

ARS Grand Est

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

Gregory BILLIET

Courriel :

[REDACTED]
[REDACTED]

Tél : [REDACTED]

Monsieur le Président du SIPACS

Monsieur le Directeur de l'EHPAD de Spincourt

EHPAD de Spincourt

16, rue Nouvelle

55230 SPINCOURT

Conseil Départemental de la Meuse

Affaire suivie par :

Cyril LORIN et Lucie BARBIER

Courriels :

[REDACTED]
[REDACTED]

Tel : [REDACTED]

Nos réf. : [REDACTED]

Nancy, le

- 7 DEC. 2022

Lettre Recommandée avec AR n° [REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des injonctions écarts et remarques (annexe 1)

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur,

En date du 28 février 2022, une inspection inopinée a été diligentée à l'EHPAD SPINCOURT (55), géré par le Syndicat Intercommunal des Personnes Agées du Canton de Spincourt (SIPACS).

Le 06 juillet 2022, le rapport d'inspection et les décisions envisagées vous ont été envoyés. L'ensemble vous a été présenté, en visioconférence, le 18 juillet 2022, en vous détaillant plus particulièrement le contenu des injonctions.

Afin de vérifier la mise en œuvre de ces dernières, une inspection inopinée s'est déroulée le 26 juillet 2022. La mise sous administration provisoire a été décidée en raison de leur réalisation partielle, couplée à la volonté de la mission d'inspection de soutenir la dynamique instaurée. Le processus a démarré le 05 septembre pour une durée de 6 mois, renouvelable une fois.

De façon concomitante, conformément à l'article L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, il vous a été demandé de nous présenter, dans le délai d'un mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées relatives aux écarts et remarques relevées par l'inspection.

En réponse à notre demande, vous avez transmis par courriel, en date du 21 juillet, un état d'avancement des corrections mises en place ou en cours de finalisation. Bien que le document ne corresponde pas en tant que tel au formalisme attendu, il est accepté en l'état.

Ainsi après avoir étudié vos observations, nous vous notifions la présente décision.

Globalement, la mission salue favorablement l'ensemble des démarches entreprises. Nous attirons cependant votre attention sur les injonctions, prescriptions et recommandations ci-dessous.

L'injonction n° 2 est maintenue jusqu'à consolidation. Votre message, du 30 septembre 2022, a bien été pris en compte sur le fait que les médecins de la MSP de SPINCOURT proposent leur contribution afin d'assurer les fonctions de médecin coordonnateur (MCO). Répondant partiellement aux attendus de l'article D312-156 CASF, ces contributions temporaires sont autorisées pour une durée de 6 mois, dans l'attente du recrutement d'un nouveau médecin intéressé par la reprise totale de la fonction de MCO. La mission tient néanmoins à souligner votre implication sur ce sujet majeur.

Nous attirons également votre attention à l'égard des prescriptions et recommandations suivantes, lesquelles doivent être mises en œuvre dans des délais rappelés en annexe.

- Les prescriptions n°2 et 3, axes de la loi 2002-2, relatives au projet d'établissement et au CVS.
- La recommandation n°3 dédiée à la structuration de la communication entre l'EHPAD et les familles.
- La recommandation n°6 et n°8 sur l'impulsion effective, et partagée auprès du personnel, d'une politique de gestion des événements indésirables.
- La recommandation n°15 relative à la sécurisation des interventions des intérimaires en réalisant un livret d'accueil et en partageant des procédures.
- La recommandation n°25 sur le recueil formalisé des habitudes des résidents.
- La recommandation n°26 sur une existence et mise à jour des DLU pour l'ensemble des résidents.
- La recommandation n°41 sur le recensement des protocoles à établir. La mission souligne favorablement votre avancée par l'écriture de certains protocoles comme celui dédié à la glycémie ou celui sur les soins sous-cutanés.
- La recommandation n°42 sur l'organisation de l'armoire à pharmacie en un lieu unique tout en ayant un suivi des stocks et péremptions.

