

Vous adresserez, dans les délais mentionnés et après réception du présent courrier, les éléments justificatifs demandés des mesures mises en œuvre à la Délégation Territoriale de Moselle de l'ARS ainsi qu'au Département de la Moselle et sous forme dématérialisée aux adresses mails indiquées ci-dessus (contacts).

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de notre considération distinguée.

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Docteur Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL
Signe électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND EST
La Directrice Générale,
Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL
Nancy le 03/09/2024



Le Président du Département de la Moselle

Patrick WEITEN



Copie :
ARS Grand Est : Délégation Territoriale de Moselle
Direction de l'Autonomie

Département de la Moselle

Annexe 1

Tableau récapitulatif des écarts, des remarques majeures et des prescriptions

Prescriptions						
Ecarts		Référence	Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E1	Au regard des entretiens, la commission de coordination géériatique (CCG) semble s'être réunie au titre de 2022. Cependant, sans éléments tangibles, la mission d'inspection n'est pas en mesure d'apprécier la gouvernance sur ce champ. De fait, cela constitue, pour le moment, un écart à l'article D. 312-158 du CASF.	Article D. 312-158 du CASF	10	P1	Transmettre le compte rendu de la CCG 2022 et 2023.	Ecart levé
L'écart 1 est levé.						
Les comptes rendus des commissions de coordination géériatiques ont été transmis et la mission salue la réalisation de cette instance						
E2	En ce qui concerne l'accueil de jour, l'arrêté conjoint DS n°26050/DGARS n°2015-0138 prévoit une autorisation, dans son article 1, de 6 places. Or, il semblerait que le jour de l'inspection, 7 participants ont été dénombrés	Arrêté conjoint DS n°26050/DGARS n°2015-0138	12	P2	Transmettre des informations sur le nombre de participants à l'accueil de jour, lors de la réalisation de l'inspection. Respecter les dispositions de l'arrêté d'autorisation.	Ecart levé
L'écart 2 est levé.						
La décence explicitée au sujet d'un accueil par erreur, bien que se passant en janvier 2023 et l'inspection en novembre 2023, est entendue. Au gré des mouvements de résidents, veiller à respecter dorénavant très rigoureusement l'arrêté d'autorisation d'accueil de jour DS n°26050/DGARS n°2015-0138.						

E3	<p>Le container dédié à la gestion des DASRI est situé à l'extérieur de l'établissement. Il est métallique et fermé à clé.</p> <p>Cependant, posé dessus la mission a pu constater un autre contenant DASRI, en carton et de surcroit plein.</p> <p>Par conséquent, cela pose un problème de gestion du circuit et des risques potentiels liés à la dangerosité. En effet, cela est contraire au 3e alinéa de l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. Il y est stipulé : « Ils sont implantés, construits, aménagés et exploités dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol ».</p>	Arrêté du 7 septembre 1999	14	P3	<p>Veiller scrupuleusement à ne pas laisser de déchets en dehors du local DASRI dédié, et ainsi appliquer les dispositions de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.</p>	Ecart levé
----	---	----------------------------	----	----	--	------------

L'écart 3 est levé

Le communiqué du [REDACTED] rappelle la nécessité de vigilance en matière de DASRI. La mission encourage à répéter cycliquement cette typologie de message.

E4	<p>Le temps effectif du médecin coordonnateur est de 0,5 ETP. Cela ne correspond pas aux attendus du décret du 27 avril 2022, qui prévoit 0,6 ETP pour les établissements ayant entre 60 et 99 places.</p>	Décret du 27 avril 2022	17	P4	<p>Bien que le temps de coordination médicale soit factuellement inférieur à la norme réglementaire en vigueur de 0,1 ETP, la mission reconnaît la grande implication du médecin coordonnateur actuel.</p> <p>Cela est actuellement dénué d'impacts négatifs sur l'organisation des soins et sur la prise en charge des résidents. Par conséquent, il sera nécessaire d'appliquer cette disposition lors du prochain recrutement de médecin coordonnateur.</p>	Maintien de l'écart jusqu'au prochain recrutement éventuel.
----	--	-------------------------	----	----	--	---

L'écart 4 est maintenu.

