

**Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Résidence CASTAGNARY »
102 rue Castagnary, 75 015 PARIS
N° FINESS 75 005 649 1**

RAPPORT D'INSPECTION

**N° 2023-IDF- 00491
Déplacement sur site le 03 février 2023**

Mission conduite par :

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, coordonnatrice de la mission

- Docteur Christine BERBEZIER, conseiller médical, sous-direction de l'Autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Pour sa composante ARS :

- Madame le Docteur Florence LEPAGNOL, pharmacien inspecteur de santé publique, Direction Veille et Sécurité Sanitaire, Département Qualité, Sécurité, Pharmacie, Médicament et Biologie, Agence régionale de Santé Île-de-France

Accompagnée de :

- ✓ Docteur Anne SIMONDON, médecin référent- pôle autonomie, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Île-de-France

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none">- Article L.313-13-V du Code de l'action sociale et des familles- Article L.313-14 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.133-2 du Code de l'action sociale et des familles- Article L.1421-1 du Code de la santé publique- Article L.1421-3 du Code de la santé publique- Article L. 1435-7 du Code de la santé publique
----------------------------	--

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection fait partie des documents administratifs communicables aux personnes qui en font la demande, conformément aux articles L. 311-1 et 2 du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA). Ces dispositions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous. Si, en application de ces dispositions, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent, ce droit à communication contient cependant des restrictions.

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés, conformément à l'article L.311-2 du CRPA :

- ➔ Seul le rapport définitif, établi après procédure contradictoire, est communicable aux tiers ;
- ➔ Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative tant qu'elle est en cours d'élaboration ;
- ➔ L'administration n'est pas tenue de donner suite aux demandes abusives, en particulier par leur nombre ou leur caractère répétitif ou systématique ;
- ➔ En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

2/ Les restrictions concernant des procédures en cours

L'article L. 311-5, 2° du CRPA dispose que : « *ne sont pas communicables (...), les autres documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte (...) au déroulement des procédures engagées devant les juridictions ou d'opérations préliminaires à de telles procédures, sauf autorisation donnée par l'autorité compétente* ».

3/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA dispose que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs* :

- ➔ *Dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle* ;
- ➔ *Portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable* ;
- ➔ *Faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice* ;
- ➔ *Les informations à caractère médical sont communiquées à l'intéressé, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire qu'il désigne à cet effet, conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique* .

L'article L. 311-7 du CRPA dispose que : « *lorsque la demande porte sur un document comportant des mentions qui ne sont pas communicables en application des articles L. 311-5 et L. 311-6 mais qu'il est possible d'occulter ou de disjoindre, le document est communiqué au demandeur après occultation ou disjonction de ces mentions* ».

Il appartient au commanditaire de l'inspection et auquel le rapport est destiné, d'apprecier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

SOMMAIRE

I - SYNTHESE.....	4
II - INTRODUCTION	5
A/ Contexte de la mission	5
B/ Modalités de mise en œuvre	5
C/ Présentation de l'établissement	6
III - CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT	7
A/ Cadre institutionnel et projet d'établissement	7
Conformité aux conditions de l'autorisation et caractéristiques de la population accueille	7
Projet d'établissement.....	8
B/ Pilotage et organisation du travail	8
Conduite générale de l'établissement	8
Organisation des équipes.....	10
D/ Démarche qualité et gestion des risques.....	12
Démarche d'amélioration continue de la qualité	12
Gestion des risques	12
IV - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	13
A/ Organisation générale de la prise en charge médicamenteuse.....	13
B/ Informatisation et prescriptions médicales	14
C/ Dispensation/Préparation de doses à administrer.....	16
D/ Gestion et stockage des médicaments	17
E/ Distribution et administration	19
V - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE	21
A/ L'équipe de soins	21
B/ La prise en charge médicale des résidents.....	21
L'évaluation multidimensionnelle des résidents.....	21
La prise en charge nutritionnelle	22
Soins des plaies escarres	22
Les chutes.....	22
C/ L'organisation des soins	24
Les transmissions	24
Réunions d'équipe	24
Le DLU	24
L'équipe de nuit	24
VI - Le plan de formation.....	24
VII - RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES.....	26
VIII - V – CONCLUSION	29
IX - VI – LISTE DES SIGLES UTILISES	31
X - VII – ANNEXES	32

I - SYNTHESE

Eléments déclencheurs de la mission

Le présent contrôle, diligenté sur le fondement de l'article L.313-13. V du Code de l'action sociale et des familles (CASF), s'inscrit dans le plan national d'inspection et de contrôle des EHPAD dont la poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet d'une « orientation nationale d'inspection - contrôle » (ONIC).

Cette mission est également inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France au titre de 2023 (PRIC), dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection et de contrôle (ONIC) relative au contrôle de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Engagée à titre expérimental en 2017, cette ONIC a été généralisée à partir de 2018 et reconduite jusqu'en 2023. Elle a notamment pour objectif d'accompagner la réflexion en cours sur l'évaluation des besoins en nouveaux textes réglementaires et l'évolution de ceux déjà en vigueur, afin de mieux encadrer et contrôler le management de la qualité et de la sécurité de la PECM des résidents en EHPAD. Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a sélectionné plusieurs établissements sur l'ensemble des départements de la région, dont l'EHPAD « Castagnary » situé à Paris.

Méthodologie suivie et difficultés rencontrées

Les domaines d'investigation de cette mission d'inspection portent plus particulièrement sur l'organisation de la gouvernance de l'établissement, la politique de gestion des risques et les modalités de prise en charge médicamenteuse (PECM) de ses résidents.

Il s'agit d'une mission d'inspection annoncée à l'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement par un courrier en recommandé avec demande d'accusé de réception daté du 31/01/2023, complété par un courriel du 01/02/2023. Compte tenu de ses objectifs, l'équipe d'inspection pluridisciplinaire comprend un pharmacien inspecteur de santé publique (PHISP), une conseillère médicale et une chargée de contrôle des ESMS parisiens désignées sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF et un médecin de l'ARS désigné personne qualifiée en application de l'article L 1421-1 du CSP.

Principaux écarts et remarques formulés par la mission

Cf chapitre « Conclusion »

II - INTRODUCTION

A/ Contexte de la mission

En février 2022, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national pouvant être axé, le cas échéant, sur la prise en charge médicamenteuse. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet de deux « orientations nationales d'inspection contrôle » (ONIC) complémentaires et validées par le Conseil national de pilotage des ARS. Ce programme s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, une inspection de l'EHPAD Résidence « Castagnary » (FINESS 750056491) situé 102, rue Castagnary 75015 Paris, géré par la S.A ORPEA, a été menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

La mission d'inspection de cet établissement a été également inscrite au programme régional d'inspection et de contrôle de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France au titre de 2023 (PRIC), dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection et de contrôle pluriannuelle relative au contrôle de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans les EHPAD (ONIC 2018-2023).

Le thème de contrôle lié à la PECM s'inscrit dans le cadre de l'article 2 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Annexé à cette loi, le rapport « *définissant les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement de la population* » comporte un plan d'actions et plusieurs objectifs, dont celui de l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maisons de retraite médicalisées. Il est en effet constaté chez ces derniers des sur-prescriptions médicamenteuses ou des prescriptions inappropriées, au regard du choix de la molécule, du dosage et de l'interaction avec les autres médicaments prescrits.

Depuis 2014, l'ARS Ile-de-France a par ailleurs engagé un plan d'action régional visant à améliorer la PECM en EHPAD. Cette démarche a conduit à identifier cinq priorités régionales, à savoir la gouvernance de la PECM, l'autodiagnostic des risques liés à la PECM, la déclaration des erreurs médicamenteuses, l'efficience des prescriptions et la sécurisation de l'administration des médicaments.

B/ Modalités de mise en œuvre

Cette mission est organisée par l'ARS et la Ville de Paris dans leurs domaines de compétence, conformément à l'alinéa V de l'article L313-13 du CASF¹. Il s'agit pour l'équipe d'inspection de vérifier que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne compromettent pas l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique et moral des résidents, dans les conditions fixées à l'article L. 313-14 du CASF.

L'équipe d'inspection est constituée de quatre personnes dont un pharmacien inspecteur de santé publique (PHISP)². Cette mission a fait l'objet d'un courrier d'information préalable du

¹ Article L313-13, alinéa V CASF : « Pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil relevant d'une autorisation conjointe, les contrôles prévus à la présente section sont effectués de façon séparée ou conjointe par les agents mentionnés aux I à IV du présent article, dans la limite de leurs compétences respectives ».

² Lettre de mission des personnels de l'agence régionale de santé et de la Ville de Paris en annexe 1

31 janvier 2023 adressé au président de l'organisme gestionnaire et au directeur de l'établissement³.

L'équipe chargée du contrôle a procédé à l'examen de documents sur pièces mais aussi sur place⁴ et s'est rendue dans les locaux de l'EHPAD le 03 février 2023. Au cours de cette visite, l'équipe d'inspection a rencontré le directeur régional « IDF Rives de Seine » l'ancien directeur de l'établissement actuellement directeur d'un autre EHPAD du groupe et mené des entretiens avec le médecin coordonnateur régional, l'IDEC, l'IDE référente, 2 aides-soignantes, la préparatrice travaillant dans la pharmacie ayant signé une convention avec l'EHPAD. Par ailleurs une réunion téléphonique a eu lieu avec le pharmacien titulaire de l'officine.

Conformément à la demande de la directrice générale de l'ARS Île-de-France et de la Maire de Paris, les agents chargés du contrôle ont vérifié que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne menacent ni ne compromettent l'état de santé, la sécurité ou le bien-être physique et moral des résidents accueillis. Ils ont également particulièrement vérifié les conditions d'organisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents de cet établissement compte tenu des évènements indésirables reçus par les services de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France – Délégation départementale de Paris et de la Ville de Paris relatifs à des dysfonctionnements du circuit du médicament.

C/ Présentation de l'établissement

Situé au 102 rue Castagnary dans le 15^{ème} arrondissement de Paris, l'EHPAD « Castagnary » est géré par le groupe ORPEA dont le siège social est situé à PUTEAUX (92).