S'agissant des prescriptions n°3, 4, et 5 et des recommandations n°6, 17, 19, 20, 24, 30, 34, 35, 40, 43, 44, 45, les actions de mise en œuvre sont en cours. C'est pourquoi, ces axes sont maintenus jusqu'à leur finalisation.

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

La présente décision peut être contestée par la voie d'un recours hiérarchique formé auprès du ministre chargé de la santé dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Un recours contentieux peut être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le même délai. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du tribunal administratif ou également par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la Délégation Territoriale de Meuse.

Agence Régionale de Santé Grand Est
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation
3, Boulevard Joffre
Cs 80071
54000 NANCY

Département de la Meuse
Pôle Développement Humain - Service Etablissement Sociaux et Médico Sociaux
BP 40 504
55012 BAR-LE-DUC Cedex

et sous forme dématérialisée aux adresses mël indiquées ci-dessus (contacts).

Par ailleurs, nous vous prions de noter que les injonctions et prescriptions maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

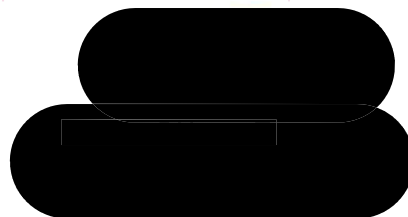
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Monsieur le Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

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



Virginie CAYRE

Le Président du Conseil départemental
de la Meuse



Copie : DT 55
DA
CD 55

ANNEXE 1

Tableau 1 des injonctions envisagées en lien avec les constats déclinés en écarts majeurs

Injonctions					
Ecart majeur (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
EM1	Les qualifications du Directeur n'ont pas été transmises ce qui ne permet pas de vérifier le respect de l'article 2 du décret n° 2007-221 du 19 février 2007, relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux	14	Inj 1	Transmettre immédiatement tous les éléments mentionnés à l'article 2 du décret n°2007-221 du 19 février 2007, concernant les qualifications du Directeur.	Réalisé
EM2	L'absence de médecin coordonnateur au sein de l'établissement induit une déstructuration de la prise en charge : - depuis l'entrée des résidents lors de l'admission, sans projets de soins ; - lors de la survenue de problèmes médicaux (<i>cf. infra</i>, par ex les dossiers médicaux désordonnés et incomplets, erreurs de retranscriptions des traitements non identifiés..) ; - avec une absence de réflexion et de coordination lors des réévaluations périodiques des situations individuelles.	22	Inj 2	Actionner tous les leviers disponibles pour recruter un médecin coordonnateur au sein de l'établissement, afin de répondre aux conditions de l'article D312-156 du CASF.	Maintien Immédiat
EM3	Les prestations délivrées par l'établissement ne sont pas réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées, ce qui constitue un écart à l'article L.312-1 II du CASF.	23	Inj 3	Organiser l'établissement et procéder aux recrutements nécessaires afin que les prestations délivrées par l'établissement le soient par des équipes pluridisciplinaires qualifiées conformément à l'article L.312-1 II du CASF.	Maintien Immédiat

EM4	L'administration des médicaments est réalisée par du personnel qui n'est pas qualifié pour cette tâche, ce qui est contraire au II de l'article L.311-1 du CASF.	26	Inj 4	Veiller à respecter les dispositions mentionnées au II de l'article L.312-1 du CASF qui précise : « Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° et au 17° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. »	Maintien Immédiat
EM5	Absence de politique générale et de formation des personnels sur la promotion de la bientraitance, lutte contre la maltraitance, ce qui est contraire à l'instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance	27	Inj 5	Au regard du Bulletin Officiel « Santé, Protection Sociale, Solidarité » n°4, du 15 mai 2007, appliquer l'instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, qui précise en son point « 2. Intégrer le concept de bientraitance dans l'organisation et la gestion des établissements » et « a) Le renforcement de la politique de ressources humaines dans les établissements. » « La lutte contre la maltraitance et la promotion de la qualité passent par une véritable politique de gestion des ressources humaines afin de mieux encadrer et accompagner les professionnels. La formation des directeurs et de l'encadrement doit être assurée par le biais de cursus que vous proposerez avec l'aide des organismes paritaires collecteurs agréés de votre département. En effet, le rôle du directeur est primordial pour gérer les situations de crise et organiser le repérage des risques et la mise en place d'actions correctives. »	Réalisé

