



**ARS Île-de-France**

**Inspection sur place  
2024-06-20**

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

**Léopold BELLAN  
17, avenue de Charles de Gaulle. 92270 Bois-Colombes**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

### **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Écart 1	Le taux d'occupation pour l'hébergement permanent est inférieur au taux cible, réglementaire de 95% ce qui contrevient à l'article R 314 du CASF et à l'arrêté du 28 septembre 2017. Le taux d'occupation pour l'hébergement temporaire ne satisfait pas le taux cible de 70 % prévu dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).
Écart 2	La révision du règlement de fonctionnement ne respecte pas les délais prévus par la réglementation et contrevient à l'article R311-33 du CASF.
Écart 3	Le règlement de fonctionnement n'était pas affiché ce qui contrevient à l'article R311-34 du CASF
Écart 4	En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Écart 5	Le projet d'établissement en cours de validation ne définit pas les objectifs en matière de prise en soins des résidents ce qui contrevient à l'article D 311-38 et D312-158 du CASF.
Écart 6	La mission a constaté l'absence de transmission du plan bleu de l'EHPAD Leopold BELLAN à l'ARS DD92 IDF depuis 2020. La possible obsolescence du plan bleu ne permet pas de garantir sa mise en œuvre en cas de nécessité. D312-160, d312-155-4-1 et L311-3 du CASF.
Écart 7	L'absence du document unique de délégation pour le directeur ne permet pas de connaître l'étendue des responsabilités et des missions du directeur ce qui contrevient aux articles D312-176-10et D312-176-5 du CASF.
Écart 8	Il n'a pas été transmis à la mission le document de délégation de signature actualisé du directeur de l'EHPAD à ses collaborateurs.
Écart 9	L'absence de médecin coordonnateur ne permet pas une organisation optimale du travail, impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge en soins des usagers et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° et Art. D. 312-155-0 du CASF.
Écart 10	Les documents qui devraient être présents et visibles au sein de l'EHPAD notamment le règlement intérieur et l'arrêté de dotation globale ne sont pas affichés.
Écart 11	En ne présentant pas le bilan des événements indésirables au conseil de la vie sociale, la direction de l'établissement contrevient à l'article R 331-10 du CASF. Le CVS doit être systématiquement être avisé de tous les événements indésirables et dysfonctionnements.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Écart 12	Il n'y a pas de copil en matière d'amélioration continue de la qualité.
Écart 13	Le ratio d'encadrement de personnel infirmier apparait insuffisant au regard de la charge en soin de l'établissement. Il n'est pas conforme aux objectifs du CPOM.
Écart 14	L'établissement n'a pas communiqué à la mission les inscriptions à l'Ordre pour tous les professionnels de santé salariés.
Écart 15	L'établissement n'a pas communiqué à la mission les inscriptions à l'Ordre pour les professionnels de santé libéraux.
Écart 16	Le glissement de tâche des AVS exerçant des missions d'aide-soignant est identifié.
Écart 17	La convention relative à l'élimination des déchets d'activités de soins et de risques infectieux (DASRI) transmise est illisible et ne permet pas de justifier de l'effectivité de l'élimination des DASRI par un prestataire, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R1335-2 et R1335-3 du CSP.
Écart 18	Il n'y a pas de système d'appel malade fiable, cela constitue un risque pour la sécurité des résidents et contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.
Écart 19	L'annexe au contrat de séjour des résidents n'est pas révisée lors de la mise sous contention ou de la levée de celle-ci, ce qui est en contradiction avec les dispositions de l'article L311-4-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).
Écart 20	L'absence d'ergothérapeute peut nuire à l'accompagnement des professionnels dans le suivi des contentions.
Écart 21	Les missions qui incombent au MEDCO ne sont pas mises en œuvre, conformément aux articles D. 312-156 et D. 312-158-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).
Écart 22	L'accès à la partie « papier » des dossiers médicaux n'est pas sécurisé de manière satisfaisante, ce qui permet à certains professionnels non autorisés d'y accéder, ce qui est contraire à la réglementation de l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique (CSP).
Écart 23	Le chariot d'urgence n'est pas scellé et n'est pas contrôlé régulièrement, ce qui constitue un risque pour les résidents et contrevient à l'article 311-3 1° du CASF.
Écart 24	Il n'y a pas de réunions pluridisciplinaires régulières de bilan des chutes des résidents. (L311-3 CSP et RBPP HAS).

Numéro	Contenu
Écart 25	La traçabilité et le stockage des stupéfiants n'est pas conforme à la réglementation Art R 5132-36 et R 5126-109 du CSP

