même l'exercice illégal de ces professions ;
    - Un glissement de tâches, au regard de fiches de postes ne permettant pas de différencier les tâches de soins confiées aux différentes catégories de professionnels, et d'ASH aidant aux repas ;
    - Le recours à du personnel non qualifié la nuit ;
  - Gestion d'information
    - Un RAMA 2023 non conforme aux attendus réglementaires ;
    - L'absence de registre papier des entrées et des sorties des résidents ;
  - Sécurités
    - L'inexistence d'un local d'entreposage des DASRI ;
    - Un établissement insuffisamment sécurisé (fenêtres sans système de blocage ; accès aux locaux techniques et aux escaliers, non fermés ; barres d'appui non solidement fixées ; portes d'accès fermant mal) ;
    - Un dispositif d'appel malade non pleinement opérationnel et présentant des dysfonctionnements ;
- Prises en charge
  - Respect du droit des personnes
    - L'absence de traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation pluridisciplinaire systématique, a minima tous les six mois, des prescriptions de contentions ;
    - La photo des résidents, absente sur les opercules des blisters des plateaux des médicaments, et des plans de table ;
  - Vie quotidienne. Hébergement
    - La non-proposition systématique d'une collation nocturne et l'absence de traçabilité de l'acceptation ou du refus par le résident ;
    - Une surveillance nutritionnelle insuffisamment précise, pour garantir un dépistage, une prévention et une lutte contre la dénutrition ;
  - Soins :
    - La non-tenue d'une réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique ;
    - Un stockage des médicaments non sécurisé ;
    - L'absence de vérification mensuelle du sac d'urgence ;
    - Des procédures et protocoles de soins non à jour ;
    - Les procédures liées au circuit du médicament non conformes aux pratiques effectives des soignants ;
    - L'adressage via une messagerie non sécurisée des données transmises à la pharmacie d'officine ;
    - L'absence de liste préférentielle de médicaments à utiliser ;
    - Un contenu du coffre dédié aux stupéfiants, non conforme ;

-Des conditions de préparation des médicaments dans le local pharmaceutique, non optimales ;

-L'absence de procédure relative aux modalités d'administration et de formation à l'administration des médicaments par les aides-soignants, et de contrôle de leurs compétences ;

-Le manque de sécurité afférent à la modalité de préparation de la distribution des médicaments ;

-Une traçabilité des prises de traitement, non systématique ;

– Relations avec l'extérieur

- Coordination avec les autres secteurs

-Un partenariat à actualiser avec des hôpitaux, structures HAD et de prise en charge gériatrique, ainsi qu'à formaliser avec une officine en pharmacie.

Ces constats nécessitent que l'organisme gestionnaire et la nouvelle directrice de l'établissement engagent rapidement des actions d'amélioration.