



*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**ARS Île-de-France**

**Mission conjointe : ARS et Conseil départemental de Seine-Saint-Denis**

**Inspection sur place  
2024-03-05**

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

**La Maison des Glycines  
3, rue de Rigaud. 93350 Le Bourget**

**SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE**

## **Tableau récapitulatif des écarts**

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Ecart n°1	Le règlement de fonctionnement ne contient pas toutes les dispositions prévues par la réglementation en vigueur (a. R.311-35 CASF).
Ecart n°2	L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement à jour.
Ecart n°3	Le plan bleu ne comprend pas toutes les modalités à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire comme le prévoit la réglementation.
Ecart n°4	La mission observe que les réunions du CVS n'ont pas été tenues régulièrement, ce qui souligne la nécessité pour la nouvelle direction de réactiver le CVS.
Ecart n°5	Le RAMA ne contient que des données sans analyse de ces dernières ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du CASF.
Ecart n°6	Le RAMA n'est pas rempli de manière exhaustive.
Ecart n°7	L'armoire dédiée au rangement des dossiers médicaux sous format papier n'est pas verrouillée ce qui contrevient aux dispositions des articles R4312-35 CSP, L311-3- 4°CASF et L1110-4 CSP.
Ecart n°8	En référence aux missions déclinées dans le référentiel métier de Directeur d'établissement social et médico-social et au périmètre de ses missions, l'accès aux données de santé des résidents, via le logiciel de soins, du directeur de l'établissement lors de l'exercice par celui-ci de ses fonctions de chef d'établissement médico-social est contraire aux dispositions des articles L1110-4 CSP, R1110-1 du CSP, R4312-35 CSP et L311-3-4°CASF.
Ecart n°9	Risque hygiène : Dans la cuisine, les bouches de ventilation sont sales.
Ecart n°10	Les contrôles périodiques biannuels du portail et annuels des BAES et des installations de climatisation et de ventilation n'ont pas été réalisés. Le contrôle périodique annuel ERP des installations électriques n'a pas été réalisé.
Ecart n°11	La levée des prescriptions des rapports périodiques obligatoires doit faire l'objet d'une attestation de levé par l'intervenant datée et signée. Elle est à joindre au registre de sécurité.
Ecart n°12	La potabilité de l'eau n'est pas vérifiée
Ecart n°13	Il n'y a pas eu d'exercice d'évacuation depuis juin 2022.
Ecart n°14	Il n'y a pas de registre de sécurité et santé au travail ni de registre de signalement de danger grave et imminent.
Ecart n°15	Le dernier certificat de ramonage date du 6 juillet 2022.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Ecart n°16	La mission n'a pas été destinataire du contrat de collecte DASRI. Elle n'a donc pas d'information concernant la périodicité d'enlèvement des DASRI.
Ecart n°17	La mission constate que le temps moyen d'intervention d'un appel-malade est long certains numéros de chambre restaient affichés plus 30 minutes, ce qui fait courir un risque sur la sécurité des résidents (article L311-3 CASF 1°).
Ecart n°18	Il n'y a pas de projets individualisés à jour pour les résidents de l'établissement.
Ecart n°19	La mission n'a pas été destinataire des contrats des médecins traitants prévus par l'article D313-30-1 CASF.
Ecart n°20	L'établissement n'a pas transmis le DU de Médecin coordonnateur en EHPAD de la médecin coordonnateur, ce qui n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.

