

**Direction Générale**

Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Courriel :

**Département de la Moselle**

Direction de la Solidarité

Affaire suivie par :

Courriel :

Madame la Directrice  
EHPAD Angel Filippetti  
15 Rue du Maréchal Foch,  
57390 AUDUN-LE-TICHE

**Objet : Décision administrative suite à inspection**

**Réf. : Article L.313-14 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)**

Madame la Directrice,

Votre établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département de Moselle, le 7 septembre 2023.

Cette inspection s'est inscrite dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD de France en 2 ans, à mener par les ARS en lien avec les départements. Une Orientation Nationale d'Inspection Contrôle transmise en juillet 2022 en définit les modalités selon une méthodologie harmonisée. Elle prévoit un contrôle exhaustif et gradué de l'ensemble des établissements soit par un contrôle sur pièces, soit par une inspection sur place.

Les membres de l'équipe d'inspection avaient procédé à une visite des locaux et à des entretiens avec différents personnels, conformément aux missions de contrôles prévues à l'article L.313-13 du CASF.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 18 décembre 2023, ouvrant ainsi une période d'un mois pour vous laisser la possibilité d'apporter vos réponses, conformément aux dispositions de l'article L.122-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, prévue à l'article L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez apporté vos éléments de réponse en date du 14 mars 2024, suite à un délai supplémentaire accordé par la mission d'inspection et dont nous avons tenu compte.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

Les prescriptions suivantes sont maintenues : 2, 6, 7, 8 et 9. Les recommandations suivantes sont maintenues : 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 17, 21, 28, 29, 30 et 35.

Les prescriptions 1, 3, 4 et 5 sont levées. Les recommandations suivantes sont levées : 1, 4, 5, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 36 et 37.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

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

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

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Le Président  
du Département de la Moselle

Patrick WEITEN

**Copie :**

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

## Annexe 1

**Tableau récapitulatif des écarts, des remarques majeures et des prescriptions**

Numérotation	Ecart	Numérotation	Prescriptions	Références réglementaires	Délai
<b>E1</b>	Le règlement de fonctionnement est obsolète car datant du 27/08/2015 après une création initiale en octobre 2013. Cela est contraire à l'article R.311-33 du CASF, qui prévoit un cycle de révision ne pouvant être supérieur à 5 ans.	<b>P1</b>	Indiquer à la mission où en sont les démarches de mises à jour du règlement de fonctionnement et les mener à terme, afin d'être en adéquation avec la réglementation en vigueur.	Article R.311-33 du CASF	6 mois
Vous indiquez avoir remis à jour le règlement de fonctionnement en date du 1 <sup>er</sup> février 2024. Vous avez transmis le document à jour. <b>La prescription est levée.</b>					
<b>E2</b>	Le CVS n'est pas constitué.	<b>P2</b>	Constituer le CVS, conformément à la réglementation et organiser ses réunions selon le rythme fixé par l'article D.311-16 CASF. 1 an pour la mise en place de la tenue du CVS.	Article L311-6 du CASF.	1 an
Vous indiquez que le CVS est en cours de constitution. Vous avez transmis plusieurs courriers d'appel à candidature dans l'objectif de former le CVS et notamment à destination des familles, des résidents et des personnels. La mission prend note de l'engagement de cette démarche allant dans le bon sens. <b>La prescription est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre effective du CVS.</b>					
<b>E3</b>	Au moment de l'inspection, la commission de coordination gériatrique n'est pas en place, ce qui constitue un écart à l'article D. 312-158 du CASF.	<b>P3</b>	Poursuivre la démarche entamée par le médecin coordonnateur afin de mettre en place la commission de coordination gériatrique en 2024 conformément à l'article D. 312-158 du CASF. 1 an	D. 312-158 du CASF.	6 mois

Vous indiquez avoir mis en place la commission de coordination gériatrique (CCG). Vous avez notamment transmis le courrier d'invitation pour une séance de la commission prévue le 26 mars 2024. A la date de l'envoi des éléments relatifs au contradictoire, la commission ne s'était pas encore réunie. **La prescription est levée mais vous veillerez à transmettre à la mission le compte-rendu de la CCG du 26 mars 2024.**