### **Tableau récapitulatif des remarques**

Numéro	Contenu
Remarque 1	Le projet de service du PASA nécessite une actualisation en raison de la révision en cours du projet d'établissement. Il doit être intégré au PE et doit définir notamment les profils éligibles, le programme d'activité et leurs objectifs ainsi que les formations envisagées.
Remarque 2	L'organigramme transmis n'indique pas le nombre d'ETP.
Remarque 3	L'absence de fiche de poste spécifique à la fonction d'IDEC peut fragiliser la coordination du travail des équipes soignantes et la qualité de la prise en charge en soins des résidents.
Remarque 4	Il n'y a pas de référent sur les différentes thématiques en EHPAD notamment sur la bientraitance.
Remarque 5	Il n'y a pas de procédure concernant la bientraitance et la prévention de la lutte contre la maltraitance.
Remarque 6	La mission constate une absence de traçabilité qui ne permet pas le suivi et l'évaluation des réclamations et des signalements.
Remarque 7	Il n'y a pas d'analyse annuelle des chutes dans le cadre d'un processus d'amélioration continue de la qualité.
Remarque 8	La procédure de déclaration et d'analyse des chutes n'est pas à jour.
Remarque 9	Il est constaté l'absence de psychomotricien(ne) pour le fonctionnement du PASA
Remarque 10	Les dossiers du personnel contrôlé sont incomplets.
Remarque 11	L'établissement n'a pas transmis les attestations de réalisation des formations des professionnels.
Remarque 12	Les temps d'échanges pour l'analyse des pratiques pour tracer les sujets traités et les plans d'actions proposés ne sont pas formalisés.
Remarque 13	Le dispositif ASSURE n'a pas pu être mis en place faute de MEDEC.
Remarque 14	Le RAMA transmis n'est qu'une extraction du logiciel de soin du résident.
Remarque 15	L'établissement doit s'assurer de la complétude des dossiers de chacun des résidents. Les dossiers consultés présentent des niveaux de complétude inégaux.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque 16	Les dossiers médicaux ne sont pas stockés de manière optimale et leur rangement nécessite d'être revu.
Remarque 17	Il n'existe pas de cahier de liaison permettant le suivi des petites réparations.
Remarque 18	En l'absence de médecin coordonnateur, il est essentiel d'intégrer au processus d'admission l'avis médical du médecin prescripteur.
Remarque 19	La mission n'a pas eu le planning des GAP
Remarque 20	L'actualisation du protocole de mise en place des mesures de contention permettra à l'équipe pluridisciplinaire de respecter les bonnes pratiques. Cela contribuera non seulement à clarifier les procédures à suivre, mais aussi à renforcer la communication et la coordination entre les intervenants
Remarque 21	Il n'existe pas de « cahier de doléances ».
Remarque 22	La mission a reçu une procédure de prévention du risque de dénutrition datant de 2016 et constate qu'aucune mise à jour périodique n'a été effectuée depuis.
Remarque 23	Les procédures affichées dans le poste de soins ne sont pas mises à jour
Remarque 24	Les DLU sont insuffisants, tant dans la hiérarchisation des pathologies que dans les observations médicales, les rapports de la psychologue et les transmissions soignantes.
Remarque 25	Il n'existe pas de protocole relatif aux soins palliatifs et à la fin de vie.
Remarque 26	Les soignants interrogés ne connaissent pas le protocole formalisé pour la prise en charge des escarres.
Remarque 27	Il n'existe pas de dispositif de contrôle interne et d'audit interne récent au sein de l'EHPAD et le protocole de circuit du médicament n'est pas actualisé avec l'organisation en place.
Remarque 28	La mission d'inspection n'a pas constaté de traçabilité de la vérification des dates de péremptions pour les besoins urgents.
Remarque 29	La liste actualisée des médicaments du stock tampon n'est pas établie.
Remarque 30	La mission d'inspection a constaté l'absence de liste préférentielle de médicaments conformément aux recommandations de bonnes pratiques du médicament en EHPAD.
Remarque 31	Aucune traçabilité de la vérification de la livraison des médicaments par l'officine est réalisée par l'IDE

Numéro	Contenu
Remarque 32	La mission d'inspection a reçu une procédure du circuit du médicament obsolète du fait d'un changement d'organisation, de pharmacien et du mode de livraison.
Remarque 33	L'établissement n'a pas de liste de médicaments écrasables, ni de protocole de broyage.
Remarque 34	Le personnel habilité et formé à l'administration des médicaments ne dispose pas d'une liste de médicaments écrasables accessible dans le poste de soins.
Remarque 35	La traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas systématiquement réalisée concomitamment à la distribution.
Remarque 36	La mission n'a pas reçu la convention UCC signée avec le GH Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine.
Remarque 37	Les annexes de la convention avec la pharmacie ne sont pas transmises.
Remarque 38	Il n'existe pas de convention avec le DAC 92 Nord

## **Conclusion**

L'inspection de l'EHPAD Léopold BELLAN, géré par la Fondation Léopold BELLAN a été réalisé de façon inopinée le jeudi 20 juin 2024 à partir de la visite de l'établissement, des entretiens menés avec différents personnels et des documents transmis par l'établissement. L'inspection s'est déroulée dans de bonnes conditions du fait notamment de la disponibilité du directeur et de l'IDEC ainsi que des équipes présentes sur l'établissement. Il ressort de cette inspection et des différents entretiens menés que l'ambiance de travail et les relations entre les professionnels semble plutôt sereine et bienveillante.

Cependant, le jour de l'inspection, la mission a relevé un certain nombre d'écarts à la réglementation et de remarques sur le fonctionnement de l'établissement, notamment concernant :

La gouvernance :

- Conformité aux conditions de l'autorisation
- Management et Stratégie
- Animation et fonctionnement des instances
- Gestion de la qualité

Les fonctions support :

- Gestion des RH
- Gestion d'information
- Bâtiments, espaces extérieurs et équipements

- Sécurités

La prise en charge :

- Organisation de la prise en charge

- Respect des droits des personnes

- Vie quotidienne. Hébergement

- Soins

- Coordination avec les autres secteurs

Ces écarts et remarques, explicités tout au long du rapport, et récapitulés à la fin de ce rapport, donneront lieu à des injonctions, prescriptions et recommandations faites au gestionnaire, afin de se mettre en conformité avec la réglementation et de rectifier certains modes de fonctionnement qui ne permettent pas une prise en charge de qualité et une sécurité optimale pour les résidents.

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