



*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARS Île-de-France

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

**Inspection sur place
2023-04-11**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**Villa Beausoleil
12-18, rue Louis Delplace. 93700 Drancy**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
Ecart 1	Le règlement de fonctionnement de la structure est incomplet. Il ne contient pas les dispositions prévues dans le CASF énumérées ci-dessous - Les modalités de prise en charge des personnes accueillies, - Les modalités d'association des familles, - L'organisation et affectations des locaux et bâtiments et conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - La sûreté des personnes et des biens, - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle, - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées lorsqu'elles ont été interrompues, - Les modalités de prise en charges des affections, la dépendance, Alzheimer, - L'organisation des soins, - L'organisation des transferts et déplacements, - Les sanctions des faits de violence sur autrui, - Les temps de réunions, transmissions, partage d'information, accueil nouveaux professionnels, évaluation des pratiques professionnelles.
Ecart 2	Le poste de Medco est vacant (article D312-156 du CASF).
Ecart 3	Le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le numéro 3977 ne sont pas affichés (L.311-4 CASF et R.311-34 CASF).
Ecart 4	La durée du mandat des membres du Conseil de la vie sociale n'a pas été fixée dans le règlement intérieur, l'établissement n'est pas en conformité avec l'article D311-8 du CASF.
Ecart 5	Les représentants des familles et des résidents ne constituent pas la moitié des représentants du CVS comme le prévoit l'article D311-5 du CASF.
Ecart 6	L'élection des membres du CVS a eu lieu en 2019, soit depuis 4 ans. Or le l'article D311-8 du CASF prévoit que les établissements doivent tenir des élections a minima tous les 3 ans.
Ecart 7	Le Conseil de la vie sociale s'est réuni moins trois fois en 2022, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article D311-16 du CASF.
Ecart 8	La Directrice a indiqué lors de son entretien, qu'il n'existe pas de PACQ, ni de COPIL qualité au sein de l'établissement (L312-8 CASF.).
Ecart 9	Si les signalements d'EI/EIG sont systématiquement transmis à l'ARS, ceux-ci ne sont pas transmis au CD 93 (L331-8-1 CASF).
Ecart 10	Le personnel n'est pas formé à l'identification et à la classification des EI.

Numéro	Contenu
Ecart 11	L'établissement ne transmet pas les déclarations d'EIG au Département de la Seine-Saint-Denis.
Ecart 12	Les fiches des AS prévoient qu'elles distribuent les médicaments sous la supervision des IDE. La réglementation n'autorise pas les AS à distribuer des médicaments aux résidents, ceci étant une prérogative des IDE, mais la possibilité d'une aide à la prise de médicaments sous la supervision de l'IDE (R 4311-4 du CASF).
Ecart 13	L'établissement n'a pas transmis les RAMA des années 2021 et 2022. Lors des entretiens il est indiqué à la mission que ces RAMA n'ont pas été rédigés, ce qui contrevient aux dispositions réglementaires de l'article D312-158-10 du CASF.
Ecart 14	L'article R. 331-5 du CASF prévoit que le registre des entrées et des sorties doit être paraphé par le maire.
Ecart 15	La mission note que la MEDCO lui a indiqué que l'établissement, dans le cadre d'une politique générale de l'association, est en cours de création d'un support informatique unique pour le dossier médical et de soins du résident, sous le logiciel STEVA. La MEDCO précise que cet applicatif est en cours d'expérimentation dans un autre établissement du groupe gestionnaire STEVA. Le regroupement de toutes les données de santé des résidents sous un même logiciel de soins va dans le sens d'une amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. Les dossiers médicaux sont rangés dans une armoire qui n'est pas fermée à clé, ce qui contrevient aux dispositions des articles L311-3-4° du CASF, L1110-4 du CSP et R4312-35 du CSP.
Ecart 16	L'article L311-3 3° CASF prévoit que le résident participe directement à la réalisation et à l'actualisation de son PAI.
Ecart 17	L'établissement n'a pas organisé de commission de coordination gériatrique au cours de l'année 2022 ce qui contrevient à l'article D312-158 3° du CASF.
Ecart 18	Le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie doivent être affichés, ce qui n'est pas le cas dans l'établissement.
Ecart 19	La mission constate que le groupe STEVA a mis en place une action visant à pourvoir à la vacance du poste de médecin coordinateur dans l'EHPAD en détachant (une à deux journées par semaine) un médecin travaillant au