<b>E4</b>	Les armoires à pharmacie et chariot de distribution de médicaments ne sont pas fermées à clés lors de la visite de la salle de soins	<b>P4</b>	Conformément à l'article R4312-39, sécuriser l'accès aux traitements médicamenteux en fermant à clés les armoires à pharmacie et chariots lorsqu'ils ne sont pas utilisés.	Article R4312-39 du CSP.	Immédiat
-----------	--	-----------	--	--------------------------	----------

Vous indiquez avoir réalisé des réparations sur le chariot de médicaments. Vous précisez aussi avoir réalisé des rappels sur la nécessité de sécuriser l'accès aux médicaments. En ce sens, vous avez produit une note de service à destination des personnels. **La prescription est levée.**

<b>E5</b>	Le coffre à stupéfiants contient plusieurs éléments qui n'ont pas leur place dans un coffre à stupéfiants : doubles de clés, bijoux qui attendent de retrouver leurs propriétaires, plusieurs médicaments qui ne sont pas des stupéfiants	<b>P5</b>	Organiser le stockage du coffre à stupéfiants de manière à ce qu'ils ne contiennent que des médicaments stupéfiants.	Article R5132-80 du CSP	Immédiat
-----------	---	-----------	--	-------------------------	----------

Vous indiquez avoir procédé au rangement du coffre à stupéfiants dans l'objectif de le réserver exclusivement à ces médicaments. **La prescription est levée.**

<b>E6</b>	Il n'y pas d'état récapitulatif des stupéfiants et le contenu du coffre n'est pas vérifié quotidiennement par les IDE. Par ailleurs, le coffre contient une quantité importante de médicaments stupéfiants appartenant à des résidents décédés et qui n'ont pas été rendus à la pharmacie	<b>P6</b>	Mettre en place un suivi quotidien du contenu 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.	Article R5132-80 du CSP.	Immédiat
-----------	---	-----------	--	--------------------------	----------

Vous avez formalisé un document, que vous avez transmis, permettant de suivre quotidiennement le contenu du coffre à stupéfiants. Le document transmis constitue un modèle type, non rempli, qui ne permet pas de se rendre compte de la mise en œuvre effective du suivi du contenu du coffre à stupéfiants. **La prescription est donc maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre effective.** La mission note par ailleurs que vous avez formalisé une procédure encadrant le retour des médicaments non utilisés à la pharmacie d'officine, suite au départ ou au décès d'un résident. La mission souligne cette démarche.

<b>E7</b>	La préparation actuelle des piluliers fait que les médicaments sont sortis de leur blister, rendant impossible la vérification du traitement par l'IDE au moment de la distribution et de l'administration des traitements. Il n'y a pas de vérification de la concordance entre la prescription et le traitement administré au résident (vu pendant la visite des locaux).	<b>P7</b>	Conformément à l'article R4312-38 du CSP, revoir l'organisation de la préparation et de la distribution des traitements afin de sécuriser la prise médicamenteuse, en s'appuyant sur les RBPP des OMEDIT et sur le guide de l'ARS-ARA de juin 2023 : " Le circuit du médicament en EHPAD".	Article R4312-38 du CSP.	Immédiat
-----------	---	-----------	--	--------------------------	----------

Vous indiquez avoir sécurisé la préparation des piluliers en précisant que les médicaments ne sont plus sortis de leurs blisters. Mais vous n'apportez pas d'éléments de preuve en particulier. **La prescription est maintenue.**

<b>E8</b>	Tous les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé.	<b>P8</b>	Prescription 8 : Poursuivre la rédaction des projets personnalisés dans l'objectif d'en faire un véritable outil de coordination visant à répondre aux besoins et aux attentes des personnes accueillies.	Article D312-155-0, 3° du CASF.	6 mois.
-----------	--	-----------	---	---------------------------------	---------

Vous indiquez poursuivre la rédaction des projets d'accompagnement personnalisé. Vous précisez que 18 PAP ont pu être rédigés depuis septembre 2023. La mission souligne la dynamique enclenchée. **La prescription est maintenue jusqu'à la finalisation de la rédaction de tous les PAP.**