Autorisé par arrêté en date du 24 mars 2014 et ouvert le 3 octobre 2016, l'EHPAD « Castagnary » dispose de 102 lits en hébergement permanent, d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places, d'une unité de 18 places pour grands dépendants (UGD) et d'une Unité de places de Soins Adaptés (USA) pour résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Le budget de fonctionnement est de [REDACTED] € en 2022, dont :

- [REDACTED] € au titre de la dépendance
- [REDACTED] € au titre du soin.

La convention tripartite signée par l'établissement en 2016 avec le Conseil de Paris et l'ARS Île de France a été remplacée par le CPOM 2018-2022 conclu entre le gestionnaire pour l'ensemble de ces EHPAD parisiens et les deux autorités de contrôle.

Configuration des locaux :

Le bâtiment est construit sur 9 étages réparti comme suit :

- Sous-sol : Cuisine, locaux techniques, vestiaires
- Rez-de-chaussée : Restaurant, bureaux administratifs, grand salon, PASA
- 1^{er} étage : 18 chambres, salon d'étage
- 2^{ème} étage : 19 chambres dont 1 chambre double, salon d'étage
- 3^{ème} étage : 19 chambres dont 1 chambre double
- 4^{ème} étage : Unité de soins adaptés (USA) : 18 chambres, salon, balnéothérapie, office de soins
- 5^{ème} étage : Unité Grands Dépendants (UGD) : 18 chambres dont 2 chambres doubles, poste de soins, espace repas

³ Courrier d'annonce du 31 janvier 2023 de la Directrice générale de l'agence régionale de santé et de la Maire de Paris en annexe 2

⁴ Liste des documents consultés par la mission en annexe 3

- 6^{ème} étage : 6 chambres, salon, salle de kinésithérapie, salon de coiffure et d'esthétique, jardin thérapeutique
- 7^{ème} étage : Infirmerie, bureaux de l'animatrice, du psychologue, de la psychomotricienne, du médecin coordonnateur, de l'infirmière cadre et salle de repos pour le personnel.

Les locaux sont agréables et bien entretenus.

Sécurité des locaux :

L'établissement a transmis les relevés des appels-malades du mois d'août 2022. Il apparaît que des appels ayant eu lieu la nuit n'ont été acquittés que deux voire trois heures après leur émission.

Ecart 1 : En ne répondant pas dans un délai raisonnable aux appels malades, l'établissement contrevient à l'article L311-3 CASF relatif à la sécurité des résidents.

III - CONDITIONS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

A/ Cadre institutionnel et projet d'établissement

Conformité aux conditions de l'autorisation et caractéristiques de la population accueillie

Le jour de l'inspection 86 résidents étaient accueillis, soit un taux d'occupation de 84,31 % et 4 d'entre eux bénéficient de l'aide sociale.

Les derniers PMP et GMP validés par l'ARS Ile-de-France et la Ville de Paris s'élèvent respectivement à [REDACTED] et [REDACTED]⁵. Aussi, les données de l'EHPAD sont-elles au-dessus des chiffres médians régionaux ci-dessous mentionnés concernant le PMP et en-dessous s'agissant du GMP.

Les résidents accueillis en 2021 étaient répartis plus précisément comme suit :

Dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
2021	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
IDF ⁶	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Le jour de l'inspection la répartition des résidents par GIR était la suivante :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5 et 6
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

⁵ Les GMP et PMP médians de tous les EHPAD de la région Ile-de-France sont respectivement de [REDACTED] et 221 ; en prenant uniquement en compte les établissements du privé lucratif de plus de 100 places, le GMP médian est de 725 et le PMP 216.

⁶ ARSIF, TDB de la performance, Campagne 2016, EHPAD

Projet d'établissement

L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement. Le rapport de l'évaluation externe en date de 2020 précisait que l'élaboration du projet d'établissement 2019 – 2024 avait pris du retard. Des groupes de travail concernant les différents axes du projet d'établissement (projet de vie, projet de soins, projet d'animation, projet social, démarche éthique...) déclinés en thématiques se sont tenus en 2021 et 2022 en présence des familles et du personnel. La direction régionale du groupe a transmis à la mission des feuilles d'émargement de ces réunions de travail. La mission constate que la thématique de la prise en charge médicamenteuse n'a fait l'objet que d'une séance de travail sans présence d'IDE dans le cadre de l'élaboration du projet de soins.

Ecart 2 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement contrevient à l'article L311.8 du CASF.

Remarque 1 : En l'absence de projet d'établissement, il n'existe pas de gouvernance au sein de l'établissement concernant la qualité de la prise en charge médicamenteuse ni de plan d'action correspondant.

Le projet d'établissement doit définir des objectifs stratégiques sur la PECM concernant notamment le système d'information, le recueil des évènements indésirables, la sécurisation des différentes étapes du circuit du médicament, etc.... Ces objectifs doivent ensuite être déclinés en plans d'actions à mettre en œuvre sur la durée du projet d'établissement.

B/ Pilotage et organisation du travail

Conduite générale de l'établissement

Gouvernance :

Le directeur de l'établissement est présent dans la structure depuis le 2 mai 2022. Il était [REDACTED] le jour de l'inspection. Il est titulaire d'un master en [REDACTED]. Il dispose d'une délégation de compétences et de missions en date du 21/06/2022 en matière de conduite et de mise en œuvre du projet d'établissement, de gestion et d'animation de ressources humaines, de gestion budgétaire, financière et comptable et de coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs. Pour chaque thématique, ses missions sont listées.

Une adjointe de direction est également présente dans la structure. Elle était [REDACTED] le jour de l'inspection.

Il est à noter que l'établissement a connu 6 directeurs en 6 ans dont 2 qui sont restés moins d'un mois.

Remarque 2 : L'établissement a connu un turn-over des directeurs depuis l'ouverture de l'établissement.

Il a été précisé à l'équipe d'inspection qu'en l'absence de direction, la directrice de l'EHPAD de Boulogne assurait l'intérim.

La mission constate cependant qu'il n'a pas été transmis de procédure relative à l'organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur.

Remarque 3 : La mission n'a pas pu constater que la permanence de direction en cas d'absence du directeur était formalisée.

Compte tenu de l'absence du directeur et de l'adjointe de direction, il a été demandé au gestionnaire, par courrier en date du 20 février d'assurer sans délai un intérim de direction régulier en présentiel dans l'attente du retour du directeur ou de la directrice adjointe.

Le directeur régional « Rives de Seine » a précisé par courrier en date du 17 mars 2023 que la directrice de l'EHPAD de Boulogne assurait une présence physique dans l'établissement 2 jours par semaine et un point téléphonique quotidien avec l'assistante de direction.

Il a également été indiqué qu'une démarche avait été engagée pour embaucher un directeur en CDD le temps du retour du directeur absent et recruter en CDI un directeur délégué.

Le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis le 1^{er} février 2023. Il est à noter que l'établissement ne disposait que d'un temps de présence de médecin coordonnateur à hauteur de 0,20 ETP, au lieu de 0,60 ETP, depuis juillet 2022 après une vacance de poste de 7 mois.

Dans le même courrier en date du 20 février 2023, l'ARS et la Ville de Paris demandaient au gestionnaire d'assurer un temps de présence de coordination médicale d'un jour par semaine dans l'attente du recrutement d'un médecin coordonnateur. Il a été répondu que le médecin coordonnateur régional assurait un temps de présence physique le vendredi.

Ecart 3 : L'absence de médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF du CASF.

La mission alerte le gestionnaire sur le fait que le Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 fixe le temps de présence minimal du médecin coordonnateur dans un établissement de 100 à 199 places à 0,80 ETP à compter du 1er janvier 2023 au lieu de 0,60 ETP précédemment.

L'IDEC est en poste [REDACTED] depuis le 2 avril 2018. Son diplôme d'IDE et son contrat ont été transmis mais pas son attestation de cadre.

Remarque 4 : La mission n'a pu s'assurer de la qualification de cadre de l'IDEC.

Organigramme :

Le gestionnaire a transmis un organigramme différent de celui affiché dans l'établissement. Une des principales différences entre ces deux organigrammes concerne l'IDE référente. Si elle est clairement identifiée sur l'organigramme affiché dans l'établissement, ayant au même titre que l'IDEC autorité sur les autres IDE et apparaissant au même niveau hiérarchique, elle n'apparaît pas dans celui transmis après la visite.

Remarque 5 : Le positionnement hiérarchique de l'IDE référente au sein de l'établissement n'apparaît pas clairement au vu des différents organigrammes consultés par la mission.

Concernant les astreintes, le gestionnaire a transmis les plannings d'astreinte de l'établissement pour la période avril-décembre 2022 et le premier trimestre 2023.

Ces astreintes sont assurées le week-end et jours fériés par le directeur, l'adjointe de direction, l'assistante de direction, l'IDEC et la responsable hôtelière.

Par ailleurs un tableau d'astreintes au niveau régional « IDF rive de Seine » a également été transmis. Ces astreintes sont là aussi assurées le week-end et jour fériés alternativement par les directeurs des établissements de ce ressort territorial.

Les documents transmis ne permettent pas de constater une astreinte les soirs de semaine.

Remarque 6 : La mission n'a pas constaté qu'un système d'astreintes les soirs de semaine était organisé.

Organisation des équipes

Selon les documents transmis, les effectifs de direction et soignants salariés sont les suivants :

Catégories	ETP prévisionnel	ETP occupé	Postes vacants en ETP
Direction / Encadrement			
Directeur			
Adjoint de direction			
MEDEC			
IDEC			
Sous-total			
Personnel paramédical			
Infirmier			
Aide-soignant/Accompagnant éducatif et social			
Ergothérapeute			
Psychologue			
Psychomotricien			
Sous-total			
Total			

L'établissement ne connaît pas, hormis pour le poste de directeur, de turn-over important. En effet,

Il a été également précisé que l'établissement disposait d'un pool de vacataires réguliers.

