



ARS Île-de-France

**Inspection sur place
2023-04-12**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**CASTEL FLEURI
6, avenue du Général Leclerc. 78600 Maisons Laffitte**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E.1	Le jour de l'inspection, le président et propriétaire de l'établissement M. [REDACTED], ne disposait pas d'un document unique de délégation (DUD) pour le directeur de l'établissement, M. [REDACTED], conformément à l'article D. 312-176-5 du CASF.
E.2	Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission la procédure organisant la continuité de Direction en l'absence du directeur de l'EHPAD, ce qui contrevient aux dispositions des articles D315-67 et -68 du CASF.
E. 3	Au regard du capacitaire de l'établissement, le temps de travail du médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire est insuffisant, ce qui contrevient aux articles D312-155-0 et D 312-156 du CASF.
E. 4	En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF
E. 5	Une multiplicité de plannings discordants, tant en termes de présence des personnels que d'horaires d'exercice, ne garantit pas la sécurité des résidents, selon les articles L. 311-3 du CASF.
E.6	Les comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale ne respectent pas les dispositions de l'article D.311-20 du CASF (secrétaire de séance non désigné).
E.7	En n'informant pas le Conseil de la Vie Sociale des dysfonctionnements et des événements indésirables au sens de l'article L331-8 du CASF, la Direction de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.331-10 du CASF.
E.8	L'arrêté relatif aux personnes qualifiées ne figure pas dans les documents figurant à l'entrée de l'EHPAD ni dans les documents remis aux familles .
E. 9	Le libre accès aux locaux techniques à des personnes extérieures, contreviennent aux dispositions de l'article L311-3, 1° du CASF. Le stockage des substances vénéneuses n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 5132-26 du CSP
E.10	En ne respectant pas la sécurisation de l'accès aux données de santé des résidents dans le poste de soins, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L. 1110-4 et R.4127-45 du CSP et L311-3 4° du CASF.

Numéro	Contenu
E. 11	Le RAMA est essentiellement descriptif et ne présente pas d'analyse de l'état de santé des résidents et de leur prise en charge, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.
E. 12	Les substances ou préparations classées comme stupéfiants doivent être détenues dans un coffre ou une armoire exclusivement dédié et sécurisé.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R. 1	Le diplôme du Directeur de l'établissement sera à transmettre en réponse au rapport.
R. 2	Si la répartition des missions en l'absence du directeur de l'établissement est identifiée, il n'existe aucune procédure formalisée (calendrier d'astreintes, mallette d'astreinte). L'absence de formalisation ne permet pas de garantir la continuité de la direction
R. 3	Les réunions ne font pas l'objet de comptes rendus ce qui ne permet pas d'assurer une circulation optimale de l'information et le rappel des bonnes pratiques.
R. 4	Les entretiens professionnels sont réalisés mais non formalisés pour les salariés en CDI. Cette non formalisation ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement destiné à prévenir la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel, et à identifier les besoins exprimés, notamment en termes de formation.
R. 5	Les ETP renseignés sont discordants selon la source du document (EPRD, RAMA et les ETP déclarés le jour de l'inspection- Cf. point 1 du présent rapport « encadrement des équipes »)
R. 6	Il conviendrait de dédier une salle de repas, pour les personnes les plus dépendantes, qui soit de qualité et confort (environnement) identiques à celle des autres résidents.
R. 7	Il n'existe pas de procédure écrite pour les admissions, mais un diagramme peu explicite mentionnant des avis pluridisciplinaires.
R. 8	Le livret d'accueil ne contient pas la mention de la personne qualifiée. En n'intégrant pas la liste des personnes qualifiées au livret d'accueil ainsi que les modalités pratiques de leur saisine et les numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique tel que préconisé par la circulaire

Numéro	Contenu
	DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, l'établissement ne permet pas aux usagers de connaître les recours à leur disposition pour faire valoir leurs droits.
R. 9	Compte tenu de la convention passée avec l'officine de ville pour l'approvisionnement en médicaments des résidents, l'accord des résidents pour être approvisionnés par cette officine et sous forme de piluliers sera à formaliser en annexe du contrat de séjour.
R. 10	L'organisation mise en place pour le recueil des doléances des résidents et de leur famille ne permet pas le recueil exhaustif des observations de tous les résidents pour des questions de confidentialité et d'accessibilité. La traçabilité des réponses apportées n'est pas assurée. Il n'existe pas de procédure relative aux réclamations.
R.11	Le projet d'établissement 2023-2028 transmis ne comporte pas de projet de soins ni de politique de sécurisation du médicament
R. 12	La procédure d'admission est un logigramme non daté, ne précisant ni le rédacteur, ni l'approbateur, ni les personnels concernés à chaque étape du process et leur rôle respectifs, ni les documents valant complétude du dossier d'admission.
R. 13	Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission l'existence d'une commission de coordination gériatrique.
R. 14	La traçabilité sur fichier Excel des prises de compléments alimentaires et de la composition des repas pour chaque résident n'est pas datée, ce qui ne permet pas de caractériser un suivi régulier.
R. 15	En l'absence de trousse d'urgence, les modalités de réponse à des besoins de soins et de médicaments prescrits en urgence seront à préciser.
R. 16	L'établissement veillera à la mise en œuvre et à la traçabilité de la maintenance et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite.
R. 17	Il a été constaté l'absence de protocole contre la douleur et de traçabilité de la prise en charge de la douleur.
R.18	La mission n'a pas pu identifier sur TITAN l'existence d'un suivi des résidents dénutris.
R. 19	Absence de procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD.
R.20	Absence de procédure relative au circuit du médicament.