Numéro	Contenu
	<p>siège de l'association et ayant une capacité en gériatrie. La mission constate que le MEDCO et l'IDEC sont investis dans leurs missions et que le binôme de coordination médicale et paramédicale est reconnu au sein de l'EHPAD. Cependant la présence du médecin exerçant les fonctions de coordination médicale ne peut satisfaire que partiellement aux obligations de l'article D312-158 et du Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui stipulent que la présence du médecin coordinateur dans un EHPAD entre 100 et 199 places doit être au moins de 0,8 ETP.</p>

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
Remarque 1	L'établissement ne répond pas aux obligations du CPOM qui prévoient un taux d'occupation des places d'hébergement supérieur ou égal à 95%.
Remarque 2	Les indicateurs prévus au CPOM doivent faire l'objet d'un suivi annuel intégré au rapport d'activité de l'ERRD du gestionnaire.
Remarque 3	Le Projet d'Etablissement n'est pas signé par l'organisme gestionnaire de l'EHPAD.
Remarque 4	La composition de l'équipe pluridisciplinaire ayant contribué à l'élaboration du projet d'établissement n'est pas précisée.
Remarque 5	Il n'est pas indiqué que le projet d'établissement a été validé par le CVS.
Remarque 6	Le plan bleu ne précise pas les modalités de la reprise d'activité.
Remarque 7	Il n'existe pas d'organigramme général de la structure.
Remarque 8	Les organigrammes ne comportent pas les noms patronymiques des agents.
Remarque 9	Les organigrammes ne traduisent pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.
Remarque 10	Les comptes rendus précisent pas les personnes présentes au CODIR.
Remarque 11	L'établissement ne dispose pas de procédure de gestion des conflits.
Remarque 12	La mission note un manque de formalisme concernant les interventions de l'organisme gestionnaire au sein de l'EHPAD.
Remarque 13	La fiche de poste de la Directrice n'est pas signée.

Numéro	Contenu
Remarque 14	Le rôle de l'adjoint de direction au sein de l'établissement n'est pas clairement défini, car il assure l'intérim de direction, des astreintes et sa fonction d'IDEC.
Remarque 15	La fiche de poste de l'IDEC comporte des missions d'adjoint de direction. Aucune mission relative à l'IDEC n'est mentionnée dans la fiche de poste IDEC.
Remarque 16	La fiche de poste de l'IDEC n'est pas signée.
Remarque 17	L'établissement ne propose que très peu d'affichage dans ses locaux, et en particulier à l'accueil.
Remarque 18	L'arrêté du Conseil départemental concernant le tarif dépendance n'est pas affiché. Seul un document interne fait mention des tarifs.
Remarque 19	Il n'est pas fait mention des personnes présentes dans les procès-verbaux des CVS.
Remarque 20	Le projet d'établissement précise que toutes les équipes sont formées à « l'humanitude ». Or le plan de formation transmis ne prévoit de telle formation. Par ailleurs, le planning des formations transmis fait état de dix personnels formés à l'humanitude en 2022.
Remarque 21	En ne formant pas l'ensemble du personnel à la formation « humanitude », l'établissement ne remplit pas l'objectif Axe 2/Action N°3 du CPOM, qui prévoit la poursuite des formations « humanitude » ou un équivalent et maintenir un groupe de pilotage pour suivre les effets de la formation.
Remarque 22	Les réclamations ne font pas toujours l'objet d'une réponse écrite aux déclarants.
Remarque 23	L'organisation du signalement et de la gestion des évènements indésirables autour des cadres et managers ne permet pas au personnel de s'approprier et de connaître les procédures relatives aux événements indésirables.
Remarque 24	La démarche d'identification et de gestion des EI n'est pas appropriée par le personnel de l'établissement.
Remarque 25	Les EI ne font pas l'objet d'un retour direct auprès des déclarants.
Remarque 26	Certaines situations éligibles à la déclaration d'EIG n'ont pas fait l'objet d'un dépôt auprès des autorités de contrôle.
Remarque 27	Les effectifs ne sont pas conformes aux objectifs du CPOM qui prévoit de lisser sur 5 ans la charge en soins par IDE en dessous de 4 300 et la charge en dépendance pour les personnels soignants en dessous de 3200.

