



*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARS Île-de-France

Mission conjointe : ARS/Conseil Départemental du Val d'Oise

**Inspection sur place
2022-08-30**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**Les Lys
2, rue de la Paix. 95000 Pierrelaye**

SYNTHESE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E1	L'équipe pluridisciplinaire n'est pas conforme en l'absence de direction, d'animateur et de psychologue. (Article L.331-2 du CASF). La vacance de direction a pour conséquences : l'absence d'encadrement des salariés, de conduite des équipes, l'absence de définition d'axes stratégiques, l'absence de plan de formation. Le temps de travail effectif de [REDACTED] ETP du médecin coordonnateur est inférieur à ce qui est requis au regard de la capacité de l'EHPAD, soit [REDACTED] ETP (article D312-156 du CASF - Décret n°2016-696 du 27 mai 2016).
E2	Il existe un registre entrées/sorties mais il n'est pas conservé sur place, ce qui est contraire au CASF (article L.331-2).
E3	L'EHPAD Les Lys ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour (article L. 311-8 du CASF).
E4	Deux dossiers administratifs des résidents comportent des éléments de dossier médical des intéressés, ce qui est contraire au CASF et au CSP (article L.311-3 CASF et L.1110-4 CSP).
E5	L'EHPAD Les Lys ne dispose pas d'un programme d'animation, ni de professionnel animateur dédié, ce qui est contraire au CASF (article L. 311-3-1 et annexe 2-3-1 du CASF relative au « socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD »).
E6	Les projets personnalisés ne sont pas en place, ce qui est contraire au CASF (article D312-155-0- 3ème alinéa).
E7	Le CVS n'est pas tenu informé des dysfonctionnements et événements indésirables comme indiqué au CASF (article R331-10).
E8	L'ensemble des leviers d'une politique de prévention de la maltraitance ne sont pas en place, ce qui est contraire à l'article L. 311-3-1 du CASF (et Instruction ministérielle DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007, et circulaire DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 et HAS « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008 ; « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », 2008).
E9	Concernant les locaux de l'EHPAD, leur accès, et ses équipements, l'équipe d'inspection a relevé : - l'absence de signalisation ; - le manque de sécurité sur la partie extérieure de l'établissement notamment : la terrasse

Numéro	Contenu
	<p>d'accès vers l'entrée (fentes entre les dalles au sol et travaux en cours) ; la balustrade facilement franchissable et à risque ; la porte fenêtre d'accès direct dans la salle de restauration, qui comporte un « nez de porte » (accès rendu difficile aux personnes à mobilité réduite) ; l'absence de barres d'appui ; - l'encombrement de certaines zones à l'intérieur du bâtiment (dépôt d'objets ou matériels, sur les passages et couloirs) ; - les chambres disposent d'appels malades qui ne fonctionnent pas depuis plusieurs mois, les essais, effectués lors de la visite, se sont révélés infructueux ; elles ne sont pas équipées de téléphone, la communication avec l'extérieur n'est pas mise en place. - les professionnels disposent de vestiaires étroits et peu pratiques pour leur permettre de se changer. Il n'y a pas de salle de repos ou de pause pour les professionnels. Ces constats ne garantissent pas la sécurité du résident (Art. L 311-3 et article D312-159-2 du CASF - Annexe 2-3-1 relative au « socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD »).</p>
E10	<p>Concernant la restauration, il a été constaté : - que des carafes de lait restent conservées au micro-onde pendant plus d'une heure « dans l'attente du réveil des résidents », la chaîne du froid n'est donc pas respectée ; - que le suivi des températures dans les réfrigérateurs des salles de repas, n'est pas réalisé, la porte du compartiment « congélateur » de l'un des réfrigérateurs est cassée et ce compartiment déborde de glace ; - que concernant les denrées inscrites sur la liste « d'urgence », composée de boites de conserves, plusieurs sont périmées ainsi que des produits secs comme des biscuits. Ces constats ne garantissent pas la sécurité du résident (Art. L 311-3 CASF).</p>
E11	<p>Les containers DASRI ne sont ni systématiquement datés ni fermés hermétiquement. Le local DASRI n'a pas de signalétique et n'est pas sécurisé. Cela contrevient à la réglementation (article R.1335-6 du code de santé publique (CSP)).</p>
E12 à E23	<p>Concernant la coordination médicale et l'ensemble des missions attachées à cette fonction: Le contrat de travail du MedCo, en ne précisant pas la quote-part du temps de travail sur ses sites d'exercice, son organisation de travail et ses missions, contrevient à l'article D.312-159-1 du CASF et ne permet pas de garantir que l'ETP prévu sur les Lys est en rapport avec son capacitaire. Le temps déclaré de présence du MedCo (■ ETP) est</p>