Planning :

Le gestionnaire a transmis les plannings des mois de décembre à février 2023 pour le personnel soignant et hôtelier :

Le planning prévu du jour de l'inspection pour le personnel soignant est le suivant, selon le document transmis :

Pour le 1^{er} étage :

- Une aide-soignante (7H45-19h15)
- Un auxiliaire de vie (8H45-20H15)

Pour le 2^{ème} étage :

- Un auxiliaire de vie (7h45-19h15)
- Un aide-soignant (8H45-20H15)

Pour le 3^{ème} étage :

- 1 aide-soignante (7H45-19H15).
- D'1 auxiliaire de vie (8H45-20H15)

Pour le 4^{ème} étage (Unité de soins adaptés) :

- D'une auxiliaire de vie (7h45-19h15)
- D'un AES (8H15-19H45)
- D'un aide-soignant (8H45-20H15)

Pour le 5^{ème} étage (Unité de grands dépendants) :

- Une auxiliaire de vie (7H45-19H15)
- Une AES (8H45-20H15)

Pour le 6^{ème} étage :

- D'une auxiliaire de vie (8h15-19h45)

L'établissement dispose également de 2 AS dits « référents » dont 1 est présent du lundi au vendredi.

Le planning des présents le jour de l'inspection est relativement conforme au planning prévisionnel.

Le personnel émarge chaque jour dans un cahier pour indiquer leur heure d'arrivée et de départ.

La mission a pu constater que certains salariés avaient émargé le jour de l'inspection le matin à la fois pour indiquer leur heure d'arrivée et leur heure de départ.

Dossiers des membres du personnel :

La mission a par ailleurs consulté un certain nombre de dossiers de professionnels. Ceux-ci sont bien tenus (fiche de poste signée, diplôme, entretien annuel et entretien professionnel...)

D/ Démarche qualité et gestion des risques

Démarche d'amélioration continue de la qualité

L'établissement a fait l'objet d'une évaluation interne en 2018 et d'une évaluation externe en octobre 2020.

Il avait été noté dans l'évaluation externe, entre autres, une absence de recueil des plaintes et réclamations (pas de classeur de suivi, pas de remontée dans l'outil informatique dédié) et une non prise en compte dans le plan d'amélioration de la qualité de l'analyse des réclamations.

La mission a pu consulter un registre à destination des familles et des résidents, sur lequel ces derniers peuvent faire part de leurs mécontentements. Il est à noter que les messages des résidents et des familles sont datés de janvier 2017 à août 2019. Le registre n'est donc manifestement plus utilisé. Il était par ailleurs placé juste derrière un livre d'or et donc peu visible.

Remarque 7 : Depuis l'évaluation externe de 2020, il n'a toujours pas été mis en place de système de recueil des plaintes et réclamations.

Gestion des risques

Suite à l'audit réalisé en janvier 2023 sur le circuit du médicament par l'équipe soignante ainsi que le MEDCO et l'IDEC régionaux, un plan d'action qualité-gestion des risques a été mis en place avec des actions bien définies, un pilote désigné et des échéances à respecter.

Remarque 8 : Le plan d'action qualité / gestion des risques ne fait pas l'objet d'un suivi régulier avec des réunions de concertation entre l'IDEC et les équipes soignantes ainsi que le MEDCO.

Par ailleurs, il existe au sein de l'EHPAD un système de remontée des événements indésirables (EI). Les modalités de gestion et de traitement de ces événements indésirables sont décrites dans une procédure datant d'août 2022 et établie par le siège du groupe ORPEA.

Il a été indiqué à la mission que les EIG peuvent être transmis aux autorités sans validation préalable du siège.

Plusieurs modes opératoires sont aussi disponibles, notamment pour accéder au module « FEI » (fiche d'évènement indésirable) sur le logiciel [redacted] et déclarer un EI.

Cependant, malgré l'existence de ces documents, il ne paraît pas y avoir d'organisation structurée pour la gestion des EI signalés : aucune personne n'est formellement désignée comme coordonnateur chargé de recueillir les EI déclarés et de procéder à une première analyse. Le système de remontée ne paraît pas fonctionnel.

Les RETEX (retours d'expérience) réalisés suite aux derniers EIGs déclarés, notamment le décès de [REDACTED] en décembre 2022, sont très succincts et ne permettent pas une véritable analyse des causes avec une chronologie précise des évènements, l'identification de toutes les causes potentielles de survenue de l'EIGs, les facteurs favorisants liés à l'équipe, le résident, la structure, et la mise en place d'un plan d'action pour que l'EIGs ne se reproduise plus.

Remarque 9 : Le système de recueil des EIG est à mettre en place au sein de l'EHPAD, la procédure existante établie par le siège du groupe ORPEA n'ayant pas fait l'objet d'une appropriation par les équipes en place.

IV - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

A/ Organisation générale de la prise en charge médicamenteuse

L'EHPAD ne dispose pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). L'établissement a signé le 8 octobre 2021, une convention conclue pour une durée indéterminée avec la pharmacie [REDACTED] à Boulogne (92). Il s'agit d'une convention type du groupe ORPEA, non adaptée aux spécificités de l'EHPAD « Castagnary ».

Remarque 10 : La convention avec l'officine est une convention type du groupe « ORPEA » qui ne prend pas en compte les spécificités de l'EHPAD « Castagnary », notamment les modalités de réalisation des préparations de doses à administrer, les changements de traitements, la gestion du stock d'urgence, les bons de livraison ...

Le système documentaire de l'EHPAD est constitué de plusieurs modes opératoires et procédures portant sur le circuit du médicament (distribution des médicaments, gestion de l'approvisionnement des médicaments, circuit des stupéfiants...). Ces procédures ont été établies par le siège du groupe ORPEA et sont communes à l'ensemble des établissements du groupe.

Remarque 11 : Les procédures utilisées au sein de l'EHPAD sont des documents « types » et non spécifiques à l'EHPAD.

Il y a actuellement une dizaine de médecins traitants au sein de l'EHPAD dont 3 prescrivent pour plus des deux tiers des résidents (une vingtaine de résidents chacun).

L'équipe est au complet et stable.

Il y a une IDE référente sur le circuit du médicament, qui s'occupe notamment des liens avec la pharmacie d'officine et avec les médecins traitants pour les renouvellements d'ordonnance. Il n'y a cependant pas d'instance dédiée au sein de l'EHPAD sur la PECD : les sujets concernant la sécurisation du médicament, la gestion des risques, la iatrogénie médicamenteuse, ne sont abordés que de façon ponctuelle lors des réunions pluridisciplinaires du jeudi.

Il n'y a pas de temps d'échanges spécifiques sur la PECD entre l'IDEC et les IDE, associant aussi le MEDCO lorsque ce dernier était en poste.

Il n'y a pas eu de commission gériatrique en 2020, 2021 et 2022, faute d'un temps de présence suffisant du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.

Ecart 4 : Les sujets en lien avec la PECM n'ont pas pu être abordés lors de la commission de coordination gériatrique car il n'y a pas eu de réunion de cette commission en 2020, 2021 et 2022 faute d'un temps de présence suffisant du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD.

Référence : Article D. 312-158 du CASF.

Remarque 12 : L'EHPAD ne dispose pas d'instance dédiée à la PECM, ce qui ne permet pas de garantir la sécurisation du circuit du médicament avec notamment la mise en place de procédures spécifiques et la gestion des risques liés à la PECM. Il n'existe pas de temps d'échanges spécifiques entre l'IDE, l'équipe IDE et le MEDCO (quand il y en a un en poste) pour échanger notamment sur la PECM.

B/ Informatisation et prescriptions médicales

Le circuit du médicament au sein de l'EHPAD est informatisé depuis plusieurs années via le logiciel [REDACTED] a une interconnexion avec la pharmacie [REDACTED] qui approvisionne l'EHPAD en médicaments.

Tous les médecins traitants ont théoriquement un accès à [REDACTED] mais dans les faits cet accès est utilisé seulement par une minorité de médecins, ceux qui ont le plus de résidents au sein de l'EHPAD. En conséquence, de nombreuses prescriptions restent donc encore sous format papier.

Il a été constaté, que du fait de l'interconnexion entre le logiciel [REDACTED] et le logiciel de préparation des doses à administrer (PDA) de la pharmacie, le pharmacien était devenu la personne préposée à assurer la retranscription de toutes les prescriptions non rentrées dans [REDACTED] par les médecins traitants/MEDCO.

Or, la ressaisie par le pharmacien de la prescription ne doit se faire que pour son propre compte et dans un objectif de préparation des doses à administrer (PDA). C'est d'ailleurs comme cela que doit être interprété le paragraphe en page 7 de la convention liant l'EHPAD à l'Officine, le pharmacien ne saisit les traitements prescrits que pour réaliser la PDA et éditer les plans de traitements correspondants. Le pharmacien devrait pouvoir utiliser l'interconnexion avec [REDACTED] ne plus avoir à retranscrire toutes les prescriptions dans son logiciel de PDA et éviter ainsi tout risque d'erreur lié à cette retranscription. Or, dans le cas présent, c'est l'inverse qui se passe, puisque la retranscription par le pharmacien des prescriptions sert à « alimenter » le système d'information de l'EHPAD, système d'information dont le pharmacien n'est pas responsable.

Ecart 5 : Seuls les médecins (ou d'autres personnels de santé dans la limite de leurs prérogatives respectives) sont autorisés à prescrire que ce soit de manière manuscrite ou informatisée. Le module de prescription appartient au volet médical du logiciel. Par définition, il doit être utilisé et théoriquement accessible aux seuls prescripteurs, à savoir aux médecins traitants et/ou MEDCO. La retranscription de ces prescriptions relèvent du domaine médical comme l'indique la jurisprudence en la matière (décision de la Cour d'appel de d'Aix-en-Provence - Pôle 04 ch , en date du 4 avril 2019).

La ressaisie par le pharmacien de la prescription ne doit se faire que pour son propre compte et donc uniquement dans un objectif de préparation des doses à administrer. Elle ne doit se faire en aucun cas pour alimenter un système d'information dont le pharmacien n'est pas responsable.

Référence : Article R. 5132-3 du CSP.

Il a été constaté qu'un nombre significatif de prescriptions n'était plus à jour, et certaines depuis plusieurs mois. Il peut y avoir des semaines où jusqu'à 25-30 prescriptions ont une date de validité dépassée, en l'absence de renouvellement. De même, les fiches d'arrêt de traitement ne sont pas complétées par les médecins sur [REDACTED] entraînant des interrogations quant aux traitements à réellement arrêter ou pas.