EM6	Manquement au II de l'article L 312-1 du CASF sur les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement à apporter notamment en EHPAD.	29	Inj 6	Rétablir la distribution d'eau chaude et appliquer les dispositions du II de l'article L312-1 du CASF « Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret. » Dans le temps de la réparation, recourir, de façon temporaire, à des douches mobiles permettant une solution intermédiaire.	Réalisé
EM7	Il n'y a pas de projet d'accueil et d'accompagnement formalisé et adapté pour les personnes accueillies, ce qui est contraire à l'article D312-155-I-0- 3° du CASF qui stipule que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mettent en place un projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie.	32	Inj 7	Mettre en œuvre la réalisation d'un projet d'accueil et d'accompagnement pour chaque personne, et organiser le suivi de sa mise en œuvre, son évolution le cas échéant, conformément à l'article D312-155-I-0- 3° du CASF.	Réalisé
EM8	Il existe un défaut dans la gestion des informations relatives à la prise en charge des résidents ; ceci ne concoure pas à la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés, ni à la mise en œuvre d'un projet de soins et un projet de vie adapté et constitue un écart à l'article D.312-155-0-I-2° et 3° du CASF.	33	Inj 8	Organiser et formaliser des temps de transmission et de gestion relatives à la prise en charge des résidents afin de répondre aux conditions stipulées à l'article D.312-155-0-I-2° et 3° du CASF.	Réalisé

EM9	Tout traitement administré ne fait pas nécessairement l'objet d'une prescription individuelle, écrite, lisible et signée par un médecin, ce qui constitue un écart à l'article R.5132-3 du CSP.	42	Inj 9	Appliquer les dispositions de l'article R.5132-3 CSP qui énonce que « la prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance [...] ». Cette dernière doit indiquer lisiblement, comme cela est mentionné aux différents paragraphes de cet article : le nom et prénom, la qualité du prescripteur, la dénomination du médicament, la durée de traitement, le nom et prénom, le sexe, la date de naissance du malade...	Réalisé
EM10	La distribution des médicaments ne se fait pas toujours par une IDE ou par une AS en collaboration avec l'IDE et encadrée par celle-ci, ce qui constitue un écart à l'article R.4311-4 du CSP.	42	Inj 10	Organiser la distribution des médicaments par une IDE ou une AS en collaboration avec l'IDE dans le respect de l'article R.4311-4 du CSP.	Maintien Immédiat
EM11	Absence totale de coordination (administrative et soignante) et instabilité de l'équipe paramédicale, ce qui est contraire au contenu de l'article D312-155-0 du CASF.	46	Inj 11	Mettre en application les dispositions de l'article D312-155-0 du CASF	Maintien Immédiat

Tableau 2 des prescriptions envisagées en lien avec les constats déclinés en écarts