Numéro	Contenu
Remarque 28	L'établissement n'indique pas de référent ou tuteur de stage pour les professionnels de santé dans le cadre de stage professionnalisant, ce qui ne garantit pas que les prérequis pédagogiques, professionnels, et institutionnels soient assurés.
Remarque 29	Le listing des formations communiqué ne garantit pas que l'ensemble du personnel est formé sur la prévention de la maltraitance.
Remarque 30	Il n'y a pas de politique d'accompagnement vers une évolution de carrière destinée aux agents de l'EHPAD.
Remarque 31	L'établissement n'a pas transmis les documents concernant les qualifications des professionnels exerçant la nuit.
Remarque 32	Le double positionnement de l'IDEC/directeur adjoint est source de confusion sur l'organisation de l'établissement.
Remarque 33	Les fiches des AS prévoient l'entretien des locaux. Or l'activité des professionnels AS a vocation à être centrée sur l'accompagnement quotidien des résidents.
Remarque 34	La mission constate que le tableau de bord de la performance n'est pas renseigné concernant l'EHPAD Villa Beausoleil.
Remarque 35	La mission constate que la multiplicité des supports du dossier médical et de soins du résident (supports numériques, support sous format papier) rend complexe la consultation par le praticien du dossier du patient, avec le risque pour le praticien de ne pas trouver l'information recherchée et nécessaire au suivi. La dispersion des données contribue au risque de perte d'information et limite l'analyse globale de la situation de santé du patient et en ce sens interfère sur la qualité et la sécurité des prises en charge.
Remarque 36	La mission observe que la fermeture des portes ayant un digicode n'est pas effective au sein de l'EHPAD.
Remarque 37	La mission constate que la salle du personnel, réservée à l'usage exclusif du personnel est accessible aux résidents. Cette salle donne accès à l'extérieur sans système de verrouillage, ce qui représente un risque de fugue pour les résidents.
Remarque 38	Il n'y a pas de calendrier de révision des PAI en raison de la vacance du poste de psychologue.
Remarque 39	Il n'y a pas d'indication quant à la fréquence et la participation aux différentes réunions.

Numéro	Contenu
Remarque 40	Il n'y a pas d'indication sur la fréquence des réunions de briefing et sur la personne désignée pour en assurer le pilotage.
Remarque 41	L'accord écrit du recours, sur prescription médicale et en respect avec les RBPP, à la contention chez le résident n'est pas demandé pour tous les résidents pour lesquels une contention est prescrite.
Remarque 42	L'animation est peu active au sein des unités protégées comparée au reste de l'établissement, et sans programme d'animation spécifique.
Remarque 43	Le projet d'établissement comprenant la partie dédiée à l'animation n'a pas été transmis au Conseil de la vie sociale pour validation.
Remarque 44	La mission constate que les sols ne sont pas séchés, et que l'indication « sol glissant » n'est pas apposée à proximité de petites flaques d'eau stagnantes. Cela peut présenter un risque de chute.
Remarque 45	La mission a noté que certains plats avaient une forte teneur en sel, lors du contrôle des échantillons de repas servis aux résidents le jour de la mission.
Remarque 46	Les effectifs spécifiquement dédiés aux unités protégées sont insuffisants pour assurer correctement l'aide aux repas.
Remarque 47	Les fiches de poste ont été transmises, mais sans précision d'horaires.
Remarque 48	Les fiches de poste des AS prévoient que les professionnels participent à l'entretien des parties communes et des chambres des résidents. Il s'agit d'un glissement de tâche.
Remarque 49	La mission d'inspection n'a pas été destinataire de la fiche de poste de l'IDEC, qui est également adjoint de direction. Par ailleurs la fiche de poste d'adjoint de direction ne mentionne pas ses missions d'IDEC.
Remarque 50	Certaines missions des IDE, telles que la dispensation de formation et la tenue des documents administratifs devraient être du ressort de l'IDEC.
Remarque 51	En raison des contraintes de temps (liées à un temps de présence nécessairement limité sur la mission de suppléance de la vacance de poste de médecin coordinateur en supplément de ses missions de direction au siège de l'association), la MEDCO ne peut participer que de manière très limitée aux réunions de direction (CODIR, etc.).
Remarque 52	La réunion hebdomadaire de la MEDCO et des kinésithérapeutes qui a comme ordre du jour les bilans et les suivis en rééducation des résidents ne fait pas l'objet de transmissions écrites formalisées.