Le pharmacien relance chaque semaine l'EHPAD sur ces prescriptions à renouveler car de son côté, s'il accepte de dispenser les médicaments pour éviter toute rupture de traitement, il ne peut pas mettre les piluliers à jour, ni faire une traçabilité au lot des médicaments préparés. Les piluliers issus d'ordonnance non à jour doivent donc être sur-étiquetés à la main avec les bonnes dates. A chaque livraison, ils sont bien distingués des piluliers pour lesquels les ordonnances sont à jour.

Au sein de l'EHPAD, le problème paraît aussi connu et serait dû aux médecins traitants qui ne font pas ce travail de remise à jour des ordonnances, ni de renseignement des fiches « arrêt de traitement » malgré des relances très régulières de l'IDE référente. Le MEDCO, lorsqu'il était en poste, ne prenait pas non plus la responsabilité de remettre à jour ces prescriptions. Un audit sur le circuit du médicament a été réalisé début janvier 2023 au sein de l'EHPAD avec les équipes soignantes ainsi que l'IDEC et le MEDCO régionaux suite à plusieurs événements indésirables et a abouti aux mêmes conclusions d'un nombre important de prescriptions à renouveler.

Il est pourtant impératif que les ordonnances soient renouvelées en temps et en heure pour permettre une traçabilité des médicaments administrés sur le logiciel [REDACTED]. En effet, aucune traçabilité des médicaments administrés n'est possible sur [REDACTED] lorsque l'ordonnance est « révolue ». C'est notamment le cas pour [REDACTED] décédé en décembre 2022, dont aucune traçabilité des médicaments administrés n'a pu être retrouvée, car la prescription était révolue depuis plusieurs semaines. Et en cas de problème sur un des médicaments du pilulier, aucune traçabilité au lot n'est possible. De même, les fiches « arrêt de traitement » doivent être complétées dès qu'un traitement est arrêté pour éviter toute erreur médicamenteuse.

Ecart 6 : Un nombre significatif de prescriptions ne sont pas à jour, entraînant un défaut de traçabilité de l'administration des médicaments prescrits sur le logiciel [REDACTED]. Les traitements administrés à plusieurs résidents ne sont ainsi pas tracés sur le logiciel [REDACTED] et ce depuis plusieurs semaines pour certains résidents. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 du CASF n'est pas respectée.

Ecart 7 : Les fiches « arrêt de traitement » sur [REDACTED] doivent être complétées par les médecins traitants dès l'arrêt d'un traitement. Seuls les médecins traitants sont habilités à compléter ces fiches. En cas de fiche non renseignée alors qu'un traitement doit être arrêté, celui-ci continue à être dispensé avec tous les risques que cela encourt pour le résident. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 CASF n'est pas respectée.

La liste préférentielle des médicaments à prescrire aux résidents de l'EHPAD est la liste mise à disposition par le siège du groupe ORPEA, liste qui a été mise en place avec des médecins et pharmaciens, en collaboration avec l'équipe de pharmacologie du CH de [REDACTED]. Cette liste n'a pas fait l'objet d'une appropriation par les médecins traitants et/ou MEDCO. Elle n'a pas pu être discutée en l'absence d'instances dédiée à la PECM et de tenue de la commission gériatrique.

Remarque 13 : la liste préférentielle des médicaments à prescrire n'a pas été adaptée aux spécificités de l'EHPAD et n'est pas utilisée par les médecins traitants.

C/ Dispensation/Préparation de doses à administrer

Comme précisé précédemment, la pharmacie [REDACTED], située à Boulogne, assure la délivrance et la préparation des doses à administrer (PDA) et si besoin la dispensation en urgence de médicaments en dehors des livraisons habituellement prévues.

La pharmacie [REDACTED] travaille depuis novembre 2021 avec l'EHPAD « Castagnary » et dessert aussi 4 autres EHPAD du groupe ORPEA.

La PDA est réalisée manuellement au sein de l'officine par le biais du système [REDACTED] qui consiste en la préparation de piluliers, sous forme de blisters alvéolés pour une semaine.

Chaque alvéole correspond à une prise journalière (matin, midi, soir, coucher). Chaque jour présente une couleur différente. Les médicaments présents dans l'alvéole ne sont pas déblisterisés et sont donc reconnaissables. L'alvéole est recouverte d'une étiquette avec le nom du résident, sa photo, son numéro de chambre, le nom des médicaments prescrits avec leur forme galénique et leur dosage ainsi que les quantités prescrites. Les médicaments hors piluliers figurent aussi sur l'étiquette de l'alvéole mais dans une couleur différente (rouge).

Les prescriptions sont transmises par mail (scan), sans distinction entre les prescriptions avec changements de traitements, les renouvellements de traitements, ...

Les prescriptions sont retranscrites dans le logiciel spécifique [REDACTED] qui permet de réaliser la PDA. En aucun cas, l'interconnexion entre le logiciel [REDACTED] et le logiciel [REDACTED] ne doit être détournée de façon à ce que la retranscription du pharmacien serve à « alimenter » le volet prescription du logiciel [REDACTED] à la place des médecins traitants/MEDCO (cf. écart n°5).

L'officine fait intervenir [REDACTED] pour assurer la PDA de l'ensemble des 5 EHPAD, à savoir l'analyse pharmaceutique des prescriptions, la retranscription dans le logiciel [REDACTED] la préparation des piluliers, les différents contacts avec les EHPAD dont la récupération des stupéfiants périmés/non utilisés.

La PDA concerne l'ensemble des formes orales sèches, à l'exception :

- ✓ Des spécialités soumises à la réglementation des stupéfiants ;
- ✓ Des médicaments dont la posologie est variable selon l'état de santé du patient (antalgiques, AVK) ;
- ✓ Des comprimés effervescents ;
- ✓ Des médicaments thermosensibles.

Pour les médicaments hors piluliers, ils sont livrés avec une étiquette qui mentionne : le nom et la date de naissance du résident, le numéro de chambre, la photo du résident ainsi que le nom du prescripteur.

Il n'est pas indiqué sur les piluliers [REDACTED] ni sur les prescriptions, si les médicaments prescrits doivent être écrasés.

Ecart 8 : Le personnel ne dispose pas d'une liste de médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir. Aucune mention sur la prescription, ni le pilulier, indique que les comprimés/gélules doivent être écrasés.

La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 CASF n'est pas respectée.

Remarque 14 : le personnel de l'EHPAD doit contrôler à minima 20-25% des piluliers et en cas d'erreur identifiée, l'ensemble des piluliers. Ces contrôles doivent être tracés sur papier et archivés dans un classeur.

Les changements de traitement (arrêt ou ajout) sont signalés à l'officine par fax ou par mail. Si le changement concerne une spécialité sous forme de comprimé/gélule et qu'il intervient pendant la semaine c'est-à-dire avant la préparation du nouveau pilulier hebdomadaire, la pharmacie envoie le complément de traitement.

A la réception, l'IDE ouvre légèrement l'opercule du pilulier, y glisse le nouveau comprimé/gélule non déblistérisé. Une mention manuscrite sur l'opercule indique quel comprimé/gélule a été ajouté et la quantité.

Si le changement concerne l'arrêt d'un médicament, l'IDE procède au retrait du comprimé/gélule du pilulier selon le même procédé.

Remarque 15 : L'organisation mise en place par l'EHPAD et l'officine pour procéder aux modifications de traitements en cours de semaine avec ajout ou retrait d'un comprimé/gélule des alvéoles correspondantes du pilulier doit être mieux tracée, en indiquant notamment la date d'ajout/retrait du comprimé/gélule.

Il serait souhaitable que l'alvéole soit ensuite refermée par un sparadrap pour éviter toute perte potentielle de traitement.

La livraison des traitements chroniques est effectuée en début de semaine. Les médicaments stupéfiants sont séparés des autres spécialités. Ils sont étiquetés avec le nom du résident. Des bons de livraisons ont été mis en place.

Remarque 16 : Les caisses de médicaments livrées par l'officine doivent être systématiquement réceptionnées au sein du local « pharmacie » ; les médicaments livrés doivent faire l'objet d'un accusé de livraison par l'équipe soignante.

D/ Gestion et stockage des médicaments

Le local « pharmacie » est sécurisé par un code connu des IDE et du MEDCO.

Dans ce local, se trouve les armoires de stockage :

- Des piluliers [REDACTED] ;
- Des médicaments hors piluliers ;
- Du stock tampon pour besoins urgents ;
- Des médicaments stupéfiants.

Concernant le stockage du stock tampon pour besoins urgents.

L'armoire où se trouve ce stock est sécurisée.

Cependant, le stock tampon, au lieu d'être rangé sur les étagères de cette armoire, se trouve dans une boîte en plastique, peu accessible, sans visibilité et lisibilité sur son contenu. Il est en effet difficile de trouver un médicament particulier sans défaire toute la boîte. Par ailleurs, si une liste récapitulant l'ensemble des médicaments constituant ce stock a été établie, avec notamment les dates de péremption pour chaque spécialité, cette liste n'est pas affichée sur la porte de l'armoire et donc pas accessible aux soignants ayant recours au stock tampon.

Enfin, il n'y a pas de fiche permettant d'identifier et tracer les médicaments utilisés en urgence, pour notamment les remplacer au sein du stock.

Concernant le stockage des médicaments stupéfiants

L'armoire contenant les médicaments stupéfiants est sécurisée, les médicaments sont peu nombreux et bien ordonnés. Il a été rapporté à la mission d'inspection que le pharmacien

adjoint de la pharmacie [REDACTED] venait tous les 15 jours chercher les médicaments périmés/non utilisés.

Le registre d'entrée/sortie présente des irrégularités. En effet, il a été constaté que des médicaments stupéfiants non encore administrés (prise du soir à 19h) étaient déjà notés comme « sortis » du stock par l'IDE.

Ecart 9: Le registre des stupéfiants présente des non-conformités. L'inscription des sorties de médicaments stupéfiants doit se faire pour chaque opération et non de façon anticipée.

Il n'est pas conforme de noter, en même temps que la prise du matin, la prise du soir alors que cette dernière ne sera administrée que plusieurs heures plus tard, voire pas du tout en cas de problème par rapport à l'état du résident (hospitalisation, décès, ..).
(Article R5132-36 du CSP)

Remarque 17 : Le stock tampon pour besoins urgents se trouve en vrac dans une boîte en plastique et il est difficile de trouver une spécialité sans défaire toute la boîte. De plus, la liste récapitulant l'ensemble des médicaments constituant ce stock n'est pas accessible. Elle devrait être affichée sur la porte de l'armoire sécurisée.