RM1	<p>La mission a relevé des dangers potentiels relatifs aux locaux pouvant constituer un risque pour la santé et l'intégrité physique des résidents :</p> <p>Le sol dans la passerelle qui relie le bâtiment principal et l'UVP est délabré entraînant un risque important de chute.</p> <p>La rambarde disposée sur la terrasse de l'UVP n'est pas suffisamment haute pour empêcher une chute potentielle.</p> <p>L'EHPAD dispose de deux chambres au 3e étage qui sont en travaux. L'une d'elles a des infiltrations majeures empêchant la suite de la réfection.</p> <p>La mission a testé deux appels malades. Celui présent dans la chambre en travaux, au 3e étage, ne fonctionne pas.</p> <p>Le jour de la mission, une issue de secours, située au rez-de-chaussée, était bloquée par une voiture garée juste devant.</p>	P9	<p>Bien que limitée par l'état actuel des locaux, la direction doit mener un diagnostic exhaustif du bâtiment dans l'objectif d'identifier ces dangers potentiels. Dans la mesure du possible, elle devra établir et mettre en œuvre un plan d'actions pour répondre à ces dangers, afin de garantir la sécurité des résidents.</p>	/	6 mois.
-----	--	----	---	---	---------

Vous avez transmis plusieurs documents en lien avec des diagnostics techniques globaux réalisés par une société privée et relatifs au bâtiment dédié à l'EHPAD et au bâtiment dédié à l'unité de vie protégée. Ces éléments ont été établis en avril 2022, suite à une visite sur place réalisée le 31 mars 2022. Ces éléments sont donc antérieurs à la date de la mission d'inspection. Ils constituent par ailleurs une bonne base de travail pour identifier les travaux à réaliser. Cependant, vous n'apportez pas d'éléments sur la faisabilité des travaux identifiés ni de plan d'actions de relatifs à des aménagements susceptibles de sécuriser certaines zones accidentogènes. De plus, vous ne répondez sur le manque de réactivité du personnel au déclenchement de l'appel-malade. Par ailleurs, une note de service du 9 septembre 2023 rappelle au personnel l'interdiction de stationner devant une issue de secours. **La prescription est maintenue.**

**Tableau récapitulatif des remarques et des recommandations**

Numérotation	Remarques	Numérotation	Recommandations	Délai
<b>R1</b>	Les diplômes de la directrice n'ont pas été transmis à la mission.	<b>Rec1</b>	Transmettre les diplômes de la Directrice.	1 mois
Vous avez transmis le diplôme de la directrice. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R2</b>	La mission n'a pas été destinataire d'un document de délégation précisant les compétences et les missions du directeur	<b>Rec2</b>	Transmettre un document de délégation précisant les compétences et les missions du directeur. Bâtir le document en cas d'inexistence.	1 mois
Vous avez transmis le document encadrant le champ de compétence de la directrice. Cependant, le document transmis n'est pas nominatif, n'est pas daté et n'est signé. <b>La recommandation est maintenue.</b>				
<b>R3</b>	L'organigramme de l'EHPAD est uniquement fonctionnel, ce qui ne permet pas, pour un nouvel embauché par exemple d'identifier les personnels. De surcroît, le document n'est pas daté.	<b>Rec3</b>	Dater l'organigramme, mettre à jour éventuellement les fonctions et y adjoindre les noms.	3 mois
Vous avez mis à jour l'organigramme de l'établissement. Vous veillerez à dater le document pour en assurer le suivi. <b>La recommandation est maintenue.</b>				
<b>R4</b>	La mission n'a pas été destinataire d'un document décrivant l'organisation de la continuité de la fonction de direction	<b>Rec4</b>	Transmettre un document reprenant la continuité de la fonction de direction. Rédiger la procédure en cas d'inexistence.	1 mois
Vous avez transmis une note décrivant l'organisation de la présence de la direction, le relai en cas d'absence de la directrice ainsi que l'organisation des astreintes en semaine et le week-end. Vous veillerez à ce que cette note soit diffusée le plus largement possible auprès des personnels. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R5</b>	La mission n'a pas été destinataire d'un mode opératoire relatif aux astreintes de Direction.	<b>Rec5</b>	Transmettre le mode opératoire relatif aux astreintes de Direction. En cas d'inexistence bâtir le document.	1 mois
Vous avez transmis une note décrivant l'organisation des astreintes en semaine et le week-end. Vous veillerez à ce que cette note soit diffusée le plus largement possible auprès des personnels. <b>La recommandation est levée.</b>				