La mission prend acte de la réponse de la Direction et la maintient en l'état jusqu'au prochain recrutement d'un médecin coordonnateur.

	<p>D'une façon générale, au travers des divers documents reçus, il n'est pas possible pour la mission de recenser simplement et pleinement les personnels AS. En effet, il y a trop de divergences ne permettant pas d'obtenir une situation claire.</p> <p>Certains personnels ne se trouvent que dans un document, comme Mme [REDACTED] qui n'apparaît que dans le planning de novembre, en tant que "CDI/ ASDE".</p> <p>Ou Mme [REDACTED] qui est dans l'organigramme et nulle part ailleurs. De surcroit, pour ces deux personnes, aucun diplôme les concernant n'a été transmis.</p> <p>Ensuite, sauf erreur, la mission a relevé les personnels suivants en raison des diplômes présentés et qui ne correspondent pas à celui d'AS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mme [REDACTED] Assistante de vie aux familles ; • Mme [REDACTED] Brevet d'études professionnelles accompagnement, soins et services à la personne ; • Mme [REDACTED] [REDACTED] avec plusieurs attestations de formation dont une partiellement acquise qui s'intitule "Accompagner une personne en situation de dépendance dans les actes d'hygiène et de confort" du 19/11/2021 au 26/11/2021 ; • Mme [REDACTED] → bac pro spécialité « accompagnement soins et services à la personne en structure » ; • Mme [REDACTED] → BEP carrières sanitaires et sociales / Bac technologique série sciences et technologies de la santé et du social. 		19	P5	<p>Veiller à réaliser scrupuleusement une meilleure lisibilité des personnels sur l'ensemble des supports et fichiers où l'on peut les retrouver.</p> <p>Transmettre à la mission les diplômes qui manquent, dont celui de Mme [REDACTED], ainsi qu'un tableau actualisé pour les AS.</p> <p>Ensuite, quid de la validation partielle de Mme [REDACTED] [REDACTED] pour la formation "Accompagner une personne en situation de dépendance dans les actes d'hygiène et de confort" du 19/11/2021 au 26/11/2021 ? Y-a-t-il un module de rattrapage ?</p> <p>Enfin, Mme [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED] sont-elles inscrites dans une VAE d'AS ?</p>	Remarque majeure 1 levée
--	---	--	----	----	---	--------------------------

La remarque majeure 1 est levée

Grâce aux éléments complémentaires précisés par la Direction en la matière.

E5	<p>Il n'y pas d'état récapitulatif des stupéfiants, ce qui constitue un écart à l'article R.5132-80 du CSP. Le contenu du coffre est vérifié quotidiennement par l'IDE mais la traçabilité effectuée ne tient pas compte des médicaments stupéfiants appartenant à des résidents qui ont quitté l'EHPAD et qui n'ont pas pu être rendus à la pharmacie.</p>	<p>Article R.5132-80 du CSP</p>	24	P6	<p>Mettre en place un suivi quotidien du contenu total du coffre à stupéfiants par les IDE et formaliser une procédure de retour des traitements à la pharmacie lors du départ/décès d'un résident.</p>	Ecart levé
----	---	---------------------------------	----	----	---	------------

L'écart 5 levé

Les dispositions prises pour le suivi des stupéfiants permet une meilleure visibilité sur ce champ.