Ce rangement n'est pas satisfaisant.

Par ailleurs, il manque une fiche de traçabilité permettant de savoir quels médicaments ont été utilisés pour des urgences et par qui, afin notamment de les remplacer en conséquence.

A côté du local pharmacie, se trouve le poste de soins.

Deux postes informatiques permettant un accès au logiciel [REDACTED] ont été installés.

Par ailleurs, ce local contient :

⇒ **Les chariots de distribution des médicaments**, qui ne sont pas sécurisés. Un des chariots était abîmé avec une porte dysfonctionnelle.

Les chariots contiennent les piluliers [REDACTED] du jour.

Le rangement des médicaments, notamment hors pilulier n'appelle pas de remarque particulière.

A noter que les stylos à insuline ne se trouvaient pas dans le chariot car leur administration se fait à part des autres médicaments, à 7h30 et 19h30 par un IDE.

Les chariots sont équipés de tablette permettant une traçabilité de l'administration des traitements aux résidents.

Remarque 18 : Les chariots de distribution sont vétustes et ne sont pas sécurisés, la porte d'un des chariots était cassée le jour de l'inspection.

⇒ **La trousse d'urgence scellée** : cette trousse se présente sous la forme d'un sac à dos contenant les médicaments d'urgence mais aussi des dispositifs médicaux et autres consommables, le tout en vrac dans le sac dont le format est très réduit.

Il faut tout sortir du sac pour trouver le médicament et/ou dispositif souhaité.

De même que pour le stock tampon, si une liste récapitulant l'ensemble des médicaments constituant cette trousse a été établie, avec notamment les dates de péremption pour chaque spécialité, cette liste n'est pas accessible à l'ouverture de la trousse.

Ecart 10 : La trousse d'urgence n'est pas adaptée à un usage pour un besoin vital.
Il n'est pas possible de retrouver facilement le médicament souhaité et/ou dispositif. Tout est en vrac dans la trousse, d'un format trop réduit pour permettre un rangement par catégorie de produits (médicaments/dispositifs/consommables). De plus, la liste récapitulative des produits présents dans la trousse n'est pas accessible.
L'organisation et le format de la trousse d'urgence ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.

⇒ **Le réfrigérateur pour les médicaments thermosensibles :**
Il se trouve dans un pièce sécurisée, attenante au poste de soins.
Le réfrigérateur ne contenait que des médicaments. La température relevée le matin sur le thermomètre présent dans le réfrigérateur était de 9,7°C, non conforme.
L'IDEC a cependant signalé à la mission d'inspection que ce thermomètre ne fonctionnait pas correctement et est allée chercher une sonde.
En fin de journée, la température était descendue en dessous de 5°C et était donc conforme (température devant être comprise entre +2°C et + 8°C).
Un relevé quotidien des températures est effectué.

Remarque 19 : Le réfrigérateur est vétuste ainsi que le thermomètre utilisé ; ces équipements sont non adaptés à un usage pharmaceutique.

E/ Distribution et administration

Il existe un mode opératoire sur la distribution et administration des médicaments établi par le groupe ORPEA mais ce dernier n'est pas spécifique à l'EHPAD. Ces étapes sont considérées comme des actes infirmiers. Ils ne sont délégués aux aides-soignantes que pour la prise du coucher et la nuit.

Certaines opérations comme l'écrasement des comprimés ou encore l'administration de médicaments dits à risque comme les stupéfiants ou encore les AVK et les insulines ne peuvent être déléguées aux AS et sont donc réalisées uniquement par les IDE. Ces dispositions ne sont cependant pas formalisées.

Il y a actuellement des résidents recevant un traitement à base d'AVK au sein de l'EHPAD. Un protocole spécifique existe ainsi qu'une fiche de traitement permettant d'assurer le suivi des patients sous AVK. Il est cependant à noter qu'un signalement avait été notifié à l'ARS en octobre 2021 sur une erreur d'administration d'un AVK. Ces médicaments sont toujours hors piluliers, avec le cas échéant une posologie à adapter en fonction des résultats de l'INR. Il est rappelé que tout changement de posologie doit se faire sur la base d'une nouvelle prescription du médecin traitant et à minima, en situation d'urgence, un accord écrit de ce dernier et/ou du MEDCO en cas d'indisponibilité du médecin traitant.

Aucun résident n'est autonome concernant la gestion de son traitement. Il n'y a pas de traitement personnel dans les chambres des résidents.

La distribution et l'administration des médicaments sont réalisées à l'aide des chariots décrits précédemment dans le rapport. Ces chariots disposent d'une tablette informatique permettant de tracer en temps réel la distribution et l'administration des traitements dans le logiciel [redacted].

Certaines aides-soignantes distribuent les médicaments du midi pour les donner au moment du repas. Cependant, ce sont les infirmières qui tracent la prise d'un médicament alors qu'elles ne l'ont pas administré.

Dans le cas où les tablettes ne peuvent être utilisées, et notamment lorsqu'une prescription est « révolue » et ne peut être tracée dans [redacted], un support papier, type plan de traitement, est indispensable pour permettre d'assurer la traçabilité de la distribution et administration des médicaments.

Aucun support papier de ce type n'a pu être montré à la mission d'inspection. De plus, l'imprimante de la salle de soins ne fonctionne plus ce qui limite encore les possibilités d'impression d'un support papier.

Ecart 11 : La traçabilité de la distribution et administration des médicaments, lorsqu'elle ne peut se faire en temps réel sur les tablettes, n'est pas satisfaisante. Il n'existe pas de support papier permettant de faire cette traçabilité en cas de tablettes dysfonctionnelles ou d'ordonnances « révolues » non traçables sur [redacted].

Il y a, en conséquence, des risques importants d'inversions de prises et/ou de prises incomplètes ou erronées pouvant conduire à des erreurs médicamenteuses plus ou moins graves.

La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 CASF n'est pas respectée.

Remarque 20 : Il existe un protocole générique « ORPEA » sur la distribution des médicaments qui acte le fait que les prises de nuit sont déléguées aux aides-soignantes et qui exclut de cette délégation un certain nombre de médicaments très à risque.

Il n'y a aucune délégation de tâches formalisées et propres à l'EHPAD entre les IDE et les AS. Ces délégations doivent être paraphées par l'IDEC et/ou MEDCO ainsi que l'aide-soignante concernée. Cette délégation doit notamment mentionner les médicaments dont la distribution et l'administration ne peuvent pas être déléguées car relevant exclusivement des IDE.

Il est rappelé que c'est le soignant qui administre le médicament qui doit tracer la prise.

Ecart 12 : En ne disposant pas d'une imprimante en état de fonctionnement dans la salle de soins, le respect du secret médical et de la confidentialité des informations concernant le résident n'est pas garanti.

Référence : L311-3 4°CASF (respect de la confidentialité des informations concernant le résident) et L1110-4 CSP (respect vie privée et secret professionnel)

V - ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE SOIGNANTE

A/ L'équipe de soins

Le MEDEC

Après une vacance de plusieurs mois, le poste de MEDEC a été occupé à 0,2 ETP jusqu'au 31 janvier 2023. Depuis, le poste est vacant.

En l'absence de MEDEC en 2020, 2021 et 2022 il n'y a pas eu de commission gériatrique.

L'équipe infirmière

A ce jour, l'équipe IDE est au complet [REDACTED]

Du lundi au dimanche 2 IDE sont présentes chaque jour. Du lundi au vendredi, l'IDE référente complète l'équipe infirmière.

Le psychologue

Un psychologue est en poste à [REDACTED], depuis 2016. Il réalise les évaluations des fonctions cognitives et les dépistages du risque dépressif, du risque suicidaire, des troubles comportementaux.

Les kinésithérapeutes

L'équipe de kinésithérapeutes est la même depuis l'ouverture de l'établissement.

[REDACTED] en contrepartie, ils organisent une animation sportive, en groupe, par semaine.

A l'entrée d'un résident, les kinésithérapeutes établissent un bilan avec étude de l'équilibre et des capacités fonctionnelles de la personne.

Ergothérapeute

Le poste à temps plein de l'ergothérapeute est vacant.

B/ La prise en charge médicale des résidents

L'évaluation multidimensionnelle des résidents

Il a été constaté que 300 évaluations gériatriques ont été réalisées en 2022.

Tous les entrants n'ont pas une évaluation gériatrique multidimensionnelle comprenant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, des troubles de la déglutition, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et des dépistages des troubles de la déglutition et des troubles de l'humeur.

En 2022, ont été réalisé :

- ⇒ 42 évaluations de la douleur [REDACTED]
- ⇒ 27 évaluations du risque de chutes [REDACTED]

Il n'a pas été retrouvé de dépistage des troubles de la déglutition à l'entrée d'un résident ni d'évaluation de l'état bucco-dentaire.

La prise en charge nutritionnelle

En 2021, 71% des résidents étaient dénutris selon le RAMA.

Le tableau nutritionnel 2022 montre qu'au moins 65% des résidents sont dénutris et 47% sont sévèrement dénutris.

Parmi les personnes notées comme dénutries, 15 ont un régime normal (y compris 11 résidents dénutris sévèrement) mais 4 ont 1 CNO.

Les documents fournis ne permettent pas de vérifier que les résidents sont pesés tous les mois.

Concernant les CNO, seule la distribution des CNO est notée, la prise du CNO ne l'est pas : de ce fait, il n'est pas certains que les résidents les consomment.

Certains soignants ont même exprimé qu'ils donnaient le CNO, à la place du yaourt, ce qui limite l'intérêt du CNO et qui met en évidence le manque de formation des soignants sur la nutrition des personnes âgées.

Deux résidents en GIR 1 ne sont pas considérés comme dénutris, ce qui est étonnant vu le fort risque de sarcopénie des personnes en GIR 1, mais les 4 résidents en GIR 1 ont tous un régime hyperprotéiné.

Soins des plaies - escarres

Lors d'entretiens, il a été exprimé la fierté de la prise en charge au niveau des pansements car les soins sont faits tous les jours et il y a une amélioration des escarres.