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

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 1	La mission constate que le règlement de fonctionnement n'est pas affiché de manière visible pour les résidents et les visiteurs car pour y avoir accès il faut entrer dans une salle située à l'écart du hall d'entrée.
Remarque n° 2	Le plan bleu ne contient pas de modalités de reprise d'activité.
Remarque n° 3	Le plan bleu a été rédigé il y a deux ans par l'ancienne équipe de direction et n'a pas été mis à jour récemment.
Remarque n° 4	La date d'effet de l'avenant au contrat du directeur de transition ne correspond pas aux dates réelles de sa présence au sein de l'établissement puisqu'il est arrivé le 3 janvier 2024.
Remarque n° 5	Il n'y a pas de système d'astreinte organisé.
Remarque n° 6	La mission d'inspection n'a pas eu connaissance d'un diplôme [REDACTED] pour la coordination en EHPAD.
Remarque n° 7	La mission constate qu'il n'y a pas d'information ni d'affichage qui permette d'identifier les membres du CVS.
Remarque n° 8	La direction n'a pas mis en place les actions d'amélioration continue de la qualité dans le rapport annuel d'activité.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 9	La mission n'a pas été destinataire de la procédure de promotion de la bientraitance.
Remarque n° 10	Les principales plaintes soulevées lors de cette mission concernent la communication avec la direction, qui était gelée. Bien qu'elle tente de s'améliorer, des lacunes persistent, notamment en ce qui concerne la rapidité des réponses lors d'incidents tels que la présence de marques sur le visage d'une résidente, où la famille attend des explications.
Remarque n° 11	Il n'a pas été signalé les difficultés rencontrées avec la direction précédente, le mode de fonctionnement très dégradé, ni le renouvellement d'une grande partie de l'équipe.
Remarque n° 12	La mission n'a pas pu avoir de document clair sur le rôle du siège et l'appui apporté aux établissements.
Remarque n° 13	La mission d'inspection n'a pas eu accès au tableau des GIR.
Remarque n° 14	La mission constate le report de données parfois incohérentes dans le RAMA (e.g. nombre moyen de médicaments par résident : 55,65)
Remarque n° 15	Lors de l'étude de l'échantillon de dossiers la mission constate que dans certains dossiers de résidents examinés : - Les plans de soins journaliers IDE/AS et certains soins programmés (pansements, ...) ne sont pas toujours validés ou le sont partiellement certains jours - Le plan journalier d'administration des médicaments n'est pas toujours validé, ou l'est partiellement certains jours.
Remarque n° 16	Lors de l'étude de l'échantillon de dossiers la mission constate que dans les dossiers examinés de certains résidents ayant fait une chute, la déclaration de chute est tracée mais que les éléments d'analyse et de surveillance de la chute ne sont pas tracés dans le dossier médical.
Remarque n° 17	Lors de l'étude de l'échantillon de dossiers la mission constate que dans les dossiers examinés de certains résidents, les poids ne sont pas relevés au moins une fois par mois contrairement à la procédure de l'établissement et aux RBPP.
Remarque n° 18	Les bouches de ventilation sont à nettoyer.
Remarque n° 19	La VMC est à remettre en service.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 20	L'armoire électrique en cuisine est à fermer à clé.
Remarque n° 21	La commission de sécurité est à solliciter pour les portes de cuisine ne s'ouvrant pas dans le sens d'évacuation.
Remarque n° 22	Les plans d'évacuation sont à compléter avec un étiquetage indélébile.
Remarque n° 23	Des BAES sont à remettre en service, d'autres à mettre en drapeau.
Remarque n° 24	Les circulations sont à dégager des encombrants.
Remarque n° 25	La réserve [REDACTED] est à ranger.
Remarque n° 26	Les produits dangereux de la réserve [REDACTED] doivent être stockés dans des bacs de rétention selon leurs classes de danger.
Remarque n° 27	La protection de la meuleuse est à réparer et un arrêt d'urgence doit être posé. Dans l'attente, la meuleuse doit être mise à l'arrêt.
Remarque n° 28	Le local « ménage » du rdc est à identifier.
Remarque n° 29	Les dalles de faux plafonds sont à remettre en place.
Remarque n° 30	Risque hygiène : Dans une chambre au 1er étage, la VMC de la salle de bains ne fonctionne pas.
Remarque n° 31	Le modèle de registre de sécurité incendie utilisé ne comprend pas toutes les rubriques. Des dates ne sont pas toutes reportées.
Remarque n° 32	La formation à la sécurité et santé au travail est réalisée mais n'est pas formalisée ni tracée.
Remarque n° 33	L'habilitation électrique de l'agent de maintenance n'est pas formalisée. Il a une attestation de formation mais il n'y a pas de document signé par l'employeur l'habilitant.
Remarque n° 34	Certaines portes équipées d'un BAES ne s'ouvrent pas dans le sens d'évacuation. Il conviendra de soumettre ce point à la prochaine commission de sécurité.
Remarque n° 35	Les membres de la mission d'inspection ont été interpellés au cours de la journée par une famille qui s'est plaint de disparitions de vêtements de leur proche accueilli au sein de l'EHPAD.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
Remarque n° 36	La mission constate qu'aucune attestation de remise des documents Loi 2002-2 (Règlement de fonctionnement, Charte personne accueillie stipulant notamment un droit à la renonciation, livret d'accueil) n'est prévue à l'arrivée des résidents.
Remarque n° 37	Lors de la consultation des dossiers de résidents, la mission a constaté que certains dossiers ne font pas mention d'une personne de confiance, ou que la personne indiquée n'a pas signé le document. Par ailleurs les coordonnées ne sont pas mises à jour.
Remarque n° 38	Les dossiers résidents consultés sur place ne disposent pas du formulaire relatif aux directives anticipées. Par ailleurs, aucun document standard ou procédure n'a été présenté sur ce point.
Remarque n° 39	Lors de la consultation d'un échantillon de dossiers médicaux, la mission n'a pas retrouvé dans le dossier d'un résident concerné par une mesure de contention la traçabilité des éléments de surveillance de la mesure de contention.
Remarque n° 40	La médecin coordonnateur et l'IDEC indiquent à la mission que l'intervention des IDE de nuit ne satisfait pas pleinement les termes de la convention établie, notamment concernant leur temps de présence au sein de l'EHPAD en dehors des sollicitations spécifiques par les personnels des équipes de nuit (pour lesquelles elles se déplacent au sein de la structure).
Remarque n° 41	La mission souligne que l'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique des résidents n'est pas régulièrement actualisée, la majorité des MMS pour lesquels une cotation a été possible ayant été réalisé avant 2023.
Remarque n° 42	La mission constate que la date de péremption du produit multi-usage entamé n'est pas notée (en plus de la date d'ouverture et de l'identification du résident), ce qui permettrait de renforcer la sécurité de la PECD.
Remarque n° 43	Lors de la visite du local « Infirmerie », la mission constate sur un des chariots de soins des produits antiseptiques multi-usage ouverts sans indication de la date ouverture ou de la date de péremption (cf. photo ci-dessous)
Remarque n° 44	L'établissement a transmis une convention avec l'officine « Pharmacie de la gare » à le Bourget, datée de mai 2012. Cependant la médecin coordonnateur et l'IDEC indiquent à la mission qu'une PUI a été mise en place avec l'établissement Hôpital Nord 92, Hauts-de-Seine.