Recommendations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R1	<p>Il existe un projet d'établissement (PE) pour la période 2022-2026.</p> <p>Bien qu'exhaustif et bien structuré, le document reçu est au format WORD. D'une part, son intitulé informatique comporte la mention « deuxième version », ce qui peut laisser entendre que ce n'est pas la définitive. Cette impression est renforcée par les « X » de son référencement : « BPM / MGT / EN / XX – X ».</p> <p>D'autre part, sur la forme, il n'y a pas la signature de la Direction, ni les annexes. Le sommaire ne correspond pas, exemple les annexes sont mentionnées page 16 alors qu'elles sont page 23.</p> <p>Enfin en page 6, il est indiqué « Ce document a été soumis à avis du CVS avant transmission aux autorités de tarification. Il fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des collaborateurs à l'aide de la plateforme de gestion documentaire. Il est également à disposition du public à l'accueil de l'établissement. » Cependant, sauf erreur, aucune date n'apparaît dans ce paragraphe.</p>	8	Rec1	<p>Transmettre la version définitive (y compris les annexes) du Projet d'établissement, avec son référencement final, la signature de la Direction. Préciser aussi à la mission la date de validation par le CVS</p>	Remarque levée
<p>La remarque 1 est levée</p> <p>Le compte rendu du CVS du 28/01/2022, en son thème 3 « Consultation projet d'établissement 2022-2026 » mentionne bien la consultation et le vote de cette instance en la matière. Ledit projet, révisé le 20/05/2024 est bien signé par la Direction.</p>					
R2	La mission n'a pas été destinataire des diplômes de la Directrice.	9	Rec2	Transmettre les diplômes de la Directrice.	Remarque levée
<p>La remarque 2 est levée</p> <p>La mission sollicitait les diplômes de Mme [REDACTED] alors directrice au moment de l'inspection. Au regard du changement de gouvernance, la mission acte la réception des diplômes de Mme [REDACTED]</p>					
R3	La mission n'a pas été destinataire de la fiche de poste de la Directrice.	9	Rec3	Transmettre la fiche de poste de la Directrice.	Remarque levée
<p>La remarque 3 est levée</p> <p>La fiche de poste de la Directrice a été transmise.</p>					

R4	<p>Au sein de la délégation de pouvoirs et signature, il existe un article 3.2 intitulé "FACULTE DE SUBDELEGATION DE LA DELEGATION DE SIGNATURE". Celui-ci indique "En tant que de besoin, il est précisé que le Déléguant est autorisé à subdéléguer une partie de ses pouvoirs de signature au personnel placé sous son autorité. En cas de subdélégation, le Déléguant devra en informer le Déléguant."</p> <p>Or, la mission n'a pas été en mesure de déterminer l'organisation de la continuité de la fonction de direction au sein de l'EHPAD.</p>	9	Rec4	<p>Indiquer à la mission les dispositions prises en l'absence de la Directrice afin d'assurer une continuité de la fonction.</p>	Remarque levée
----	--	---	------	--	----------------

La remarque 4 est levée

A la lecture des quatre précisions sur la continuité de la fonction de la Direction, la mission prend bonne note et lève cette remarque.

R5	<p>Le planning administratif fourni par l'établissement fait apparaître une présence sur site d'un membre du CODIR le week-end. Cependant, les astreintes de direction ne semblent pas formalisées.</p>	9	Rec5	<p>Indiquer à la mission l'organisation actuelle des astreintes de direction. Transmettre le mode opératoire dans un délai d'un mois. En cas d'inexistence, bâtir un document reprenant ce fonctionnement.</p>	Remarque levée
----	---	---	------	--	----------------

La remarque 5 est levée.

En plus de la description des trois typologies d'astreinte explicitées, le planning 2024 intègre, depuis le mois de mai 2024, l'organisation des astreintes.

Le numéro dédié dans ce cadre est mentionné, dans un document institutionnel Clariane, de janvier 2024, destiné à la déclaration des évènements indésirables graves

R6	<p>Le règlement de fonctionnement fourni est une version Word. Cette dernière est non signée, sans annexes et comporte une date en bas de page au 12/07/2022, ainsi qu'une date de prise d'effet au 03/05/2023</p>	9	Rec6	<p>Transmettre le règlement de fonctionnement définitif, signé, avec les annexes.</p>	Remarque levée
----	--	---	------	---	----------------

La remarque 6 est levée

En effet, le règlement de fonctionnement présenté à la mission est signé en date du 15/05/2024.