<b>R6</b>	Le CODIR ne comporte ni ordre du jour ni compte rendu.	<b>Rec6</b>	Renforcer l'organisation du CODIR par la mise en place d'un ordre du jour et la rédaction d'un compte rendu. Envoyer ce dernier aux membres absents de cette assemblée.	3 mois
<p>Vous indiquez que depuis janvier 2024, les CODIR comportent désormais un ordre du jour, remis aux personnes concernées même en cas d'absence. La mission souligne cette dynamique. Cependant, vous n'avez pas transmis d'exemple d'ordre du jour ou de compte-rendu de CODIR. <b>La recommandation est maintenue.</b></p>				
<b>R7</b>	La mission a pu remarquer que l'hygiène et l'entretien des locaux n'étaient pas totalement satisfaisants. En effet, outre la présence de chariots de linge sale dans les couloirs, il y a des sols sales ou tâchés (comme dans les locaux de bio nettoyage), des étagères maculées avec parfois la présence d'insectes morts ou de mouchoirs souillés. Enfin, la mission a pu relever une problématique d'humidité (défaut d'écoulement des eaux et infiltrations).	<b>Rec7</b>	Réaliser le nettoyage exhaustif des sols et de tout espace de rangement. Réaliser un diagnostic afin de déceler les problématiques liées à l'humidité et à ses conséquences dans la structure.	1 mois.
<p>Vous indiquez avoir procédé au nettoyage des locaux de rangement. Par ailleurs, vous renvoyez au diagnostic technique global réalisé pour votre établissement. A ce stade, <b>la recommandation est maintenue.</b></p>				



<b>R8</b>	Il y a beaucoup de locaux fonctionnels qui ne sont pas exploités ou dont la dénomination affichée ne correspond pas au contenu. Certains locaux contiennent des objets hétéroclites, en désordres. Certains disposent aussi de poubelles scellées inutilisables à proximité de matériel propre comme des protections. L'ensemble des locaux présentent une hygiène à revoir avec parfois une présence d'insectes morts. Enfin, aucune des salles utilisées ne dispose d'un inventaire de son contenu avec une gestion des périmés.	<b>Rec8</b>	Procéder à un inventaire exhaustif des locaux en présence dans la structure. Réfléchir à une optimisation de ceux-ci. Procéder à un nettoyage complet et retirer les poubelles. Les renommer et veiller à ce que la dénomination de la salle corresponde à son contenu. Enfin mettre en place une organisation d'un inventaire tracé, dont la vérification devra être cyclique, en y incluant la gestion des périmés.	6 mois
Vous indiquez avoir procédé à un rangement des locaux ainsi qu'à leur nettoyage. Par ailleurs, vous indiquez avoir réalisé un inventaire du matériel à disposition dans ces différents locaux. Vous avez aussi formalisé une procédure relative à la gestion des périmés. Cependant, vous n'avez pas transmis les pistes d'optimisation des lieux de stockage. <b>La recommandation est maintenue.</b>				
<b>R9</b>	La mission n'a pas été destinataire des diplômes des IDE.	<b>Rec9</b>	Transmettre les diplômes des personnels IDE.	1 mois
Vous avez transmis les diplômes des IDE, comme demandé. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R10</b>	La mission n'a pas été destinataire des diplômes des AS.	<b>Rec10</b>	Transmettre les diplômes des personnels AS.	1 mois
Vous avez transmis les diplômes des AS, comme demandé Après vérification et comparaison par rapport au planning du mois de septembre 2023, il manque 4 diplômes : Ghislaine F, Clémence W, Marie-Rose Z, Paola R. <b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la transmission de ces diplômes.</b>				
<b>R11</b>	Aucun personnel n'est à jour de sa formation AGFSU mais c'est une demande forte du médecin coordonnateur de reformer tous les personnels. Dans l'attente d'avoir des places de formation au CESU, il va organiser des formations internes pour la gestion des situations d'urgence (utilisation du BAVU, du DSA, ...)	<b>Rec11</b>	Mettre en place un plan de formation afin de mettre à jour la formation AFGSU des personnels (paramédicaux et non paramédicaux).	6 mois
Vous indiquez avoir pris contact avec l'hôpital Legouest pour l'organisation d'une formation relative à l'AFGSU. <b>La mission souligne cette démarche. La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre de la formation.</b>				