Numéro	Contenu
	<p>inférieur au ratio de [REDACTED] ETP défini par la réglementation. L'absence de planning affiché des présences du MedCo dans le poste de soins est de nature à altérer la coordination et la qualité des soins aux résidents.</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]. Aucun projet de soins n'a été mis à jour ou n'est en travaux depuis sa dernière version et l'arrivée du nouveau MedCo en janvier 2021 (art. D312-158 CASF). La commission de coordination gériatrique n'est pas réunie. En ne coordonnant pas la réalisation systématique de l'évaluation gériatrique standardisée des résidents, le médecin coordonnateur contrevient au 6° de l'article D 312-158 du CASF. En n'ayant pas élaboré une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie, le MedCo contrevient au 7° de l'article D312-158 du CASF. Il ne participe ni à la politique de formation ni à des actions de formations des personnels. Le rapport d'activité médicale (RAMA) 2021 n'a pas été établi ce qui contrevient à l'article D.312-155-3 al 9 du CASF.</p>
E24	<p>L'absence de projet individualisé de soins régulièrement réévalué témoigne d'une défaillance sur le suivi exhaustif médical des résidents, ce qui peut porter atteinte à leur sécurité (EX : absence d'observation médicale chez une résidente en situation gériatrique complexe et à risque).</p> <p>Les résidents ne bénéficient pas d'un projet de soins individualisé régulièrement réévalué.</p>
E25	<p>La traçabilité des soins de la vie courante est insuffisante et ne permet pas de s'assurer de la qualité de la prise en charge des résidents. La traçabilité des soins n'est pas exhaustive. Cela contrevient aux droits des résidents qui ont des droits d'information concernant leur santé, mentionnés dans l'article L1111-8 du Code de la Santé Publique (CSP) ou article R. 1112-2 du CSP)</p>
E 26 et 27	<p>Les soignants ne sont pas formés régulièrement aux gestes d'urgence alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire (Arrêté du 30 décembre 2014 modifié relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence). Le défaut de matériel d'urgence adapté, de protocole de PEC en urgence et de formation du personnel aux gestes d'urgence font que les</p>

Numéro	Contenu
	conditions de prise en charge de l'urgence sont défaillantes dans la structure et mettent en danger la sécurité des résidents.
E 28	En l'absence d'évaluation gériatrique, de projet de soin individualisé, de synthèse médicale réalisés et tracée, de suivi des cibles (poids ...) et de temps de coordination des équipes soignantes, les conditions requises pour une adaptation des soins aux besoins individuels ne sont pas réunies.
E 29 à 35	Concernant le circuit et la distribution du médicament : La convention avec l'officine pharmaceutique n'a pas été communiquée (art. L.5126-6-1 CSP) La liste de la sacoche d'urgence n'a pas été établie. La structure ne dispose pas d'un stock tampon ou DBU répondant aux besoins de soins prescrits en urgence. Il n'existe pas de liste préférentielle de médicaments (LPM). La gestion comme attendu des produits stupéfiants, n'est pas en place. Les protocoles de prise en charge médicamenteuse remis et datant de mars 2021, ne sont pas conformes à la réglementation : actuellement les documents remis ne différencient pas la collaboration des AVS/AS, - qui peut exister en présence d'une IDE -, de la délégation de la distribution des médicaments (autorisée qu'aux personnels aides-soignants dûment diplômés en l'absence de l'IDE). L'enregistrement de l'administration des médicaments sous le logiciel TITAN n'est pas faite. La liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées) n'est pas en place. La vérification de conformité des préparations de doses à administrer (PDA) n'est pas tracée. L'identification des médicaments (données nominatives et photos) n'est pas en place. L'interfaçage entre le logiciel TITAN de l'EHPAD et la pharmacie pour la transmission des prescriptions médicamenteuses n'est pas en place.
E 36	L'obligation de signalement des évènements indésirables n'est pas mise en œuvre, en particulier en ce qui concerne le suivi et l'analyse des causes. La culture du signalement est très insuffisante, avec une sous déclaration manifeste.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R1	Le poste de direction est mutualisé avec celui de l'EHPAD Résidence « Arc en ciel » situé à Bezons mais le directeur ne se rend plus aux Lys, il n'existe pas d'astreinte formalisée de direction.