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	L'organisation du circuit du médicament avec la PUI était fonctionnelle le jour de la visite.
Remarque n° 45	La mission constate que seule une partie des piluliers des résidents est vérifiée (piluliers de J1 pour tous les résidents et ensemble des piluliers du résident pour lesquels une non-conformité a été constatée pour le pilulier de J1). L'absence de vérification de l'ensemble des traitements médicamenteux pour chaque résident avant l'administration des médicaments au résident n'est pas conforme aux RBPP
Remarque n° 46	Lors de leurs entretiens, la médecin coordonnatrice et l'IDEC indiquent que la validation de la distribution des médicaments se fait de manière différée à la fin du tour ce qui est contraire aux règles de bonnes pratiques professionnelles.
Remarque n° 47	L'établissement n'a pas transmis la procédure concernant l'organisation de la collaboration IDE-AS relative à la distribution des médicaments.
Remarque n° 48	La mission constate que l'identification du résident (identité, numéro de chambre) sur les gobelets dédiés à la distribution des médicaments pas les AS est portée sur le couvercle du gobelet contenant les médicaments et non sur le corps du gobelet (ce qui constitue un risque en matière d'identito-vigilance, le couvercle étant appelé à être désolidarisé du corps du gobelet qui contient les médicaments)
Remarque n° 49	Le jour de la visite, la mission constate que la porte du coffre à stupéfiants n'est pas verrouillée, de même que la porte de l'armoire dans laquelle est scellé le coffre, ce qui permet un accès non sécurisé au contenu du coffre à stupéfiants à des personnes non habilitées.
Remarque n° 50	Le jour de la visite, le coffre des stupéfiants contient des objets (piles électriques) qui n'ont pas leur place dans ce coffre.
Remarque n° 51	L'établissement n'a pas transmis le protocole de dépistage et de lutte contre la douleur s'il existe.
Remarque n° 52	L'établissement n'a pas transmis la convention avec l'HAD.
Remarque n° 53	L'établissement n'a pas transmis de protocoles et procédures de soins relatifs à la prise en charge des personnes en fin de vie et/ou en soins palliatifs.
Remarque n° 54	L'examen par la mission d'un échantillon de dossiers médicaux montre que dans certains des dossiers examinés, l'analyse de la chute ayant fait l'objet