Cependant, le rapport d'activités médicales de 2021 fait état de 26% de résidents ayant présenté une escarre au cours de l'année ce qui est un chiffre élevé. Trois escarres ont été prises en charge par une HAD car nécessitant des soins de plus de 30 minutes. 12% seulement des escarres ont guéri ce qui interroge sur la prise en charge du pansement, le régime alimentaire et l'activité physique des résidents concernés.

Les chutes

Il y a eu 82 chutes enregistrées en 2021 et 135 en 2022 et pour 80 d'entre elles (59%), des observations immédiates (déformations, douleur, hématome, plaie, saignement...) ont été consignées.

Pour les 80 chutes où des observations immédiates ont été observées :

- ⇒ Dans 21 cas, l'entourage n'a pas été contacté.
- ⇒ Dans 11 cas, ni l'IDE ni un médecin n'ont été contactés et il n'y a pas eu de passage aux urgences, mais 7 de ces chutes ont eu lieu entre 21h et 6h45.

Aucune chute n'a donné lieu à l'utilisation de matériel pour relever le résident, ce qui met en danger aussi bien le résident que le soignant.

Ecart 13 : L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP. (Ref 3.8.2.24)

Ecart 14 : L'absence d'évaluation gériatrique systématique à l'entrée du résident comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et de dépistages des troubles de la déglutition, des troubles de l'humeur et du comportement à l'entrée des résidents, contrevient aux articles D312-158 et L311-3 du CASF.

Ecart 15 : Le taux très important de résidents dénutris (au moins 60 %) démontrent un défaut de prise en charge et une prise en compte insuffisante de la santé des résidents. Référence : Article D312-158 du CASF et article L311-3 du CASF.

Ecart 16 : Les résidents dénutris n'ont pas tous un régime alimentaire adapté à leur état ce qui n'est pas conforme à un accompagnement individualisé de qualité et contrevient à l'article L311-3 du CASF.

Ecart 17 : L'absence de traçabilité de la prise des CNO contrevient à l'article R4311-2 2° du CSP ainsi qu'au référentiel des compétences des aides-soignants.

Remarque 21: Les CNO ne doivent pas remplacer un élément du repas afin de respecter les recommandations de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées de (2007). Ils n'ont d'intérêt que s'ils sont donnés en sus des repas habituels.

Remarque 22 : La synthèse nutritionnelle des résidents éditée par le logiciel Netsoins ne permet pas de connaître la totalité des résidents dénutris et ne permet pas en particulier de repérer la sarcopénie des résidents, critère de dénutrition à lui seul.

Remarque 23 : La prescription d'un seul CNO par jour ne permet pas d'atteindre un apport supplémentaire de 400kcal/jour et/ou de 30g/jour de protéines, nécessaires selon les recommandations de 2007 de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées.

Ecart 18 : L'équipe d'inspection n'a pas pu s'assurer d'un suivi mensuel du poids des résidents ni de l'évaluation des troubles de la déglutition, conformément à l'article L311-3 du CASF.

Ecart 19 : Il n'y a pas de commission régulière de suivi de l'état nutritionnel des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.

Remarque 24: Le pourcentage élevé (26%) de résidents ayant présenté une escarre en 2021 et le très faible taux d'escarres guéris (12%) mettent en évidence un défaut de formation et de prise en charge.

Ecart 20 : L'absence de transmission d'informations sur les chutes des résidents la nuit ne permet pas de garantir leur santé et leur sécurité.
Référence : Articles R4311-1 et R4311-2 du CSP.

Ecart 21 : En n'utilisant pas de matériel adapté pour relever les résidents ayant chuté, les soignants portent atteinte non seulement à la santé des résidents mais aussi à leur propre santé.
Référence : Article L311-3 du CASF.

C/ L'organisation des soins

Les transmissions

Les transmissions inter équipe peuvent se faire le matin [REDACTED] entre une AS de nuit et une IDE et le soir de [REDACTED] entre une IDE de jour et une ou deux AS de nuit. Cependant, les documents fournis ont mis en évidence, des défauts de transmissions, en particulier des chutes ayant eu lieu la nuit.

[REDACTED] il y a une transmission ciblée journalière sauf le jeudi, avec une trame Orpéa et qui aborde les mouvements des résidents, l'alimentation et divers autres sujets.

Réunions d'équipe

Le jeudi, [REDACTED], il y a une réunion pluridisciplinaire avec médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, infirmières, IDEC, Ide référente et toutes les soignantes référentes, qui aborde les évènements de la semaine.
Il n'y a pas d'analyse des pratiques professionnelles.

Le DLU

Dans le placard de l'infirmérie, il existe un classeur où sont rangés les DLU, format papier, auquel ont accès les aides-soignantes de nuit.

L'équipe de nuit

Elle est composée d'une aide-soignante (parfois deux) accompagnée d'une AES et d'une auxiliaire de vie. L'aide-soignante est positionnée à l'USA.

VI - LE PLAN DE FORMATION

L'établissement a transmis les plans de développement réalisés en 2021 et 2022 et le plan prévisionnel 2023.

La mission constate que si un accent est mis sur l'hygiène buccale (11 personnes formées en 2022, 4 en 2023), peu de personnels se voient proposer des formations sur la prise en charge de la personne âgée (prévention des chutes, des escarres, de la douleur...) ainsi que sur la thématique de la bientraitance.

Cette thématique fait l'objet de « mini formation » dont la durée et le cadre n'est pas précisé. La mission ne peut s'assurer du caractère réellement formateur de ces « mini formations ».

En outre, aucune formation sur la nutrition des personnes âgées n'a été réalisée en 2021, 2022 ni prévue en 2023.

Remarque 25 : Les personnels sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée et à la bientraitance au vue des plans de développement des compétences transmis.

Ecart 22 : L'absence de formation des soignants sur la nutrition des résidents ne leur permet pas de comprendre les enjeux de la prescription de CNO et de garantir le bien-être et la sécurité des résidents.

Référence : Article L311-3 du CASF

Aucune formation sur les gestes et soins d'urgence n'a été réalisée en 2021. En 2022, seuls 3 professionnels ont bénéficié du renouvellement de leur AFGSU niveau 2. En 2023, 7 soignants (██████████) sont en attente d'inscription à l'AFGSU pour 5 et au recyclage de l'AFGSU pour 2.

Ecart 23 :

L'ensemble du personnel soignant n'est pas à jour de sa formation AFGSU 2, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents.

Référence : Article L311-3 du CASF et article L1110-5 du CSP.

VII - RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES

N°	Liste des écarts relevés par la mission
E1	En ne répondant pas dans un délai raisonnable aux appels malades, l'établissement contrevient à l'article L311-3 CASF relatif à la sécurité des résidents.
E2	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour, ce qui contrevient à l'article L311.8 du CASF.
E3	L'absence de médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF du CASF
E4	Aucune réunion de la commission de coordination gériatrique ne s'est tenue en 2020, 2021 et 2022 faute d'un temps de présence suffisant du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD. Les sujets en lien avec la PECM n'ont donc pas pu être abordés Référence : Article D. 312-158 du CASF
E5	La retranscription par le pharmacien des prescriptions pour « alimenter » le système d'information de l'EHPAD, dont il n'est pas responsable contrevient à l'article R. 5132-3 du CSP.
E6	Un nombre significatif de prescriptions ne sont pas à jour, entraînant un défaut de traçabilité de l'administration des médicaments prescrits sur le logiciel NETSOINS. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article. L311-3 du CASF n'est pas respectée.
E7	En cas de fiche non renseignée alors qu'un traitement doit être arrêté, celui-ci continue à être dispensé avec tous les risques que cela encourt pour le résident. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article L311-3 CASF n'est pas respectée.
E8	Le personnel ne dispose pas d'une liste de médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir. La qualité de l'accompagnement des résidents telle que prévue par les dispositions de l'article. L311-3 CASF n'est pas respectée.
E9	L'inscription des sorties de médicaments stupéfiants de façon anticipée contrevient à l'article R 5132-36 du CSP.
E10	L'organisation et le format de la trousse d'urgence ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.
E11	L'absence de support papier permettant de garantir la traçabilité de la distribution et administration des médicaments en cas de tablettes dysfonctionnelles ou d'ordonnances « révolues » non traçables sur [REDACTED] fait courir des risques importants d'inversions de prises et/ou de prises incomplètes ou erronées pouvant conduire à des erreurs médicamenteuses plus ou moins graves. Référence : Article L311-3 du CASF.
E12	En ne disposant pas d'une imprimante en état de fonctionnement dans la salle de soins, le respect du secret médical et de la confidentialité des informations concernant le résident n'est pas garanti. Référence : Article L311-3 4°CASF et L1110-4 CSP
E13	L'évaluation et le suivi de la douleur des résidents ne sont pas suffisamment organisés ni tracés, ce qui contrevient aux dispositions des articles L1110-5, L1112-4 et R4311-2 5° du CSP
E14	L'absence d'évaluation gériatrique systématique à l'entrée des résidents comportant au minimum des évaluations de la douleur, du risque d'escarres, de la sarcopénie, du risque de chutes, du risque suicidaire, des fonctions cognitives et de dépistages des troubles de la déglutition, des troubles de l'humeur et du comportement, contrevient aux articles D312-158 et L311-3 du CASF.
E15	Le taux très important de résidents dénutris (au moins 60 %) démontre un défaut de prise en charge et une prise en compte insuffisante de la santé des résidents. Référence : Article D312-158 du CASF et article L311-3 du CASF.