Numéro	Contenu
Remarque 53	Dans le cadre de la pharmaco-vigilance, et en respect avec le protocole de l'établissement, il est recommandé d'indiquer sur les produits multi-usage ouverts, en plus de la date d'ouverture, la date de péremption du produit ouvert.
Remarque 54	Certaines procédures ne sont pas actualisées (e.g. « Livraison des produits pharmaceutiques »).
Remarque 55	Dans le cas de récupération de médicaments ayant été prescrits à des résidents sortis définitivement de l'établissement, non périmés et utiles dans le stock tampon de l'établissement, et après avis du pharmacien de l'officine, la mission constate que le nom du résident à qui le médicament a été prescrit n'a pas été retiré de la boite et que le médicament n'est pas répertorié dans l'inventaire du stock tampon.
Remarque 56	L'établissement n'a pas transmis la liste préférentielle des médicaments.
Remarque 57	Le jour de la visite sur site la mission constate (cf. photo) : - La présence de médicaments individuels (prescrits à des résidents présents à l'EHPAD le jour de la visite) dans le stock tampon, - Lors d'un sondage, la présence d'un médicament périmé.
Remarque 58	Lors de la visite sur site la mission constate que les étiquettes « identité » (nom, photo, chambre) de plusieurs résidents ne sont pas apposées sur leur tiroir individuel dans l'armoire à médicaments ; seul est noté le nom du résident sur l'étiquette apposée sur la poignée du tiroir, ce qui est contraire aux règles d'identito-vigilance mises en place par l'établissement.
Remarque 59	Lors de la visite sur site la mission constate que le verrou d'un des chariots (étages 1 et 2) est cassé.
Remarque 60	L'entretien avec la MEDCO indique que les ordonnances ne comportent pas la mention de la possibilité que l'aide à la prise relève de l'aide aux actes de la vie courante pour les médicaments distribués par les AS
Remarque 61	La fiche « Rôles du référent chute » indique que « le groupe chute analyse les chutes individuelles du mois en focalisant sur les chutes graves et les chutes à répétition ». La mission estime qu'il est nécessaire de tracer, de manière systématique, dans les dossiers de soins de chacun des résidents ayant fait une chute, l'analyse réalisée pour toutes les chutes, y compris celles dont l'évaluation initiale a conclu à l'absence de gravité.
Remarque 62	Il est utile que les protocoles relatifs à la dénutrition soient actualisés pour tenir compte de l'évolution des RBPP.