R7	<p>La mission n'a pas été en mesure de savoir si le règlement de fonctionnement est remis aux nouveaux résidents.</p>	9	Rec7	<p>Indiquer si le règlement de fonctionnement est transmis aux nouveaux résidents.</p>	Remarque levée
----	---	---	------	--	----------------

Remarque 7 est levée

Le document intitulé « CHECK LIST : DOSSIER RESIDENT » recense bien la remise du règlement de fonctionnement aux nouveaux résidents.

R8	La traçabilité du ménage des locaux communs n'était pas systématiquement complétée.	12	Rec8	Veiller à améliorer la complétude de la traçabilité des communs.	Remarque maintenue 4 mois
Remarque 8 est maintenue.					
	Le document sur la traçabilité des communs au mois de juin 2024 démontre les efforts entrepris. Cependant, la remarque est maintenue en raison d'un remplissage partiel. A cela s'ajoute une problématique de format car il n'y a que 15 jours pour un mois, et les agents remplissent ensuite les dates manuellement. La mission encourage vivement à poursuivre la dynamique engagée et à utiliser un formulaire sur 31 jours.				
R9	<p>En ce qui concerne les appels malades, des points sont à mentionner. La mission a testé celui qui est présent dans les toilettes des hommes aux rez-de-chaussée. Personne ne s'est déplacé malgré une attente de 10mn.</p> <p>Ensuite, il y a des appels malades enroulés à des barres d'appui murales à l'accueil de jour empêchant de facto l'utilisation du dispositif.</p> <p>Enfin, il y a des appels malades absents comme dans les toilettes de l'UVP.</p>	13	Rec9	Recenser les lieux et locaux où les appels malades doivent être présents. Implanter les dispositifs manquants. S'assurer du bon fonctionnement de chacun et rappeler au personnel les consignes en la matière.	Remarque levée
La remarque 9 est levée					
	D'une part, la mission souligne les résultats mentionnés dans l'annexe R9 du rapport « sonnettes » où, entre novembre 2023 et mai 2024, le temps de réponse a considérablement diminué.				
	D'autre part, la mission acte la vérification de l'ensemble des appels malades et salue le changement des appareils qui dysfonctionnent ainsi que l'acquisition d'appareils supplémentaires.				
R10	Certaines portes de locaux techniques / de stockage étaient accessibles aux résidents de l'EHPAD et de l'UVP. Une armoire électrique était ouverte à l'UVP.	13	Rec10	Veiller à fermer les locaux techniques / de stockage ainsi que les armoires électriques dans l'ensemble de la structure.	Remarque levée
La remarque 10 est levée					
	La mission prend acte du rappel réalisé aux équipes et encourage vivement à poursuivre régulièrement la démarche entreprise.				
R11	<p>Le local dédié aux poubelles comporte sur sa porte, une feuille d'entretien, avec la présence de correcteur, concernant le mois de novembre 2023.</p> <p>Le document ne mentionne pas la fréquence de nettoyage.</p> <p>Seules trois dates apparaissent au 14/11/2023 : les 6, 7 et 10/11/2023.</p>	14	Rec11	Veiller à utiliser une feuille d'entretien du local poubelle pour un mois donné, si possible sans ratures ou surcharges. Y rappeler la fréquence d'entretien qui doit être réalisée. Veiller à un remplissage scrupuleux par les personnels afin d'obtenir une visibilité en la matière.	Maintien 3 mois
La remarque 11 est maintenue					
	Il est acté le rappel mais à défaut de document tangible transmis, ce point est maintenu.				

R12	Les locaux destinés à des usages professionnels ne sont pas rangés, mélangeant leurs vocations, ayant des conséquences sanitaires ou sur la sécurité des résidents car les pièces ne sont pas systématiquement fermées à clé. Par exemple, il a pu être vu des matelas anti-escarres posés verticalement avec, à proximité directe, un chariot de linge sale.	14	Rec12	Veiller à fermer les locaux qui doivent l'être afin de sécuriser les résidents. Procéder au recensement de l'ensemble de leur contenu, et bien que la mission mesure les contraintes bâimentaires, réaliser un rangement le plus ordonné possible.	Remarque levée
-----	---	----	-------	--	----------------

La remarque 12 est levée

La mission enregistre et salue l'ensemble des démarches entreprises quant à au rangement, recensement et sécurisation. Il est important de poursuivre une vigilance en la matière afin de maintenir cette nouvelle dynamique.