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	d'une déclaration de survenue n'est pas tracée dans le dossier médical du patient.
Remarque n° 55	La procédure en vigueur dans l'établissement relative à la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée en EHPAD n'est pas actualisée en vue en tenir compte des dernières RBPP sur la thématique
Remarque n° 56	L'examen d'un échantillon de dossiers médicaux par la mission et les données transmises par l'établissement relatives aux pesées des résidents montrent que, contrairement au protocole de l'établissement et aux RBPP, la pesée n'est pas systématiquement effectuée tous les mois chez tous les résidents.
Remarque n° 57	L'établissement n'a pas transmis les protocoles de soins relatifs à la prévention et la prise en charge des troubles trophiques chez la personne âgée.
Remarque n° 58	Le local « infirmerie » et le local « pharmacie » ne sont pas identifiés par une signalétique indiquant la destination de ces locaux (cf. photo ci-dessous)
Remarque n° 59	Des personnels non-IDE non-médecins sont habilités à accéder au local « Infirmerie » et au local « pharmacie » sans la mise en place d'un dispositif permettant de tracer, de contrôler et de valider les accès à ces locaux par ces personnels en dehors de la présence des IDE ou de l'IDEC.
Remarque n° 60	La mission constate que les modalités de stockage des bouteilles contenant de l'oxygène ne sont pas conformes aux RBPP en la matière (cf. photos ci-dessous) : -Le local « pharmacie » dans lequel sont entreposées des bouteilles contenant de l'oxygène ne dispose pas d'une signalétique permettant d'identifier les risques potentiels lié au stockage de ces produits -Les consignes de sécurité pour la gestion de ces produits ne sont pas affichées sur leur aire de stockage -L'aire de stockage des bouteilles dans le local « pharmacie » est encombré par divers objets qui constituent un risque (risque de contenu inflammable non/mal identifié) et ne permettent pas l'accès direct aux bouteilles -Deux bouteilles contenant de l'oxygène dans le local « pharmacie » et une bouteille dans le local « Infirmerie » ne sont pas arrimées
Remarque n° 61	La mission constate que l'accès au point d'eau est encombré notamment par un carton DASRI plein et fermé la veille. Ce carton est resté toute la

