



*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARS Île-de-France

Mission conjointe : ARS et Conseil Départemental des Yvelines

**Inspection sur place
2022-11-23**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**REPOTEL
38, rue aux fleurs. 78960 Voisins-Le-Bretonneux**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E.1	Le manque de personnel, notamment soignant, ne permet pas une organisation optimale du travail contrevient aux dispositions des articles D.312-155-0 et D.312-155-01 du CASF, et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des usagers.
E.2	En l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'équipe pluridisciplinaire (poste vacant depuis juin 2022), l'EHPAD contrevient aux articles D312-155-0 et D312-156 du CASF
E.3	L'organisation mise en place par l'établissement ne permet pas d'assurer la supervision effective des aides-soignants par l'IDE, ce qui impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents et contrevient aux dispositions des articles L.311-3 3° et 312-1, II du CASF
E.4	Les temps de transmission entre l'équipe de jour et celle de nuit ne sont pas prévus dans les plannings.
E.5	L'absence de mesures permettant de prévenir la maltraitance (formations à la bientraitance, autoévaluation, désignation d'un référent bientraitance, groupe d'analyse des pratiques...) 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.
E.6	La dernière liste en vigueur des personnes qualifiées n'est pas affichée.
E.7	L'établissement, en ne déclarant pas aux autorités administratives compétentes l'ensemble des dysfonctionnements graves dans sa gestion ou son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, leur accompagnement ou le respect de leurs droits, ni l'ensemble des évènements ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charges, contrevient aux dispositions de l'article L.331-8-1 du CASF.
E.8	En ne disposant pas d'un projet d'établissement à jour, la direction ne respecte pas les dispositions des articles L. 311-8 du CASF.
E.9	En ne retraçant pas, dans le rapport annuel d'activité, la démarche continue d'amélioration de la qualité issue notamment des évaluations, l'équipe de direction ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-203 du CASF

Numéro	Contenu
E.10	Le rangement des dossiers médicaux dans une armoire non fermée à clé et l'affichage de données médicales ne respectent pas la confidentialité ni le respect du secret médical tel que prévu à l'article L. 1110-4 du CSP.
E.11	Le RAMA n'est pas adressé tous les ans comme le prévoit la réglementation. Le RAMA 2021 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 (10°) du CASF
E.12	Plusieurs résidents ne disposent pas d'un médecin traitant, ce qui contrevient aux disposition de l'article L311-3 3° du CASF
E.13	La facturation de la dépendance doit être conforme à la réglementation
E.14	Le défaut ou l'insuffisance des transmissions et leur traçabilité sur des support multiples ou non pérennes ne permettent pas d'assurer la qualité de la prise en charge des résidents et la sécurité des soins des résidents.
E.15	La traçabilité de la maintenance du défibrillateur n'est pas réalisée.
E.16	Absence de projet d'établissement actualisé, élaboré avec l'association du personnel et des personnes accueillies, et définissant ses objectifs (coordination, coopération et évaluation des activités et de la qualité des prestations...), ses modalités d'organisation, de fonctionnement, et comportant un projet général de soins.
E.17	Le stockage des substances vénéneuses n'est pas conforme aux dispositions de l'article R. 5132-26 du CSP.
E.18	Le contrôle de la température de l'enceinte réfrigérée n'est pas suffisamment régulier pour s'assurer de la conservation correcte des médicaments thermosensibles.
E.19	En ne disposant pas d'une trousse d'urgence sécurisée et scellée l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 5126-109 du CSP.
E.20	En n'établissant pas de liste de médicaments pour besoins urgents, l'établissement ne respecte pas les dispositions prévues à l'article R.5126-108 du CSP
E.21	Les ordonnances transmises à la pharmacie ne sont pas les originaux.
E.22	L'aide à la prise de médicament est effectuée par des AS dont la fiche de délégation et la formation à la prise de médicaments n'ont pas été communiquées à la mission