<b>R12</b>	Les nouveaux personnels ne disposent pas d'un livret d'accueil permettant de rassembler des informations et des repères concernant l'établissement lors de leur arrivée.	<b>Rec12</b>	Formaliser un livret d'accueil à destination des nouveaux arrivants.	3 mois
Vous avez transmis un livret d'accueil destiné aux nouveaux personnels. Vous veillerez à ce qu'il soit remis systématiquement à tout nouvel agent. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R13</b>	La mission a pu relever que des glissements de tâches étaient susceptibles de s'instaurer vers des agents qui ne sont pas compétents pour leur réalisation.	<b>Rec13</b>	Veiller à ce que les personnels réalisent des tâches en rapport avec leurs compétences et leurs qualifications.	6 mois
Vous indiquez réserver les missions relatives aux soins aux seules aides-soignantes et agents de soins. Vous indiquez aussi que les ASL ne sont plus autorisées à réaliser des toilettes au sein de l'unité de vie protégée. La mission souligne le rappel de ce cadre. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R14</b>	L'une des IDE est référente alimentation mais il n'existe pas de document pour formaliser ce rôle (idem pour le référent pansement et référent protection)	<b>Rec14</b>	Rédiger la fiche de missions des référents IDE comme le prévoit le projet d'établissement	3 mois
Vous avez transmis les fiches de mission pour les référents nutrition et pansement. Il manque cependant celle concernant le référent protection. <b>La recommandation est maintenue.</b>				
<b>R15</b>	Il n'existe pas de protocole "prévention de la dénutrition"	<b>Rec15</b>	Rédiger un protocole pour la prévention de la dénutrition	3 mois
Vous avez transmis un protocole relatif au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition, rédigé en date du 7 mars 2024. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R16</b>	Il n'existe pas de protocole de prévention des chutes.	<b>Rec16</b>	Rédiger un protocole de prévention des chutes.	3 mois
Vous avez transmis un protocole relatif à la prévention des chutes, rédigé en date du 8 mars 2024. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R17</b>	Le projet d'établissement prévoit la mise en place d'un référent "chutes et contentions"	<b>Rec17</b>	Nommer un référent "chutes et contentions" comme le prévoit le projet d'établissement	1 mois

Vous avez transmis une fiche de missions du référent chutes. La mission souligne cette démarche. <b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la nomination d'un agent pour remplir ces missions.</b>				
<b>R18</b>	Il n'existe pas de protocole de prévention des escarre	<b>Rec18</b>	Rédiger un protocole de prévention des escarres	3 mois
Vous avez transmis un protocole relatif à la prévention des escarres, rédigé en novembre 2023. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R19</b>	La thématique de l'hygiène buccodentaire est mentionnée dans le projet d'établissement au point 4.2 avec l'objectif de bâtir une convention avec un dentiste en ville afin qu'il vienne sur site.	<b>Rec19</b>	Indiquer à la mission l'état d'avancement de ce projet avec les difficultés éventuelles.	1 mois
Vous indiquez qu'à ce jour, aucun dentiste n'a souhaité collaborer avec votre établissement. Pour les soins dentaires, vous indiquez que les résidents sont transférés à l'hôpital Bel Air de Thionville. La mission souligne cette démarche. <b>La recommandation levée.</b>				
<b>R20</b>	Certains protocoles ne comportent pas l'identité du rédacteur et ne sont pas validés par la direction.	<b>Rec20</b>	Veiller à ce que l'ensemble des protocoles de soins puissent comporter identifications et paraphes du rédacteur et du valideur.	3 mois
La mission souligne que les protocoles transmis ont fait l'objet d'une validation et vous incite à poursuivre cette démarche. <b>La recommandation est levée</b>				
<b>R21</b>	Il n'y a pas de liste d'émargement permettant de s'assurer que l'ensemble du personnel soignant a connaissance de ces protocoles.	<b>Rec21</b>	A l'issue de la communication des protocoles aux soignants, établir une liste d'émargement.	6 mois
Vous indiquez avoir mis en place une liste d'émargement pour chaque protocole. Sans la mise en œuvre effective de ces listes, <b>la recommandation est maintenue.</b>				
<b>R22</b>	Le changement régulier du code d'accès à la salle de soins n'est pas prévu de manière formalisée (a été changé il y a 4 mois).	<b>Rec22</b>	Modifier à périodicité régulière le code de la salle de soins.	Immédiat
Vous indiquez avoir procédé au changement du code d'accès de la salle de soins. Par ailleurs, vous avez transmis une procédure relative au changement du code. <b>La recommandation est levée.</b>				