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E1	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ne comporte aucune mention quant à la date de réalisation, ni de modification. Or ce document doit être modifié selon une périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R311-33 du CASF.	13	Pre 1	Modifier le règlement de fonctionnement et appliquer dispositions prévues à l'article R311-33 du CASF.	Maintenu 6 mois
E2	Le CVS ne fonctionne pas pleinement ce qui constitue un écart à l'article D.311-3 du CASF. De plus, aucun compte rendu n'a été fourni, ce qui constitue un écart à l'article D311-20 du CASF, puisqu'un relevé de conclusions doit être établi à chaque séance.	15	Pre 2	Réactiver le CVS ou organiser un groupe d'expression ou toute autre forme de participation afin de répondre à l'article D311-3 du CASF. De même, appliquer les dispositions mentionnées à l'article D311-20 du CASF et réaliser des relevés de conclusions après chaque séance selon le formalisme indiqué.	Maintenu 3 mois
E3	Il n'existe pas de politique d'acculturation à la notion d'EIG, de déclaration, dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité, ce qui rend difficilement applicable l'obligation de déclaration d'un EIG et constitue donc un écart au décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales	19	Pre 3	Définir une politique de déclaration d'EIG, en passant par une acculturation du personnel aux notions d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques. Diffuser, auprès de l'ensemble des personnels de la structure la notion d'obligation de déclaration conformément au décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016.	Maintenu 6 mois
E4	Il n'y a pas de projet de soins élaboré pour chaque résident, ce qui est contraire à l'article D.312-155-0-I-3° du CASF.	36	Pre 4	Etablir un projet de soins pour chaque résident, conformément à l'article D.312-155-0-I-3° du CASF.	Maintenu 6 mois
E5	L'enregistrement de l'état récapitulatif d'administration de médicaments stupéfiants est incomplet, ce qui contrevient l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants.	43	Pre 5	Organiser le stockage, la gestion et l'enregistrement de l'état récapitulatif des médicaments stupéfiants, en faisant intervenir le pharmacien dispensant ceux-ci le cas échéant, afin de respecter la législation en vigueur, dont l'arrêté du 12 mars 2013.	Maintenu 1 mois

Tableau 3 des recommandations envisagées en lien avec les constats déclinés en remarques

Recommandations					
Remarques (R)		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R1	L'organigramme ne comporte pas de date de mise à jour, et se cantonne aux fonctions sans indiquer les noms.	13	Rec 1	Veiller à mentionner une date de mise à jour de l'organigramme en indiquant les noms pour chacune des fonctions.	Maintenu 1 mois
R2	La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée et n'est pas assurée.	14	Rec 2	Organiser la continuité de la fonction de direction ; les documents et les outils nécessaires à l'exercice de la fonction doivent être rendus accessibles.	Réalisé
R3	Les moyens de communication avec les familles ne sont pas mis en œuvre de façon efficace.	15	Rec 3	Mettre en œuvre des moyens de communication entre l'établissement et les familles. Ces moyens de communication devront être clairement portés à la connaissance du public.	Maintenu 3 mois
R4	L'affichage en UVP au-dessus de l'évier de la cuisine n'est pas adapté.	16	Rec 4	Adapter l'affichage des activités proposées dans l'établissement, notamment dans l'UVP.	Maintenu immédiate
R5	Bien que la notion promotion de la bientraitance soit soulignée dans le projet d'établissement, la déclinaison au sein de l'établissement est parcellaire et non organisée.	16	Rec 5	Formaliser une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, communiquer sur le sujet, et la rendre opérationnelle.	Réalisé 6 mois
R6	Le circuit des EI, le mode de déclaration, les modalités de retour au déclarant, l'analyse EI et EIG, l'aspect pluridisciplinaire de celle-ci ne sont pas mis en place ; Les modalités de traitement sont peu formelles et essentiellement de tradition orale, sans traçabilité et sans capitalisation sur le retour d'expérience.	18	Rec 6	Mettre en œuvre une démarche de traitement des EI, EIG, EIAS EPR, en lien avec un processus d'amélioration continue de la qualité, telle que décrite dans la procédure PROC/EVIND de 2019. Communiquer auprès du personnel, informer de l'intérêt d'une telle démarche.	Maintenu 6 mois
R7	S'il existe quelques procédures écrites, le personnel n'en a pas connaissance. Par ailleurs, les procédures qui existent, anciennes, ne sont pas mis à jour.	19	Rec 7	Mettre en place un classeur de procédures, le disposer dans un endroit accessible (par exemple salle de soins), en faire la promotion auprès du personnel, établir un calendrier de révision et de mis à jour.	Réalisé