R13	<p>Globalement la salle dédiée au personnel est fonctionnelle et dispose d'un équipement nécessaire. Cependant elle manque d'hygiène car il y a des zones sales et des toiles d'araignées.</p> <p>Le réfrigérateur ne dispose pas de thermomètre et ne comporte aucun relevé de températures. La zone dédiée à la congélation n'est pas entretenue et il y a beaucoup de givre.</p> <p>L'armoire sous évier manque d'hygiène. De surcroit elle est en désordre car on y trouve, entre autres, un seau, une cafetière, un sac, de la crème à récurer... Or, la salle n'est pas fermée à clé ce qui constitue un risque pour les résidents.</p>	15	Rec13	<p>Veiller à améliorer l'environnement de la salle du personnel en procédant à son nettoyage minutieux, y compris les placards ainsi que le réfrigérateur.</p> <p>En ce qui concerne ce dernier, y ajouter un thermomètre et mettre en place un relevé quotidien des températures.</p> <p>Procéder également au dégivrage et instaurer cela annuellement.</p> <p>Enfin, fermer à clé la salle des personnels afin d'éviter tout risque avec les résidents.</p>	Remarque maintenue 4 mois
-----	---	----	-------	--	---------------------------

La remarque 13 est maintenue

Au regard des éléments indiqués par la Direction, la mission salue les démarches d'embellissement et de sécurisation de la salle du personnel.

Cependant, la remarque est maintenue en raison de la nécessité d'instaurer une procédure de suivi des températures du réfrigérateur de ce local, document non créé ou transmis.

R14	Le local archives contient des dossiers médicaux et des dossiers de ressources humaines. Cet endroit comporte des parties plus encombrées, notamment au niveau de la fenêtre inaccessible en raison de dossiers présents devant elle.	15	Rec14	Optimiser, autant que possible, le local dédié aux archives et permettre un accès à la fenêtre.	Remarque levée
-----	---	----	-------	---	----------------

La remarque 14 est levée

La mission note la démarche d'enlèvement d'archives les 27 et 28 juin 2024 et encourage à la poursuite de l'optimisation de ce local.

R15	La salle plan bleu comporte des bureaux dont celui de l'ergothérapeute. C'est un endroit encombré et y déambuler librement est difficile.	15	Rec15	Procéder à un recensement du matériel présent dans la salle plan bleu, le ranger et permettre de facto une déambulation aisée.	Remarque levée
La remarque 15 est levée					
La mission salue le travail effectué dans la salle plan bleu. Les photos transmises permettent de mesurer le rangement réalisé.					
R16	Comme évoqué <i>supra</i> , il a été constaté de multiples lieux de stockage, dont le contenu est hétéroclite et ne correspondant pas systématiquement à la dénomination de la pièce. Exemple au premier étage, d'un local comportant de la vaisselle et des cartons DASRI ou d'un autre local où il y a des concentrés aux fruits rouges, des sacs poubelle et des plats bassins. Il n'y a aucun document dans ces locaux indiquant un état des lieux sur les quantités ainsi que les périmés.	16	Rec16	Organiser la gestion des stocks des consommables permettant ainsi un état des lieux exhaustif du matériel à disposition, de véritablement anticiper les commandes et de gérer les péremptions.	Remarque maintenue 6 mois
La remarque 16 est maintenue					
La mission reconnaît les efforts considérables entamés pour organiser de façon formelle la gestion des stocks des consommables.					
Cependant, la remarque est maintenue pour le moment. En effet, afin de gagner en lisibilité, et afin d'éviter la répétition de la construction d'un tableau dans un cahier, la mission suggère vivement la transposition de l'ossature dans un document Word ou Excel, tout en laissant la possibilité d'un remplissage manuel. Le document devra comporter des précisions sur le stock initial, les dates d'entrée et de sortie sur les fournitures concernées etc.					
R17	Les documents transmis par l'établissement ne mentionnent pas de formation spécifique effectuée par l'IDEC pour exercer cette fonction, à l'instar de DU qui existent. Il semblerait qu'elle ait effectué une formation management sur 2 ans, délivrée par le groupe Korian.	17	Rec17	Transmettre des précisions et des éléments sur le parcours diplômant de l'IDEC.	Remarque levée
La remarque 17 est levée					
La mission acte, d'une part, le départ de l'IDEC présente au moment de l'inspection.					
D'autre part, il est noté le parcours du nouveau salarié recruté ainsi que la fiche de poste d'IDEC chez KORIAN et les formations disponibles à l'université CLARIANE.					
R18	L'ensemble des diplômes des IDE ont été transmis par l'établissement, à l'exception de celui de [REDACTED] inscrite aux effectifs.	17	Rec18	Transmettre les diplômes de Mme [REDACTED].	Remarque levée
La remarque 18 est levée					
La remarque est levée via la transmission du diplôme.					