Numéro	Contenu
R. 21	De manière générale, l'établissement doit organiser la diffusion des procédures auprès des personnels concernés et s'assurer de la bonne connaissance des procédures en vigueur dans l'établissement.
R. 22	La Direction de l'établissement désignera un référent médicament au sein de l'ehpad Castel Fleuri.
R. 23	La liste de dotation du stock tampon n'est pas formalisée, le stock constaté est surévalué.
R.24	Les conditionnements des médicaments hors PDA ne sont pas nominatifs. Les flacons multidoses ne mentionnent ni date d'ouverture ni de date limite d'utilisation.
R. 25	La mission n'a pas constaté l'existence de procédure de gestion des médicaments thermosensibles.
R.26	Les traitements stupéfiants non utilisés sont à retourner à la pharmacie dispensatrice.
R.27	Le suivi des relevés nominatifs des traitements stupéfiants est incomplet : absence de la mention de la quantité délivrée par l'officine, de la quantité restante en stock, de la quantité rendue à la pharmacie lors de l'arrêt du traitement, de la date de l'ordonnance. De plus, l'ordonnance de Mme B. n'a pas été retrouvée par l'IDE.
R.28	Le contrôle de la conformité de la livraison des médicaments n'est pas réalisé ni tracé.
R.29	La délégation IDE/AS pour l'administration des médicaments n'est pas formalisée.
R.30	Le trombinoscope n'était pas actualisé le jour de la mission, ce qui ne sécurise pas l'identitovigilance.
R.31	Il n'existe pas de procédure pour l'administration des médicaments à risque ou particuliers et l'adaptation des traitements pour les résidents présentant des risques de troubles de déglutition.
R. 32	La procédure de gestion des EIG est à compléter en identifiant les adresses des autorités administratives qui doivent être informées.
R. 33	Les chutes des résidents doivent faire l'objet d'une déclaration en interne, et le cas échéant en tant qu'EIG/EIGS sur le portail de signalement des évènements indésirables de l'ARS (https://signalement.social-sante.gouv.fr/) et auprès du Conseil Départemental (pa-ph-esms@yvelines.fr)

Numéro	Contenu
R. 34	Une analyse des EI déclarés en interne est à mettre en place.

Conclusion

Suite à l'inspection de l'EHPAD CASTEL FLEURI, la mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements notamment en matière de :

- Gestion des ressources humaines : absence de formalisation du document unique de délégation, des entretiens professionnels, de la délégation IDE/AS pour l'administration des médicaments, les diplômes des personnes qualifiées exerçant au sein de l'EHPAD sont à réunir, plannings et ETP discordants selon la source des documents ;
 - Communication interne avec les résidents et les familles et de politique de bientraitance : absence d'information des résidents sur la personne qualifiée, la pharmacie dispensatrice, non-conformité de la tenue et des comptes -rendus de CVS, livret d'accueil à compléter et organisation du recueil des doléances à améliorer ;
 - Dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance : non-conformité de la sécurisation de stockage médicaments relevant des substances vénéneuses, non-formalisation du stock tampon, les traitements hors PDA ne sont pas nominatifs, absence de modalités de réponse à des besoins de soins et de médicaments prescrits en urgence.
 - Organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante : temps de médecin coordonnateur insuffisant au regard du capacitaire de l'établissement et non formalisation de la commission de coordination gériatrique ; insuffisance de traçabilité notamment des transmissions, de la gestion des stupéfiants, insuffisance de traçabilité ou non-actualisation des soins apportés aux résidents (dénutrition, conformité des traitements livrés à la prescription médicale, prise en charge de la douleur)
 - Démarche qualité et gestion des risques : celle-ci est très insuffisante ; le système documentaire est à formaliser, de nombreuses procédures sont à rédiger ou à compléter (continuité de Direction, gestion des EIG, circuit du médicaments, administration des médicaments à risque, gestion des médicaments thermosensibles, trombinoscope non actualisé, accompagnement de la fin de vie, prise en charge de la douleur,
- Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.