Numéro	Contenu
Remarque 63	L'analyse par la mission du document transmis par l'établissement relatif au « Suivi nutritionnel Résidents - 1er trimestre 2023 » montre que contrairement aux RBPP et au protocole de l'établissement, tous les résidents ne sont pas pesés systématiquement à leur admission dans l'EHPAD et au moins une fois par mois au cours de leur séjour à l'EHPAD.
Remarque 64	Lors de la visite sur site, la mission constate sur la porte intérieure d'un des placards un relevé du nettoyage des placards, et de l'armoire à médicaments de l'Infirmérie daté de 2016, 2017, 2018, qu'il conviendrait de remplacer par le relevé actualisé (cf. photo ci-dessous).
Remarque 65	Le jour de la visite, la mission constate dans le couloir du rez-de- chaussée où se situe le bureau du MEDCO, à proximité de l'Infirmérie, la présence de deux chariots avec chacun un collecteur DASRI contenant des déchets (cf. photo ci-dessous). La présence de ces chariots, sans surveillance, dans un couloir où peuvent circuler des résidents constitue un risque pour la sécurité des résidents.
Remarque 66	Un espace de l'Infirmérie (près de l'armoire à médicaments) est dédié au rangement du carton Cyclamed (récupération-élimination des médicaments non utilisés) et du carton DASRI. Cette partie de l'Infirmérie est encombrée de cartons qui n'ont pas leur place à cet endroit.
Remarque 67	L'accès aux dossiers médicaux et de soins des résidents dans l'armoire dédiée à leur rangement est rendu difficile par le rangement sur le sol devant l'armoire de caisses et de cartons.
Remarque 68	Lors de la visite, la mission constate sur une grille du réfrigérateur la présence de denrée alimentaire (œuf en chocolat enveloppé de papier aluminium, cf. photo ci-dessous)
Remarque 69	Le jour de la visite la mission constate que plusieurs tiroirs dédiés au rangement des traitements individuels des résidents auquel le tiroir est attribué ne comportent pas d'étiquette « identité du résident » apposée sur la façade externe du tiroir du résident ; seule l'étiquette avec le nom du résident est collée sur la poignée du tiroir, ce qui est contraire aux règles d'identité vigilance mises en place par l'établissement
Remarque 70	Le jour de la visite sur site la mission fait les constats suivants : - Le chariot d'urgence n'est pas scellé, - L'accès au chariot d'urgence n'est pas dégagé et nécessite des manipulations pour l'utiliser (retrait du pèse-personne, de la bouteille à oxygène et de son chariot, etc.) - La MEDCO explique que

Numéro	Contenu
	l'absence de scellés sur le chariot d'urgence est liée à l'attente de réception de la livraison par l'officine de produits manquants (médicaments en commande, la commande a été faite par l'IDE à la suite de la vérification du chariot d'urgence après utilisation). Cependant la mission n'a pas observé sur le chariot d'étiquette indiquant l'état du chariot (telle que, dans le cas signalé par la MEDCO, « en attente de livraison de matériel ou médicament »), - La MEDCO indique que le chariot est vérifié mensuellement, et après chaque utilisation par l'IDE. Elle précise que si la vérification est faite, la traçabilité de cette vérification n'est pas assurée. La mission n'a pas observé de relevé de vérification du chariot et du sac d'urgence.
Remarque 71	Le DAE est accessible et il est accompagné d'une signalétique sur la porte du placard dans lequel il est rangé, mais en étant placé derrière le bureau de l'accueil il est peu visible du public ; de même que sa signalétique. Il serait souhaitable au minimum de mettre en place d'autres signalétiques indiquant l'emplacement du DAE.
Remarque 72	La mission n'a pas été destinataire de contrats avec des personnels médicaux, notamment les médecins traitants.

Conclusion

Le contrôle sur pièces de l'EHPAD Villa Beausoleil, géré par la SAS STEVA a été réalisé le 11 avril 2023 à partir des réponses apportées 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 les domaines suivants :

- Le soutien du siège de STEVA : présence d'un médecin du siège à l'EHPAD une fois par semaine en raison du poste vacant du MEDCO,
- Le soutien du siège de STEVA : présence du DG deux fois par semaine pendant la vacance du poste de direction pendant six mois entre 2021 et 2022,
- La bonne adaptation aux besoins spécifiques de résidents avec respect du rythme de vie de chaque résident,
- Les différents protocoles et procédures sont à jour,
- L'implication des équipes dans le bon déroulement de la prise en charge des résidents,
- Le bon climat social,
- Le bon état et l'entretien des locaux.

Elle a également relevé des dysfonctionnements en matière :

- Les unités de vie protégées très isolées par rapport au reste de l'établissement,
- Le manque de personnel dans une unité de vie protégée,
- Les glissements de tâches des AS, ASH et AMP : distribution des médicaments,
- Les fiches de poste des AMP, AS et ASH comprennent à la fois la prise en charge des résidents et l'entretien des locaux,
- Le nombre de CVS insuffisant en 2022 dont les comptes rendus ne sont pas affichés,
- Les défauts d'affichage : CR CVS, 3977 non visible, documents non actualisés,
- Les protocoles et procédures peu connus par le personnel,
- Le manque de sécurisation des armoires contenant les dossiers médicaux des résidents et les dossiers du personnel.

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