R19	Le tableau Excel transmis à la mission, et reprenant les ressources humaines, mentionne 11 personnels comme étant AES/AVS. Or, l'EPRD 2022 ne mentionne pas d'effectif cible en la matière.	19	Rec19	Indiquer à la mission tous les éléments relatifs aux emplois AES/AVS en cours, futurs ainsi que leur absence dans l'EPRD. Transmettre également tous les diplômes.	Maintien 1 mois
La remarque 19 est maintenue					
En matière d'AES/AVS, il n'est pas possible de faire le lien entre l'EPRD 2022 et les documents présentés. En effet, dans le tableau récapitulatif transmis, 16 personnels sont indiqués comme étant soit AVS/ASH en VAE (15 personnes), soit AVS/ASH en PRO A (une personne). Ce manque de distinction entre ces deux catégories ne permet pas de savoir où sont affectés les différents agents recensés.					
R20	Aucune fiche de poste n'a été transmise pour l'animatrice, la personne chargée l'entretien, l'ergothérapeute, l'IDEC, le cuisinier, le responsable hébergement, l'attachée de direction.	20	Rec20	Transmettre toutes les fiches de postes manquantes.	Remarque levée
La remarque 20 est levée.					
Des fiches de poste ont été communiquées : IDEC, secrétaire administrative, attaché de direction, cuisinier, ergothérapeute, psychologue, responsable hôtelier et responsable technique.					
R21	Le suivi de l'hydratation est qualitatif mais non quantitatif.	21	Rec21	Mettre en place un suivi quantitatif de l'hydratation.	Remarque levée
La remarque 21 est levée					
La quantité d'hydratation se réalise sur le DRI. La mission encourage néanmoins à l'alimentation de cet item.					
R22	L'accès aux protocoles et leur utilisation ne sont pas effectifs.	23	Rec22	Sensibiliser les soignants à l'usage des protocoles et rendre effective leur accès.	Maintien 4 mois
La remarque 22 est maintenue					
La Direction a apporté une précision quant à l'accès informatique des protocoles et fiches réflexes. Cependant, la mission n'est pas en mesure d'estimer la bonne appropriation de ces derniers. C'est pourquoi, il est encouragé à mettre en place des formations flash sur une fiche ou un thème, et ce de façon régulière.					
R23	Le code d'accès de la salle de soins n'a pas été modifié depuis l'ouverture de l'EHPAD.	24	Rec23	Modifier à périodicité régulière le code de la salle de soins.	Remarque levée
La remarque 23 est levée.					
La Direction indique la modification des codes d'accès de la salle de soins. La mission rappelle la nécessité d'instaurer une périodicité en la matière.					