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R.1	Il n'existe pas de subdélégation de pouvoir ni de procédure organisant la continuité de direction en l'absence du directeur de l'EHPAD.
R.2	Il n'existe pas de procédure en mode dégradé permettant aux soignants de disposer de plans d'aide individualisés pour pallier les dysfonctionnements informatiques récurrents
R.3	Les documents supports mis à disposition du personnel sont incomplets et non actualisés et ne garantissent pas une identitovigilance de qualité, notamment dans le circuit du médicament.
R.4	L'absence de mise en œuvre d'une procédure d'accueil d'un nouveau salarié est susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge des usagers.
R.5	Les documents remis sur les formations réalisées ne permettent pas de tracer les personnels concernés, la qualité et le contenu des formations dispensées, ni d'appréhender si le personnel formé est toujours présent dans la structure.
R.6	Selon les déclarations du personnel, les entretiens d'évaluation ne sont pas systématiquement réalisés chaque année et de ce fait, les demandes de formation (ex VAE) ne sont pas prises en compte.
R.7	Il n'existe pas de procédure de délégation de tâches entre Ide et AS.
R.8	Le document « staff du 8 décembre » transmis à la mission ne précise ni les participants, ni la durée de la réunion, ni son ordre du jour et ne comprend pas de relevé de décisions ; il ne constitue pas un véritable staff médical mais un simple relevé de situation pour 8 résidents dont la mission ne connaît pas le critère de sélection.
R.9	Le registre des entrées/sorties des résidents n'est pas tenu à jour ni paraphé par le maire.
R.10	D'après l'analyse sur l'échantillon retenu, certains contrats de séjour ne sont pas signés, sans paraphe, sans mention lu et approuvé comme inscrit dans le document. Il en est de même pour le règlement de fonctionnement dont tous ne sont pas signés et/ou paraphés.
R.11	Les documents d'information des résidents ne sont pas actualisés ni mis aux normes des nouveaux décrets relatifs à la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Numéro	Contenu
R.12	L'absence d'évaluation et d'actualisation annuelle des projets personnalisés de soins ne permet pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne. La vacance du poste de la psychologue ne doit pas entraver la réalisation et /ou l'actualisation des PPI des résidents
R.13	La mission a constaté qu'aucune formation sur la bientraitance n'a été proposée au personnel.
R.14	Une amélioration du cadre de vie des résidents et un environnement bienveillant sont à mettre en place pour le bien-être des résidents.
R.15	Les dysfonctionnements mentionnés dans le compte rendu du CVS du 21 juin 2022 puis du 4 octobre 2022 n'ont pas fait l'objet de mesures correctives.
R.16	La liste des personnes à risque de dénutrition n'est pas à jour. L'établissement n'a pas mis en place de suivi des populations pour le diagnostic et le suivi de dénutrition
R.17	La réponse aux besoins éventuels de matelas à air alternating le week-end n'est pas organisée.
R.18	La mission a constaté des dysfonctionnements des sonnettes dans les chambres des résidents.
R.19	L'établissement n'a pas mis en place une analyse des chutes, ni un plan d'actions correctives tel que prévu comme objectifs pour 2021 lesquels pourraient s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité
R.20	Le compte-rendu du CVS du 17 janvier 2023 s'avère inexact concernant notamment le point sur les GIR.
R.21	Le personnel soignant exerce sans aucun support de soins
R.22	En l'absence de Medco, la mission s'interroge sur le suivi mensuel de l'ensemble des résidents de l'ehpad et sur la composition de l'équipe de soins qui réalise ce suivi.
R.23	La traçabilité de l'administration des médicaments est absente sur les supports papier
R.24	Il n'existe pas de procédure relative aux contentions.
R.25	La traçabilité des soins de la vie courante est insuffisante et ne permet pas d'assurer la qualité de la prise en charge des résidents.
R.26	Il a été constaté l'absence de protocole contre la douleur, et de traçabilité de la prise en charge de la douleur sur les dossiers examinés.