<b>R23</b>	<p>L'infirmier est propre mais manque de placards pour permettre un rangement organisé. Dans un placard, on trouve à la fois des Tag Covid, des bandes de contention, des flacons de sprays vides, des gobelets, ...).</p> <p>Le plateau supérieur du chariot de médicaments est encombré de "si besoin" et comprend plusieurs boîtes de médicaments en vrac.</p>	<b>Rec23</b>	<p>Dans l'attente de la validation du projet architectural, réorganiser le rangement des placards de la salle de soins et des chariots.</p>	3 mois
<p><b>Vous indiquez avoir rangé la salle de soins et réorganisé le chariot de distribution des médicaments. La recommandation est levée.</b></p>				
<b>R24</b>	<p>Une boîte de "sucrette" est présente dans le chariot et parfois utilisée comme placebo auprès d'une résidente.</p>	<b>Rec24</b>	<p>Solliciter le médecin traitant pour prescription de placebo pour les résidents qui le nécessitent.</p>	1 mois
<p><b>Vous indiquez avoir supprimé les sucrettes du chariot de médicaments. Vous précisez par ailleurs que les placebos relèvent de la compétence du médecin traitant. La recommandation est levée.</b></p>				
<b>R25</b>	<p>Le coffre à stupéfiant est sécurisé par un code mais celui-ci n'a jamais été changé</p>	<b>Rec25</b>	<p>Modifier à périodicité régulière le code du coffre à stupéfiants.</p>	1 mois
<p><b>Vous indiquez avoir commandé un nouveau coffre à stupéfiant, facture à l'appui. Vous veillerez à modifier à échéance régulière son code. La recommandation est levée.</b></p>				
<b>R26</b>	<p>Il n'y a pas de suivi organisé des péremptions.</p> <p>Les dates sont vérifiées au moment de la réception de la commande mais il n'existe pas de feuille de suivi.</p> <p>Plusieurs médicaments périmés sont retrouvés lors de la visite (glucagon retiré du stock le matin car était périmé depuis Juin, vaccin grippe périmé depuis plusieurs mois également).</p>	<b>Rec26</b>	<p>Formaliser un document permettant un suivi régulier et organisé des péremptions.</p>	1 mois
<p><b>Vous avez transmis une procédure de gestion des dates de péremption des médicaments. La recommandation est levée.</b></p>				

<b>R27</b>	Il n'y a pas de date d'ouverture sur les flacons de médicaments buvables, ni sur les tubes de traitement en application locale	<b>Rec27</b>	Formaliser une procédure concernant la conservation des traitements buvables et en application locale	1 mois
Vous avez transmis une procédure relative à la conservation des traitements. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R28</b>	Il n'y a pas de traçabilité de la température du réfrigérateur. Celui-ci qui est retrouvé à 11° au moment de la visite	<b>Rec28</b>	Mettre en place un suivi quotidien de la température du réfrigérateur de la salle de soins et formaliser un document permettant la traçabilité de ce suivi.	Immédiat
Vous avez transmis une fiche de traçabilité des températures du réfrigérateur. <b>La recommandation est maintenue dans l'attente de sa mise en œuvre.</b>				
<b>R29</b>	Les IDE sont très régulièrement interrompus dans leur tâche par les résidents de l'UVP qui sont attirés par ce qui se passe derrière la paroi vitrée, augmentant ainsi le risque d'erreur au moment de la préparation. A noter qu'un test de nouvelle organisation va être fait par les IDE : présence d'un IDE supplémentaire le mercredi dont la tâche unique sera de préparer les piluliers de la semaine.	<b>Rec29</b>	Revoir l'organisation et sécuriser la préparation des piluliers.	1 mois
Vous indiquez que le local de stockage des médicaments est sécurisé par une porte à code. Vous indiquez aussi qu'un film occultant a été installé sur les baies vitrées du local de préparation des piluliers. La mission prend note de ces aménagements. <b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la consolidation de la sécurisation de la préparation des piluliers.</b>				
<b>R30</b>	Il n'y a pas de traçabilité de l'administration des traitements de nuit.	<b>Rec30</b>	S'assurer de la traçabilité d'administration des traitements de nuit en s'appuyant sur les RBPP des OMEDIT et sur le guide de l'ARS-ARA de juin 2023: " Le circuit du médicament en EHPAD" (page 28)	1 mois