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	journée de la visite dans l'infirmérie. En plus du problème d'accès au seul point d'eau de l'infirmérie, la mission constate le non-respect du protocole de l'établissement et des RBBP en matière de stockage d'un carton DASRI plein et fermé qui devrait être entreposé dans le local dédié.
Remarque n° 62	La mission constate l'absence de carton collecteur Cyclamed permettant la sécurisation de la collecte des médicaments non utilisés.
Remarque n° 63	La mission constate que des médicaments destinés à être retournés à la PUI sont déposés sur la plateau supérieur du chariot d'urgence (rangé dans le local « Infirmerie »).
Remarque n° 64	La mission constate l'encombrement de la zone d'entrée du local « Pharmacie » (porte extérieure dans le local), y compris par des objets n'ayant pas leur place dans un local « pharmacie » (blouse, ...) (cf. photo ci-dessous)
Remarque n° 65	Lors de la visite sur site la mission constate que : -Le réfrigérateur dédié aux médicaments thermosensibles contient des denrées alimentaires (bouteille d'eau entamée, cf. photo ci-dessous) -Le relevé de température du mois précédent montre que la température n'a pas été relevée une journée (1/29 jours)
Remarque n° 66	Les piluliers journaliers individuels, rangés dans les armoires dédiées, livrés par la PUI ne comportent pas l'identification du patient (nom, prénom, date de naissance, numéro de chambre), ce qui constitue un risque pour la sécurisation du circuit du médicament.
Remarque n° 67	Un sondage réalisé par la mission a mis en évidence l'existence d'un médicament périmé dans une des armoires de rangement des médicaments des résidents hors piluliers.
Remarque n° 68	La mission constate qu'un des gobelets (dédiés à la distribution des médicaments par l'AS) contenant un traitement médicamenteux ne comporte pas l'étiquette « identité » du résident sur le couvercle mais seulement une mention écrite au feutre (indiquant le numéro de la chambre et le nom du résident, sans le prénom ni la date de naissance), ce qui est contraire à la procédure de l'établissement telle que présentée par la médecin coordonnateur et l'IDEC et aux RBPP ; en outre la mission constate que ces mentions sont partiellement effacées.
Remarque n° 69	L'examen par la mission du matériel d'urgence appelle plusieurs remarques : -Le jour de la visite, le chariot d'urgence n'est pas scellé -Trois

<b>Numéro</b>	<b>Contenu</b>
	bouteilles à oxygène sans dispositif de fixation sont posées sur le sol (une dans le local infirmerie, deux dans le local pharmacie) -Un sondage réalisé par la mission met en évidence un médicament périmé dans le chariot d'urgence Des boites de médicaments sont placés sur le plateau supérieur du chariot -La vérification du chariot est réalisée tous les 3 mois -Sur la feuille de traçabilité de la dernière vérification, la date à laquelle la vérification a été effectuée n'est pas renseignée, et la feuille ne comporte pas l'émargement du professionnel qui a rempli la feuille
Remarque n° 70	La mission constate l'absence de signalétique relative à l'emplacement du DAE conforme aux exigences réglementaires et l'absence d'affichage à proximité du DAE du relevé de vérification et de la prochaine maintenance (cf. photo ci-dessous)
Remarque n° 71	L'établissement n'a pas transmis de convention signée avec un établissement de santé pour la gestion des urgences.

## **Conclusion**

L'inspection sur place de l'EHPAD Les Glycines, géré par ADEF, a été réalisée le 5 mars 2024.

### **RH et contexte :**

- A son arrivée, la mission d'inspection a été accueillie par une équipe extrêmement récente :
  - o Secrétaire et nouvelle IDEC arrivées la veille
  - o Animatrice et psychologue arrivées 3 semaines auparavant
  - o Responsable hôtellerie arrivée en juillet 2023
  - o Kiné arrivée en avril 2023
  - o Directeur de transition arrivé le 3 janvier 2024 en attente de recrutement d'un directeur en CDI.
  - o Postes vacants : psychomotricienne et assistante de direction + quelques postes dans l'équipes de soins.
- Equipe de soin stable
- L'ancienne directrice, madame Christelle Le Pape, a été licenciée le 13 décembre 2023, soudainement. Les équipes ne savent pas les raisons de ce départ et la mission a été témoin de questionnements à ce sujet de la part des salariés et des familles.

Des relations entre le siège de l'association et l'établissement sont établies :

- Formation des nouveaux arrivants sur des postes hors soins et système de tutorat
- Gestion des EI et établissement des plans de formation

### **Toutefois, des manquements ont été constatés dans les domaines suivants ::**

- Affichages loi 2002-2
- Sur la traçabilité du soin et sur les appropriations des procédures formalisées de soins.
- Sur la formalisation et la mise à jour des fiches de poste
- Sur la communication avec les familles qui semblent être en difficulté pour avoir des réponses à leurs questions.

La mission a observé un établissement avec des équipes engagées et une dynamique de changements qui semble s'instaurer.

Ces constats nécessitent que le gestionnaire engage des actions de correction ou d'amélioration.