Numéro	Contenu
R.27	Absence de procédure d'accompagnement de la fin de vie au sein de l'EHPAD
R.28	Le système documentaire « Qualité » est partiel et en cours de rédaction (sur certaines thématiques)
R.29	L'EPHAD Repotel à Voisins ne dispose pas d'une politique de sécurisation du médicament inscrite dans un projet d'établissement qui soit réellement actualisé et en vigueur.
R.30	Les procédures relatives au CDM de l'ehpad REPOTEL de Voisins-le-Bretonneux ne mentionnent pas qui en est le rédacteur et ne permettent pas de s'assurer que les professionnels de santé intervenant au sein de cet établissement ont été associés à la rédaction de ces procédures.
R.31	Le référent médicament au sein de l'ehpad REPOTEL VOISINS n'est pas désigné ni mentionné dans la procédure circuit du médicament
R.32	Au regard de la distribution journalière nominative des résidents par l'officine dispensatrice, des armoires dédiées pour les médicaments hors piluliers, et de la présence d'un sac pour soins urgents, l'important volume du stock tampon doit être réévalué par l'établissement. Une liste de dotation sera à établir et réévaluer selon une fréquence prévue par la procédure.
R.33	L'établissement ne met pas à la disposition du personnel les moyens nécessaires pour sécuriser l'administration des médicaments aux résidents.
R.34	Contrairement à la procédure relative au CDM, la vérification de la trousse d'urgence après utilisation n'est pas réalisée et le scellé non posé.
R.35	Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments adaptée aux besoins de l'ehpad
R.36	Il a été déclaré que seuls deux prescripteurs utilisent Netsoins ce qui couvrirait environ 70% des résidents
R.37	Selon les déclarations du personnel, le contrôle des piluliers est réalisé le samedi sur tous les piluliers mais sans traçabilité.
R.38	La traçabilité de l'administration des médicaments est réalisée à postérieur sur Netsoins par les IDE contrairement aux règles de bonnes pratiques professionnelles.
R.39	En ne garantissant pas une identitovigilance de qualité, la sécurité des résidents dans le circuit du médicament n'est pas assurée.

Numéro	Contenu
R.40	Le personnel soignant ne dispose pas de procédure relative à l'adaptation des traitements pour les résidents à risques.
R.41	La mission n'a pas eu connaissance de la mise en place d'une démarche d'évaluation des qualités des prestations dispensées.
R.42	La procédure de signalement et gestion des EI n'intègre pas le traitement des réclamations des familles
R.43	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.

Conclusion

Suite à l'inspection de l'EHPAD Repotel à Voisins, 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 : le poste de médecin coordonnateur est vacant depuis plusieurs mois et les effectifs soignants ne sont pas complets (14,87 postes vacants) ;
 - 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 ;
 - communication interne avec les résidents et les familles et de politique de bientraitance.
- Les projets d'accompagnement personnalisé ne sont pas systématiquement mis à jour annuellement ;
- dispensation des produits, dispositifs et prestations figurant dans la liste relevant d'un financement au titre des forfaits soins et dépendance ;
 - organisation et fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins, et la prise en charge médicale et soignante : multiplicité des supports des données médicales qui ne sont pas toujours à jour. Le circuit du médicament présente des dysfonctionnements majeurs : suivis irréguliers des températures du réfrigérateur des médicaments thermosensibles, gestion incorrecte et non à jour des stupéfiants, insuffisance d'identitovigilance pour l'administration des médicaments, chariot d'urgence non scellé et non vérifié régulièrement. La traçabilité des soins n'est pas faite en temps réel ;
 - démarche qualité et gestion des risques : celle-ci est très insuffisante, les événements indésirables graves ne font pas l'objet de déclaration aux autorités administratives.

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