E16	Les résidents dénutris n'ont pas tous un régime alimentaire adapté à leur état, ce qui ne permet pas un accompagnement individualisé de qualité et contrevient à l'article L311-3 du CASF.
E17	L'absence de traçabilité de la prise des CNO contrevient à l'article R4311-2 2° du CSP
E18	L'équipe d'inspection n'a pas pu s'assurer d'un suivi mensuel du poids des résidents ni de l'évaluation des troubles de la déglutition, conformément à l'article L311-3 du CASF.
E19	Il n'y a pas de commission régulière de suivi de l'état nutritionnel des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3 3° du CASF.
E20	L'absence de transmission d'informations sur les chutes des résidents la nuit ne permet pas de garantir leur santé et leur sécurité. Référence : Articles R4311-1 et R4311-2 du CSP et article L311-3 du CASF.
E21	En n'utilisant pas de matériel adapté pour relever les résidents ayant chuté, les soignants portent atteinte non seulement à la santé des résidents mais aussi à leur propre santé. Référence : Article L311-3 du CASF.
E22	L'absence de formation des soignants sur la nutrition des résidents ne leur permet pas de comprendre les enjeux de la prescription de CNO et de garantir le bien-être et la sécurité des résidents. Référence : Article L311-3 du CASF
E23	L'ensemble du personnel soignant n'est pas à jour de sa formation AFGSU 2, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents. Référence : Article L311-3 du CASF et article L1110-5 du CSP
N°	Liste des remarques formulées par la mission
R1	En l'absence de projet d'établissement, il n'existe pas de gouvernance au sein de l'établissement concernant la qualité de la prise en charge médicamenteuse ni de plan d'action correspondant.
R2	L'établissement a connu un turn-over important des directeurs depuis l'ouverture de l'établissement.
R3	La mission n'a pas pu constater que la permanence de direction en cas d'absence du directeur était formalisée.
R4	La mission n'a pu s'assurer de la qualification de cadre de l'IDEC.
R5	Le positionnement hiérarchique de l'IDEC référente au sein de l'établissement n'apparaît pas clairement au vu des différents organigrammes consultés par la mission.
R6	La mission n'a pas constaté qu'un système d'astreintes les soirs de semaine était mis en place.
R7	Depuis l'évaluation externe de 2020, il n'a toujours pas été mis en place de système de recueil des plaintes et réclamations.
R8	Le plan d'action qualité / gestion des risques ne fait pas l'objet d'un suivi régulier avec des réunions de concertation entre l'IDEC et les équipes soignantes.
R9	Le système de recueil des EIG est à mettre en place au sein de l'EHPAD, la procédure existante établie par le siège du groupe ORPEA n'ayant pas fait l'objet d'une appropriation par les équipes en place.
R10	La convention avec l'officine est une convention type du groupe « ORPEA » qui ne prend pas en compte les spécificités de l'EHPAD « Castagnary », notamment les modalités de réalisation des préparations de doses à administrer, les changements de traitements, la gestion du stock d'urgence, les bons de livraison ...
R11	Les procédures relatives au circuit du médicament utilisées au sein de l'EHPAD sont des documents « types » et non spécifiques à l'EHPAD.
R12	L'EHPAD ne dispose pas d'instance dédiée à la PECM, ce qui ne permet pas de garantir la sécurisation du circuit du médicament avec notamment la mise en place de procédures spécifiques et la gestion des risques liés à la PECM. Il n'existe pas de temps d'échanges spécifiques entre l'IDC, l'équipe IDC et le MEDCO pour échanger notamment sur la PECM.

R13	La liste préférentielle des médicaments à prescrire n'a pas été adaptée aux spécificités de l'EHPAD et n'est pas utilisée par les médecins traitants.
R14	Le personnel de l'EHPAD doit contrôler à minima 20-25% des piluliers et en cas d'erreur identifiée, l'ensemble des piluliers. Ces contrôles doivent être tracés sur papier et archivés dans un classeur.
R15	L'organisation mise en place par l'EHPAD et l'officine pour procéder aux modifications de traitements en cours de semaine avec ajout ou retrait d'un comprimé/gélule des alvéoles correspondantes du pilulier doit être mieux tracée, en indiquant notamment la date d'ajout/retrait du comprimé/gélule. Il serait souhaitable que l'alvéole soit ensuite refermée par un sparadrap pour éviter toute perte potentielle de traitement.
R16	Les caisses de médicaments livrées par l'officine doivent être systématiquement réceptionnées au sein du local « pharmacie » ; les médicaments livrés doivent faire l'objet d'un accusé de livraison par l'équipe soignante.
R17	Le stock tampon pour besoins urgents se trouve en vrac dans une boîte en plastique et il est difficile de trouver une spécialité sans défaire toute la boîte. De plus, la liste récapitulant l'ensemble des médicaments constituant ce stock n'est pas accessible. Elle devrait être affichée sur la porte de l'armoire sécurisée. Ce rangement n'est pas satisfaisant. Par ailleurs, il manque une fiche de traçabilité permettant de savoir quels médicaments ont été utilisés pour des urgences et par qui, afin notamment de les remplacer en conséquence.
R18	Les chariots de distribution sont vétustes et ne sont pas sécurisés, la porte d'un des chariots était cassée le jour de l'inspection.
R19	Le réfrigérateur est vétuste ainsi que le thermomètre utilisé ; ces équipements sont non adaptés à un usage pharmaceutique.
R20	La traçabilité de la distribution des médicaments n'est pas effectuée par les aides-soignantes qui ont surveillé la prise.
R21	Les CNO ne doivent pas remplacer un élément du repas afin de respecter les recommandations de la HAS sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées de (2007). Ils n'ont d'intérêt que s'ils sont donnés en sus des repas habituels.
R22	La synthèse nutritionnelle des résidents éditée par le logiciel [redacted] ne permet pas de connaître la totalité des résidents dénutris et ne permet pas en particulier de repérer la sarcopénie des résidents, critère de dénutrition à lui seul.
R23	La prescription d'un seul CNO par jour ne permet pas d'atteindre un apport supplémentaire de 400kcal/jour et/ou de 30g/jour de protéines, nécessaires selon les recommandations de la HAS.
R24	Le pourcentage élevé (26%) de résidents ayant présenté une escarre en 2021 et le très faible taux d'escarres guéris (12%) mettent en évidence un défaut de formation et de prise en charge.
R25	Les personnels sont insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée et à la bientraitance au vue des plans de développement des compétences transmis.

VIII - V – CONCLUSION

L'inspection de l'EHPAD « Castagnary » géré par la S.A Orpea s'est déroulée le 03 février 2023 dans de bonnes conditions. En l'absence du directeur de l'établissement, l'ancien directeur de la structure a accompagné la mission lors de la visite des locaux et a été reçu en entretien.

Le médecin coordonnateur régional ainsi que le directeur régional « Rives de Seine » du groupe se sont également rendus disponibles.

La mission a relevé des points positifs :

- Les locaux sont spacieux et agréables
- Les repas sont bien présentés et le régime mixé est autant protéiné que le régime normal.
- Les dossiers du personnel sont très bien tenus.

Cependant, elle a constaté qu'il existait actuellement des écarts par rapport à la réglementation et a fait des remarques par rapport à l'application des bonnes pratiques notamment en matière de :

- Gouvernance :
 - o Une absence de projet d'établissement à jour
 - o Une absence de médecin coordonnateur
 - o Un turn-over des directeurs depuis l'ouverture de l'établissement
- Sécurité :
 - o Des réponses aux appels malades dans des délais pouvant dépasser parfois deux heures
- Démarche qualité et gestion des risques :
 - o Une absence de recueil et suivi des réclamations
 - o Un plan d'action qualité / gestion des risques qui ne fait pas l'objet d'un suivi régulier avec des réunions de concertation entre personnels soignants
 - o Une procédure relative aux EIG existante établie par le siège du groupe ORPEA n'ayant pas fait l'objet d'une appropriation par les équipes en place
- Organisation de la prise en charge médicamenteuse :
 - o Les sujets en lien avec la PECM n'ayant pu être abordés lors de la commission de coordination gériatrique en l'absence de tenue de cette réunion en 2020,2021 et 2022
 - o Un nombre significatif de prescriptions non à jour et entraînant un défaut de traçabilité de l'administration des médicaments prescrits sur le logiciel [REDACTED]
 - o Des fiches « arrêt de traitement » non complétées sur [REDACTED] avec pour conséquence le maintien de la dispensation du traitement
 - o Un registre des stupéfiants présentant des non-conformités (inscription de façon anticipée de la sortie des stupéfiants)
 - o Une absence de support papier permettant de tracer la distribution et l'administration des médicaments en cas de tablettes dysfonctionnelles ou d'ordonnances « révolues » non traçables sur [REDACTED], ce qui entraîne des risques importants d'inversions de prises et/ou de prises incomplètes ou erronées pouvant conduire à des erreurs médicamenteuses plus ou moins graves
 - o Une trousse d'urgence non adaptée à un usage pour un besoin vital

- Organisation de la prise en charge soignante :
 - o Une évaluation et un suivi de la douleur des résidents insuffisamment organisés et tracés
 - o Une absence d'évaluation gériatrique systématique à l'entrée du résident
 - o Un taux très important de résidents dénutris (au moins 60 %) et n'ayant pas tous un régime alimentaire adapté à leur état
 - o Une absence de traçabilité de la prise des CNO

- Formation du personnel :
 - o Des personnels insuffisamment formés à la prise en charge de la personne âgée et à la bientraitance au vue des plans de développement des compétences transmis.
 - o Une absence de formation des soignants sur la nutrition des résidents ne leur permettant pas de comprendre les enjeux de la prescription de CNO
 - o L'ensemble du personnel soignant n'est pas à jour de sa formation AFGSU 2

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

Paris, le 28 aout 2023

Florence LEPAGNOL Pharmacien Inspecteur de Santé Publique Agence Régionale de Santé Île-de-France	Fanny REYNAUD Chargée de contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris
	
Docteur Christine BERBEZIER Chargée de contrôle des ESMS parisiens Ville de Paris	
	

IX - VI - LISTE DES SIGLES UTILISES

AMP : Auxiliaire médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CCAS : Centre communal d'action sociale
CCG : Commission de coordination gériatrique
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
CDS : Contrat de séjour
CNR : Crédits non reconductibles
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP : Code de la santé publique
CT : Convention tripartite pluriannuelle
CVS : Conseil de la vie sociale
DADS : Déclaration annuelle des données sociales
DLU : dossier de liaison d'urgence
DUD : Document unique de délégation
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPA : Etablissement hébergeant des personnes âgées
EHPAD : Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EIG : Evènement indésirable grave
EIGS : Evènement indésirable grave associé aux soins
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : Groupe Iso-Ressources moyen pondéré
HAD : Hospitalisation à domicile
HCSP : Haut-comité de santé publique
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordonnateur
MEDEC : Médecin coordonnateur
ONIC : Orientation nationale d'inspection et de contrôle
PVP : Projet de vie personnalisé
PAQ : Plan d'amélioration de la qualité
PECM : Prise en charge médicamenteuse
PMR : Personnes à mobilité réduite
PMP : PATHOS moyen pondéré
PRIC : Programme régional d'inspection et de contrôle
RDF : Règlement de fonctionnement
UVP : Unité de vie protégée

