



ARS Île-de-France

**Inspection sur place
2023-10-25**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**EHPAD Clémenceau
boulevard Clémenceau, angle ruelle de l'Etang. 78480 Verneuil-sur-Seine**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E 1	En l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'EHPAD contrevient aux articles D.312-155-0 et D 312-156 du CASF.
E 2	En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.
E 3	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 4	Le RAMA est essentiellement descriptif et ne présente pas d'analyse médicale 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 5	Absence de projet d'établissement actualisé, élaboré avec l'association du personnel et des personnes accueillies, définissant ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement et comportant un projet général de soins, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-9-8 du CASF.
E 6	En ne disposant pas de l'avis d'un médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.
E 7	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.
E 8	Conformément à l'art. R.5132-26 du CSP, les substances ou préparations classées comme stupéfiants doivent être détenues dans un coffre ou une armoire exclusivement dédié et sécurisé.
E 9	La mission constate des erreurs et irrégularités dans l'utilisation des médicaments stupéfiants relevant du stock tampon et des traitements nominatifs.
E 10	En n'informant pas le CVS des dysfonctionnements et événements indésirables qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure, ainsi que des mesures prises, l'établissement contrevient aux

Numéro	Contenu
	dispositions de l'article D.311-15 du CASF ainsi que de l'article R.331-10 du CASF.
E 11	Insuffisance des mesures permettant de prévenir la maltraitance (formations à la bientraitance, autoévaluation, désignation d'un référent bientraitance, groupe d'analyse des pratiques...) ce qui contrevient aux dispositions des articles L.119-1 et L.311-3 du CASF et ne permet pas de garantir une bonne sensibilisation des professionnels à ces thématiques.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R1	██ ██
R 2	Le personnel intervenant dans l'astreinte de l'EHPAD Clémenceau n'exerce pas dans cet EHPAD (██ ██
R 3	Absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendrant un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle. (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »).
R 4	La mission n'a pas connaissance d'une procédure relative aux transmissions et leur traçabilité.
R 5	Le suivi des plaies et le suivi du poids des résidents ne sont pas réalisés ou partiellement.
R 6	La gestion du sac d'urgence est insuffisante
R 7	L'emplacement et la signalétique du défibrillateur ne sont pas adaptés.
R 8	Le suivi de la contention des résidents est insuffisant et ne permet pas de se prononcer sur la nécessité de son maintien.
R 9	Les conventions signées avec les centres hospitaliers ne sont pas actualisées.
R 10	L'établissement ne dispose pas de procédure relative à la fin de vie, intégrant le cas échéant l'intervention du prestataire HAD.
R 11	Contrairement au protocole de l'établissement, les PVI n'ont pas été réactualisés en 2023.

Numéro	Contenu
R 12	L'EPHAD ne dispose pas d'une politique de sécurisation du médicament inscrite dans un projet d'établissement.
R 13	Le broyage des médicaments n'est pas encadré par un protocole indiquant notamment la vérification du motif d'écrasement, la vérification systématique de la possibilité de broyer ce médicament, le respect des précautions particulières de manipulation de certains médicaments, le broyage et l'administration des médicaments un à un, le broyage du médicament immédiatement avant son administration, l'utilisation d'un vecteur d'administration compatible.
R 14	La procédure relative à la gestion des thermosensibles n'est pas respectée sur la fréquence des entretiens et des dégivrages.
R 15	La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée a posteriori sur NETsoins par les IDE, ce qui est contraire aux règles de bonnes pratiques professionnelles.
R 16	La délégation IDE/AS pour la distribution des médicaments stupéfiants n'est pas formalisée.
R 17	Le suivi des EIG n'est pas exhaustif, l'établissement n'a pas mis en place un suivi et un bilan des EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité.
R 18	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 événements indésirables de l'ARS () ; auprès du Conseil Départemental (pa-ph-esms@yvelines.fr).

Conclusion

A la suite de l'inspection de l'EHPAD CLEMENCEAU à Verneuil-sur-Seine, la mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relevant de dysfonctionnements majeurs / importants en matière de :

- Gestion des ressources humaines et organisation des effectifs : notamment la vacance du poste de médecin coordonnateur, la non vérification systématique des diplômes des agents qualifiés et de leur casier judiciaire, l'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel ;
- Documents institutionnels : le projet d'établissement est caduc et il n'existe pas de projet de soins. Ces documents constituent des outils de management, et doivent être rédigés en

suivant les recommandations de bonne pratique de la HAS ; le CVS n'est pas informé des évènements indésirables déclarés au sein de l'établissement ;

- La prise en charge médicale et soignante : en son absence au sein de la structure, les missions du médecin coordonnateur ne sont pas assurées, notamment la validation des admissions, l'analyse médicale de l'état de santé et de la prise en charge des résidents dans le RAMA ; l'organisation ou la traçabilité du suivi de la douleur, des contentions, des plaies et du poids sont insuffisantes ;

- Circuit du médicament : notamment le stockage et la gestion des médicaments stupéfiants ; la gestion du sac d'urgence ; le protocole de broyage des médicaments ; la traçabilité a posteriori de l'administration des médicaments ; la non formalisation de la délégation IDE/AS pour l'administration des médicaments ; l'absence de politique de sécurisation du médicament dans le projet d'établissement ;

- Démarche continue d'amélioration de la qualité : certaines procédures et protocoles restent à formaliser, le personnel doit être sensibilisé sur le respect des procédures en vigueur dans l'établissement, une vigilance est à apporter au suivi des EI/EIG déclarés au sein de l'établissement et ceux à déclarer aux autorités compétentes ;

- Communication interne avec les résidents et les familles et politique de bientraitance : insuffisance de mise en place de mesure de prévention de la maltraitance ; les projets d'accompagnement personnalisé ne sont pas systématiquement mis à jour annuellement. Ces constats nécessitent que le gestionnaire et le directeur de l'établissement engagent rapidement des actions de correction et d'amélioration.