R24	Les codes des deux coffres à stupéfiants n'ont jamais été modifiés	24	Rec24	Modifier les codes des coffres à stupéfiants et instaurer une périodicité régulière de changement des codes.	Remarque levée
La remarque 24 est levée					
La Direction indique la modification des codes des deux coffres à stupéfiants. La mission rappelle la nécessité d'instaurer une périodicité en la matière.					
R25	Il a été identifié un élément périmé depuis plusieurs mois au sein des dispositifs médicaux	24	Rec25	Etendre le suivi de péremption aux dispositifs médicaux.	Remarque levée
La remarque 25 est levée.					
Il a été noté l'ajout de la vérification des péremptions des dispositifs médicaux dans le processus général dédié.					
R26	Il n'y a pas de date d'ouverture sur les flacons de médicaments buvables.	24	Rec26	Formaliser une procédure concernant la conservation des traitements buvables.	Remarque levée
La remarque 26 est levée.					
La procédure « Prise En Charge Médicamenteuse en EHPAD » transmise, dont la date d'application est de mai 2023, comporte beaucoup d'informations et de modes opératoires.					
Dans la partie F « Préparation de l'administration » en page 11, il est mentionné, au sujet des médicaments multidoses, que la date d'ouverture doit être inscrite.					
R27	L'IDE ajuste les doses d'insuline en fonction de la glycémie du résident diabétique. Cependant, il n'existe pas de protocole, ou de prescription, précisant les objectifs glycémiques pour adapter la dose d'insuline en fonction du résultat de la glycémie.	25	Rec27	Formaliser une procédure pour sécuriser l'ajustement des doses d'insuline par l'IDE en regard d'un objectif glycémique.	Remarque levée
La remarque 27 est levée					
Les explications apportées via le mode opératoire des médecins traitants et le protocole insuline permettent la levée de ce point.					
La mission incite aussi à la mise à jour, sur la forme, du protocole insuline, celui-ci comportant des dates au format « 201X ».					
R28	Malgré une demande déjà à la pharmacie par le médecin coordonnateur, quelques résidents n'ont pas de piluliers pour leur traitement de nuit et les doses sont donc préparées par le personnel AS de nuit.	25	Rec28	Organiser la préparation des traitements de nuit par la pharmacie ou l'IDE.	Remarque levée
La remarque 28 est levée.					
En effet, il y a un changement dans l'organisation de la PDA de 28 à 7 jours.					

R29	L'IDE n'a pas à sa disposition une liste de médicaments pouvant être écrasés	25	Rec29	Mettre à la disposition des IDE un listing des médicaments pouvant être écrasés en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques des OMEDIT et sur le guide de l'ARS-ARA de juin 2023: " Le circuit du médicament en EHPAD" (page 23).	Remarque levée
La remarque 29 est levée.					
L'intégration des préconisations de l'OMEDIT dans la salle de soins et dans le logiciel NetSoins permettent un accès aux médicaments pouvant être écrasés.					
R30	La clé du chariot d'urgences est rangée dans la salle de soins mais son emplacement n'est pas connu de tout le personnel.	26	Rec30	Informier l'ensemble du personnel de l'EHPAD du lieu de stockage de la clé pour permettre à ce personnel de pouvoir acheminer le chariot en cas de nécessité.	Remarque levée
La remarque 30 est levée.					
Le personnel a été informé de l'emplacement sécurisé de la clé du chariot d'urgence, sachant qu'un nouveau chariot est en cours d'acquisition.					
R31	Au moment de la visite, l'aspirateur à mucosité n'est pas fonctionnel.	26	Rec31	S'assurer, à temporalité régulière, de la fonctionnalité de l'aspirateur à mucosités présent sur le chariot d'urgence.	Remarque levée
La remarque 31 est levée.					
Il y a un protocole sur l'entretien et la vérification du chariot d'urgence sur une fréquence mensuelle. La mission encourage à assurer une vigilance en la matière.					
R32	Lors de l'inspection, la check-list du chariot d'urgence indique que des traitements/matériels sont manquants lors de la dernière vérification du 03/10/2023 et rien n'indique si le chariot a été recomplété depuis.	26	Rec32	Formaliser une procédure pour le réassort du chariot d'urgences après utilisation ou vérification.	Remarque levée
La remarque 32 est levée.					
Il existe une fiche de recommandation de bonnes pratiques, entrant en vigueur le 29/09/2022, sur la complétude du chariot d'urgence. A l'instar de la remarque 31, la mission incite à assurer un suivi en la matière.					