X - VII – ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Courrier d'annonce du 31 janvier 2023

Annexe 3 : Liste des documents consultés par la mission d'inspection

Annexe 4 : Liste des personnes auditionnées par la mission d'inspection

Annexe 1 : Lettre de mission



Délégation départementale de Paris

Sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par : Fanny REYNAUD
Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Madame le Dr Florence LEPAGNOL,
pharmacien inspecteur de santé publique,
Agence régionale de santé Ile-de-France

Docteur Anne SIMONDON, médecin référent-pôle autonomie, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Ile-de-France

Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris

Paris, le 31/01/2023

Docteurs, Mesdames,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national pouvant être axé, le cas échéant, sur la prise en charge médicamenteuse. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet de deux « orientations nationales d'inspection contrôle » (ONIC) complémentaires et validées par le Conseil national de pilotage des ARS¹. Ce programme s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, nous vous demandons de participer à l'inspection de l'EHPAD Résidence Castagnary (FINESS 750058491) situé 102, rue Castagnary 75015 Paris, géré par la S.A ORPEA, et qui sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

¹ Document IGAS sur les Orientations nationales de contrôle pour 2023 validé par le CNP du 9 décembre 2022 :
- « Contrôle de la sécurité et de la qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) » (pages 10 à 15)
- « Plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) (pages 21 à 29)

13 rue du Landy
93200 Saint-Denis
Tél : 01 44 02 00 00
iledefrance.ars.sante.fr

94/96 Quai de la Rapée
75012 Paris
Tél : 01 43 47 77 77
paris.fr

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions de prise en charge des résidents et en particulier l'organisation et le fonctionnement du circuit du médicament au sein de l'établissement compte tenu des événements indésirables reçus par les services de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France – Délégation départementale de Paris et de la Ville de Paris relatifs à des dysfonctionnements de ce dernier.

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF) :

- Madame le Dr Florence LEPAGNOL, pharmacien inspecteur de santé publique, Direction Veille et Sécurité Sanitaire, Département Qualité, Sécurité, Pharmacie, Médicament et Biologie, Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- Madame le Docteur Anne SIMONDON, médecin référent - pôle autonomie, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Ile-de-France désignée personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 CSP ;

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission ;
- Madame le Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection débutera à compter du 3 février à 9h 00. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer. Elle pourra s'adjointre les compétences de tout professionnel que nous désignerons.

Un rapport nous sera remis dans un délai de deux mois à compter de la visite sur site. Il sera accompagné d'un courrier de propositions de décisions administratives à l'attention de l'inspecté. Ce courrier de propositions de décisions fera l'objet d'une procédure contradictoire en application de l'article L. 121-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nous notifierons les décisions définitives à la clôture de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du CASF, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

La Directrice Générale
de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

P/Jo

Tanguy RODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,



Servanne Jourdy
Adjointe de la sous-directrice de l'autonomie

Annexe 2 : Courrier d'annonce du 31 janvier 2023



Délégation départementale de Paris

Sous-direction de l'Autonomie
Direction des solidarités
Ville de Paris

Affaire suivie par : Fanny REYNAUD
Courriel : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Monsieur Laurent GUILLOT
Directeur général
ORPEA
12 Rue Jean Jaurès,
92 800 PUTEAUX

Paris, le 31/01/2023

Monsieur le Directeur Général,

En février dernier, la ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, a engagé la mise en œuvre d'un programme pluriannuel de contrôle des EHPAD sur l'ensemble du territoire national pouvant être axé, le cas échéant, sur la prise en charge médicamenteuse. Sa poursuite jusqu'en 2024 fait l'objet de deux « orientations nationales d'inspection contrôle » (ONIC) complémentaires et validées par le Conseil national de pilotage des ARS¹. Ce programme s'inscrit également dans les engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans ce cadre, une inspection de l'EHPAD Résidence Castagnary (FINESS 750058491) situé 102, rue Castagnary 75015 Paris, géré par la S.A ORPEA, sera menée conjointement par l'ARS et la Ville de Paris.

Cette mission d'inspection, réalisée sur le fondement des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF), aura pour objectif de vérifier les conditions de prise en charge des résidents et en particulier l'organisation et le fonctionnement du circuit du médicament au sein de l'établissement compte tenu des événements indésirables reçus par les services de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France – Délégation départementale de Paris et de la Ville de Paris relatifs à des dysfonctionnements de ce dernier.

¹ Document IGAS sur les Orientations nationales de contrôle pour 2023 validé par le CNP du 9 décembre 2022 :
- « Contrôle de la sécurité et de la qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) des résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) » (pages 10 à 15)
- « Plan d'Inspection et de contrôle des 7 500 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en deux ans » (2022 – 2024) (pages 21 à 29)

La mission comprendra :

Pour sa composante Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF)

- Madame le Dr Florence LEPAGNOL, pharmacien inspecteur de santé publique, Direction Veille et Sécurité Sanitaire, Département Qualité, Sécurité, Pharmacie, Médicament et Biologie, Agence régionale de santé Ile-de-France ;
- Madame le Docteur Anne SIMONDON, médecin référent - pôle autonomie, Délégation départementale de Paris de l'Agence régionale de Santé Ile-de-France désignée personne qualifiée en application de l'article L.1421-1 CSP.

Pour sa composante Ville de Paris :

- Madame Fanny REYNAUD, chargée du contrôle des ESMS parisiens, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, Ville de Paris, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris, coordonnatrice de la mission ;
- Madame le Docteur Christine BERBEZIER, conseillère médicale, sous-direction de l'autonomie, Direction des solidarités, désignée sur le fondement de l'article L.133-2 du CASF par la Ville de Paris.

L'inspection débutera à compter du 3 février 2023 à 9 h 00. Elle comprendra un contrôle sur site et sur pièces. A cet effet, il pourra être demandé la communication de tous documents nécessaires à son accomplissement. En outre, la mission mènera les entretiens avec les personnes qu'elle jugera utile de rencontrer.

Concernant les suites de l'inspection, vous serez destinataire d'un courrier de propositions de décisions, auquel le rapport d'inspection sera joint. Ce courrier fera l'objet d'une procédure contradictoire en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration. Nos décisions définitives vous seront notifiées à l'issue de la procédure contradictoire.

Toutefois, si les constats qui seront faits conduisent à la mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 313-14 et suivants du code de l'action sociale et des familles, une proposition de mesures adaptées nous sera transmise dans les meilleurs délais.

Les services de l'ARS IDF et de la Ville de Paris se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Ile-de-France

Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par
délégation,

Servanne Jourdy
Adjointe de la sous-directrice de l'autonomie

Copie :

Monsieur [REDACTED]
Directeur
EHPAD « Résidence Castagnary »
102, rue Castagnary
75 015 PARIS

Annexe 3 : Liste des documents consultés par la mission

N°	Nature du document demandé	Consultation sur place	Modalité de transmission	Document remis OUI/NON
1	Arrêtés d'autorisation de l'établissement		Transmission dématérialisée	
2	Registre des entrées et des sorties (articles L331-2 et R331-5 CASF)	Consultation sur place		
3	Qualifications, contrat de travail et diplôme du directeur / Fiche de poste ou lettre de mission / Document unique de délégation (DUD)		Transmission dématérialisée	
4	Permanence de direction en cas d'absence du directeur (procédure interne))		Transmission dématérialisée	
5	Contrat de travail et diplôme du médecin coordonnateur et de l'IDEC		Transmission dématérialisée	
6	Organigramme général détaillé de l'établissement		Transmission dématérialisée	
7	Projet d'établissement (article L311-8 CASF)		Transmission dématérialisée	
8	Rapport d'évaluation externe (article L312-8 CASF)		Transmission dématérialisée	
9	Rapport d'évaluation interne (article L312-8 CASF / D312-203)		Transmission dématérialisée	
10	Plan d'amélioration de la qualité (PAQ)		Transmission dématérialisée	
11	Liste nominative du personnel 2022 avec dates des recrutements, nature des contrats de travail et fonctions exercées		Transmission dématérialisée	
12	Classeur regroupant l'ensemble des procédures internes	Consultation sur place		
13	Registre de recueil des incidents importants et/ou des événements indésirables graves (EIG)	Consultation sur place		
14	Protocole de signalement des événements indésirables aux autorités administratives (article L331-8-1 CASF / Décret N° 2016-1606 du 27/11/2016)		Transmission dématérialisée	
15	Registre de recueil des réclamations et des doléances des usagers	Consultation sur place		
16	Autodiagnostic du circuit du médicament dans l'EHPAD		Transmission dématérialisée	
17	Autres documents en lien avec la PECM notamment le plan d'action pour sécuriser le circuit du médicament avec les actions prioritaires à mener (échéancier, objectifs, indicateurs)		Transmission dématérialisée	
18	Organigramme des acteurs impliqués dans la PECM au sein de l'EHPAD (pharmacien, médecins, IDE, RAQ) et des instances en lien avec la sécurisation de la PECM		Transmission dématérialisée	
19	Organigramme des acteurs extérieurs à l'EHPAD en lien avec la PECM (médecins traitants, pharmacien d'officine) avec les différentes filières/réseaux auxquels appartient l'EHPAD		Transmission dématérialisée	
20	Rapport d'activité médical annuel (RAMA)		Transmission dématérialisée	
21	Convention entre l'EHPAD et la ou les officines de ville livrant les médicaments, le cas échéant		Transmission dématérialisée	
22	Registre des EI médicamenteux déclarés et le cas échéant actions mises en œuvre (compte rendu de retour d'expérience, communications)	Consultation sur place		
23	Procédures et modes opératoires en lien avec la PECM médicamenteuse.	Consultation sur place		
24	Livret thérapeutique	Consultation sur place		
25	Liste préférentielle de médicaments à utiliser	Consultation sur place		
26	Liste des médicaments écrasables	Consultation sur place		

Annexe 4 : Liste des personnes auditionnées par la mission