Numéro	Contenu
R2	Aucune formation n'a été dispensée en 2022, il n'y a pas de plan de formation.
R3	Il n'existe pas de procédure écrite d'admission.
R4	Le stockage des médicaments n'est pas conforme, et les locaux dédiés à ce stockage, inadaptés.
R5	La liste des Médecins traitants pour chaque résident n'est pas facilement accessible au personnel soignant. Une liste des résidents avec leur MT devrait être établie.
R6	Les MT ne tracent pas leurs visites et ne prescrivent pas sur TITAN. Ils devraient utiliser le logiciel TITAN pour leurs observations et leurs prescriptions.
R7	En ne prévoyant pas une visite médicale sur site, l'EPHAD ne garantit pas toutes les conditions permettant au Medco de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du résident avec les capacités de soins de l'institution.
R8	La liste des résidents avec leur GIR n'a pas été transmise à la mission ; ce qui ne permet pas d'évaluer l'adéquation de l'état de santé avec le GIR.
R9	Les prescriptions des contentions ne respectent pas les bonnes pratiques
R10	Les résidents ayant des troubles de la déglutition ne sont pas identifiés par l'ensemble des soignants.
R11	Les plans de soins ne sont pas systématiquement actualisés et exhaustifs des soins aux résidents. Ils ne sont pas utilisés au quotidien.
R12	Il n'existe pas de réunions quotidiennes régulières pluri professionnelles des équipes soignantes pour traiter de la prise en charge des résidents. Il n'existe pas de réunions équipes-direction programmées afin de traiter des sujets organisationnels. Cela ne contribue pas à garantir la bonne coordination et transmission des soins avec un impact possible sur la qualité et la sécurité des soins.
R13	Les sujets concernant l'organisation des soins ne disposent pas d'un espace de dialogue entre la direction, l'encadrement et les équipes de soins.
R14	Les évaluations gériatriques exhaustives et le repérage des fragilités ne sont pas retrouvées systématiquement dans les dossiers.
R15	En ne disposant pas de procédures et de protocoles actualisés accessibles, les soins ne sont pas encadrés.

Numéro	Contenu
R16	Les personnels soignants n'apparaissent pas suffisamment appropriés le logiciel TITAN.
R17	La procédure de fonctionnement dégradé en cas de panne informatique n'est pas connue des personnels rencontrés.
R18	La suppléance du MedCo n'est pas organisée lors de ses absences.
R19	L'interfaçage entre le logiciel TITAN de l'EHPAD et la Pharmacie n'a pas été mis en œuvre pour la transmission des prescriptions médicamenteuses
R20	Il n'existe pas de liste des médicaments à ne pas broyer (formes galéniques adaptées)
R21	La vérification de conformité des préparations de doses à administrer (PDA) n'est pas tracée
R22	L'identification des médicaments est incomplète (DN et photo absentes)
R23	Aucune information n'a été transmise sur le nombre résidents vaccinés contre la grippe, le taux de vaccination, le nombre résidents vaccinés contre les infections à pneumocoque, etc.

Conclusion

Les conditions de prise en charge actuelles au sein de l'EHPAD Les Lys, telles que constatées par l'équipe d'inspection, ne permettent pas de garantir dans les conditions attendues, la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes hébergées et sont susceptibles de leur faire courir des risques, en particulier pour les motifs suivants :

- Il n'y a pas de direction pérenne dédiée, ni d'infirmière coordonnatrice (IDEC), ceci a pour conséquence une absence de pilotage et d'encadrement des professionnels, une absence de définition d'orientations stratégiques.
- Les locaux de l'EHPAD et ses équipements présentent de nombreuses insuffisances (notamment accès insécurisé, zones de circulation à risques de chute, absence de téléphone dans les chambres, appels malades défectueux).
- Plusieurs défaillances graves affectent la prise en charge en soins, les missions de coordination médicale ne sont pas remplies, le titulaire du poste n'est pas détenteur de la qualification requise ; les conditions de prise en charge de l'urgence sont défaillantes et mettent en danger la sécurité des résidents ; la prise en charge du médicament est défaillante.
- La prise en compte des besoins et attentes des résidents et l'individualisation de leur prise en charge ne sont ni effectives ni conformes aux attendus et bonnes pratiques, en l'absence de projets personnalisés, de programme d'animation, de prestation de restauration

améliorée (pas de diététicienne, présence de produits périmés).

- Le traitement et le suivi des plaintes et réclamations, et l'obligation de signalement des évènements indésirables ne sont pas effectifs, la culture du signalement est très insuffisante et méconnue des professionnels.

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