Vous indiquez que désormais, le personnel de nuit trace systématiquement l'administration des médicaments la nuit dans le logiciel TITAN. La mission souligne cette démarche. **La recommandation est maintenue dans l'attente de la consolidation de cette pratique.**

<b>R31</b>	L'IDE n'a pas à sa disposition de liste des médicaments pouvant être écrasés	<b>Rec31</b>	Mettre à la disposition des IDE un listing des médicaments pouvant être écrasés comme le prévoit le projet d'établissement et en s'appuyant sur les RBPP des OMEDIT et sur le guide de l'ARS-ARA de juin 2023 : " Le circuit du médicament en EHPAD" (page 23).	1 mois
------------	--	--------------	---	--------

Vous avez transmis la liste des médicaments et des modalités de préparation des médicaments. **La recommandation est levée.**

<b>R32</b>	Le sac d'urgence n'est pas scellé.	<b>Rec32</b>	Sécuriser le contenu du sac d'urgences	Immédiat
------------	------------------------------------	--------------	--	----------

Vous indiquez avoir scellé le sac d'urgence. Par ailleurs, vous avez transmis une facture attestant de l'achat de matériel pour permettre de sceller le sac. **La recommandation est levée.**

<b>R33</b>	Le contenu du sac d'urgence n'est pas vérifié régulièrement et il n'y a pas de suivi des péremptions	<b>Rec33</b>	Organiser la vérification mensuelle du contenu et des péremptions du sac d'urgences	Immédiat
------------	--	--------------	---	----------

Vous avez transmis une liste du contenu du sac d'urgence avec les différentes dates de péremption. **La recommandation est levée.**

<b>R34</b>	Au moment de la visite, il n'y a pas de bouteille d'O <sup>2</sup> et le concentrateur est déjà utilisé chez une résidente. Il n'y a donc aucune possibilité de mettre en urgence un résident sous O <sup>2</sup> si son état le nécessite.	<b>Rec34</b>	Formaliser un partenariat avec un fournisseur ou une pharmacie pour permettre à l'EHPAD d'être dotée d'une bouteille d'O <sup>2</sup> pour les situations d'urgences et encadrer son utilisation par l'élaboration d'un protocole.	3 mois
------------	---	--------------	--	--------

Vous avez transmis une facture pour l'achat d'une bouteille de gaz médical de type oxygène. **La recommandation est levée.**

<b>R35</b>	La qualité de l'alimentation n'est pas satisfaisante pour les résidents d'après les résidents eux-mêmes, leurs familles et certains personnels.	<b>Rec35</b>	Relancer les commissions des menus dans l'objectif de réaliser un point sur l'alimentation et d'améliorer sa qualité.	6 mois
Vous indiquez avoir organisé des réunions de la commission des menus le 16 octobre 2023, le 18 novembre 2023 et le 13 mars 2024. <b>La recommandation est maintenue dans l'attente de la transmission des comptes rendus de ces réunions.</b>				
<b>R36</b>	Il n'existe pas de partenariat avec une HAD ou une EMSP.	<b>Rec36</b>	Formaliser un partenariat avec l'HAD et/ou l'EMSP de secteur. En cas de refus de partenariat de la part du secteur sanitaire, le tracer.	6 mois
Vous avez transmis les conventions relatives à l'intervention d'une structure HAD et d'une EMSP. <b>La recommandation est levée.</b>				
<b>R37</b>	Le document a été demandé mais non fourni par la structure.	<b>Rec37</b>	Transmettre le plan bleu.	1 mois
Vous avez transmis le plan bleu, dans sa version de mai 2023. <b>La recommandation est levée.</b>				