R33	La check-list du chariot d'urgence semble ne pas être cohérente avec les recommandations du médecin coordonnateur, pouvant entraîner des difficultés pour une IDE intérimaire ou nouvelle IDE qui utiliserait le chariot.	26	Rec33	Mettre à jour la check-list du chariot d'urgence en suivant les recommandations du médecin coordonnateur.	Remarque levée
La remarque 33 est levée.					
La check-list du chariot d'urgence a été mise à jour le 18/06/2024 par le médecin coordonnateur.					
R34	Aucune commission des menus ne s'est tenue en 2023. L'établissement a cependant précisé qu'il souhaite sa remise en place.	27	Rec34	Poursuivre la démarche de remise en place de la commission des menus.	Remarque levée
La remarque 34 est levée					
Il a été transmis un compte rendu de la commission des menus en date du 23/02/2024. La mission encourage à poursuivre régulièrement la démarche entreprise.					
R35	L'ensemble des dossiers consultés contiennent un projet de vie. Cependant, en l'absence d'un psychologue, l'élaboration et la mise à jour des projets de vie sont en suspens.	27	Rec35	Bien que consciente des difficultés inhérentes au recrutement d'un/une psychologue, la mission attire l'attention sur les projets de vie en veille.	Maintien 1 an
La remarque 35 est maintenue.					
La mission remarque et salue la reprise d'un temps dédié aux projets personnalisés. La remarque est maintenue jusqu'à l'aboutissement d'un recrutement d'un temps de psychologue.					
R36	A la lecture des plans de formation 2022 et 2023, la thématique de gestion de crise n'apparaît pas.	32	Rec36	Indiquer à la mission comment le personnel est formé à la gestion de crise. Si rien n'est mis en place, veiller à faire apparaître cette thématique en 2024.	Maintien 1 an
La remarque 36 est maintenue.					
Il y a un quiproquo sur la notion de gestion de crise. Il s'agit d'appréhender la formation des personnels à toutes les typologies de crise pouvant toucher l'EHPAD, principalement sur le risque sanitaire/infectieux, et logistique... et potentiellement avec les risques de panne, les risques technologiques...					
Le délai du maintien est porté à une année.					
R37	La salle où se trouve le local plan bleu est très encombrée et désordonnée, rendant difficile l'accès aux armoires "stock épidémie" et "stock plan bleu".	32	Rec37	Réorganiser, ranger la salle du local plan bleu afin d'en optimiser et faciliter l'utilisation.	Remarque levée
La remarque 37 est levée.					
Au regard des photos transmises sur ce même thème, cet item n'a plus lieu d'être.					

R38	<p>Lors de la survenue d'épidémies d'IRA ou GEA, la surveillance semble être effective. Cependant, en l'absence du médecin coordonnateur, il a été impossible pour l'IDEC d'avoir accès aux feuilles de surveillance.</p>	33	Rec38	<p>Rendre accessible à l'IDEC et aux IDE les feuilles de surveillance IRA/GEA pour permettre la détection rapide d'un épisode de cas groupé et sa surveillance.</p>	Remarque levée
<p>La remarque 38 est levée.</p> <p>La mission prend note de l'indisponibilité du fichier idoine durant l'inspection et acte l'existence d'un fichier « Epidémies », mis à jour autant que nécessaire.</p>					
R39	<p>L'EHPAD n'est pas rattaché à une équipe opérationnelle d'hygiène, ni à une équipe mobile d'hygiène. L'IDEC est référente hygiène mais la formation qu'elle devait suivre a été annulée.</p>	33	Rec39	<p>Poursuivre le processus de formation de l'IDEC afin de lui apporter des bases solides pour son rôle de référente en hygiène</p>	Remarque levée
<p>La remarque 39 est levée.</p> <p>La mission tient compte du changement d'IDEC, et, dans l'attente d'une formation complémentaire en la matière, de l'expérience du médecin coordonnateur en hygiène hospitalière, de l'appui du CPIas et de la référente soins régionale.</p>					