



ARS Île-de-France

**Inspection sur place
2023-05-25**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

**Le Castel
5, rue des Bruyères. 95150 Taverny**

SYNTHÈSE DU RAPPORT DE CONTRÔLE

Tableau récapitulatif des écarts

Numéro	Contenu
E1	Mettre à jour et transmettre aux autorités de contrôle le projet d'établissement valide ainsi que le compte rendu du Conseil de la Vie Sociale (CVS) actant la présentation du projet.
E2	Procéder à l'actualisation du projet de vie personnalisé (PAP) pour l'ensemble des résidents accueillis et transmettre la liste actualisée aux autorités de contrôle.
E3	Renseigner le tableau de bord annuel de la performance obligatoire en application de l'arrêté modifié du 10 avril 2019.
E4	L'établissement doit se mettre en conformité avec le temps de présence du médecin coordonnateur fixé par la réglementation en complétant le temps existant pour atteindre la cible de 0.40 ETP.
E5	Mettre en place le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et le transmettre aux autorités de contrôle.
E6	Mettre en place un support accessible à l'ensemble du personnel répertoriant les procédures de signalement des EI et EIG aux autorités de contrôle, le suivi chronologique du traitement des événements ainsi que les plans d'actions mis en place. Mettre en place une formation pour l'ensemble du personnel pour la sensibilisation aux EI et EIG et transmettre aux autorités de contrôle le contenu de la formation et les feuilles d'émargement. Intégrer dans le projet d'établissement, la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.

Tableau récapitulatif des remarques

Numéro	Contenu
R1	Afficher l'organigramme actualisé en mentionnant les ETP occupés par le personnel de l'établissement.
R2	Afficher dans la salle du personnel, la procédure d'astreinte en cas d'absence du directeur et/ou de l'IDEC.
R3	Clarifier les missions déléguées à l'IDEC en l'absence du directeur. Le cas échéant formaliser ses missions par une subdélégation de pouvoir et la transmettre aux autorités de contrôle.
R4	Envisager dans le cadre de la mise à jour du projet d'établissement, le recrutement d'un temps d'animateur pour faciliter la mise en œuvre d'un

Numéro	Contenu
	projet d'animation personnalisé, favorisant les sorties à l'extérieur et libérant du temps aux soignants.
R5	Désigner un ou deux référents volontaires dans une démarche de prévention du risque (bientraitance, démarche qualité, ...).
R6	Afficher les résultats de la dernière enquête de satisfaction.
R7	Mettre en place un plan d'actions correctrices portant sur les items de l'enquête de satisfaction (résultat 2023) n'ayant pas donné satisfaction et l'inscrire à l'ordre du jour du prochain CVS. Transmettre le compte rendu aux autorités de contrôle.
R8	Limiter dans la mesure du possible le recours aux contrats à durée déterminée (CDD) en favorisant le recrutement sur les postes vacants de contrats à durée indéterminée (CDI).
R9	Tenir à jour les dossiers administratifs du personnel de l'établissement.
R10	Etablir une procédure d'accueil des nouveaux professionnels (stagiaires compris) et la mettre en œuvre.
R11	Formaliser les réunions (de direction, de soignants avec l'IDEC ou pluridisciplinaire avec le médecin coordonnateur) par un compte rendu synthétique.

Conclusion

L'inspection de l'EHPAD « Le Castel », géré par le groupe DOMIDEP, a été réalisée de manière inopinée le 25 mai 2023.

La mission d'inspection a constaté le non-respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et/ou des dysfonctionnements dans les domaines suivants :

GOUVERNANCE

⇒ Management et Stratégie, notamment :

- L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour et valide.
- Le projet de vie est actualisé pour seulement la moitié des résidents.
- Le tableau de bord annuel de la performance n'est pas renseigné.
- Absence d'affichage de la procédure d'astreinte dans la salle du personnel.
- Absence de subdélégation de pouvoir à l'IDEC.
- Temps de présence effectif du médecin coordonnateur (sur sa fonction de coordination) non conforme à la réglementation.

⇒ Gestion de la qualité :

- Absence de plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et de référent sur les démarches de prévention du risque (bientraitance, démarche qualité, ...).

- Absence d'une procédure claire sur la déclaration et la gestion des EI/EIG, le suivi et le plan d'actions mis en place, l'information et l'appropriation de ces sujets par l'ensemble des professionnels de l'établissement.
- ⇒ Gestion des risques, des crises et des événements indésirables :
- Absence d'affichage des résultats de la dernière enquête de satisfaction et du plan d'actions correctrices.

FONCTIONS SUPPORT

- ⇒ Gestion des ressources humaines :
- Recours aux contrats à durée déterminée (CDD) sur des postes pérennes.
 - Mise à jour des dossiers administratifs du personnel de l'établissement.
 - Absence de procédure d'accueil des nouveaux professionnels (stagiaires compris).
 - Absence de formalisation des réunions (de direction, de soignants avec l'IDEC ou pluridisciplinaire avec le médecin coordonnateur).

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