R8	Il n'y a pas d'incitation à la déclaration s'appuyant sur une charte de non punition / incitation à la déclaration.	19	Rec 8	Mettre en œuvre une charte de non punition, afin d'améliorer l'efficacité de la politique de déclaration des EIG.	Maintenu 6 mois
R9	D'une façon générale, et spécifiquement, en page 7, au point 1.4, le document dédié au Plan Bleu précise que c'est : « le groupe de travail qui a assuré l'écriture du plan est chargé de sa maintenance » (<i>sic</i>). Cependant, le document n'est pas explicite sur la/les personne.s qui a/ont validé celui-ci. Le nom de M. [REDACTED] apparaît dans le tableau sans que son rôle dans la rédaction n'apparaisse.	20	Rec 9	Faire apparaître sur la couverture, à côté de la date de mise à jour et version, le nom des personnes qui ont modifié et ont validé le document dédié au Plan Bleu.	Maintenu 3 mois
R10	Dans le Plan Bleu, au point 1.5.3 « Référents », en page 7, au point 2.1 « Composition de la cellule de crise » en page 8, puis également au point 3, en page 18, des coordonnées téléphoniques sont mentionnées associées à des noms et fonctions. Or, dans tous les cas, hormis pour le secrétariat de Direction, il est inscrit le numéro du standard de l'EHPAD de SPINCOURT. Ce dernier est également utilisé pour le Dr [REDACTED], qui est médecin coordonnateur mais à l'EHPAD de BOULIGNY. De même, en page 8, il est écrit que « les coordonnées téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise figurent dans l'annexe 13. » Or, cette dernière est vide. Situation analogue en page 18 qui renvoie sur l'annexe 4.	20	Rec 10	Dans le Plan bleu, revoir en profondeur les personnes impliquées dans le dispositif, y mettre les noms correspondant et à jour, avec des numéros de téléphone distincts. Alimenter les annexes 12 à 14.	Maintenu 3 mois
R11	Dans le Plan Bleu, la fiche action – Directeur ou son représentant – en page 22 évoque la grippe mais pas la COVID-19. Même chose en page 37 pour l'intitulé de l'annexe 8 et l'annexe 8 en tant que telle.	20	Rec 11	Dans le Plan Bleu, adapter et faire évoluer la fiche action du Directeur ainsi que l'annexe 8 en fonction du contexte sanitaire, exemple avec la « COVID-19 ».	Maintenu 3 mois
R12	Les différents documents reprenant les effectifs ne concordent pas et manquent de lisibilité.	21	Rec 12	Reprendre l'ensemble des documents, les uniformiser, et reprendre les nomenclatures grade/fonction afin de gagner en lisibilité.	Maintenu 3 mois

R13	La fonction d'IDEC n'est pas assurée le jour de l'inspection, ce qui constitue habituellement un écart à l'article D.312-155.0 II du CASF. Pour autant la mission ne relève pas ceci comme un écart étant donné l'arrivée imminente d'une nouvelle IDEC.	22	Rec 13	L'intégration d'une nouvelle IDEC étant imminente, veiller à réorganiser les soins dès son arrivée afin de répondre aux exigences de l'article D.312-155.0 II du CASF.	Réalisé
R14	L'instabilité de l'effectif du personnel IDE constitue une fragilité importante dans l'organisation de la structure.	23	Rec 14	Stabiliser les équipes IDE au regard du recrutement en cours.	Maintenu 3 mois
R15	Le turnover du personnel est important et les personnels intérimaires nombreux. L'accueil de ces derniers n'est pas optimisé, en raison de l'absence de livret d'accueil et de procédure claire. Ceci constitue un facteur de risque supplémentaire quant à la prise en charge des résidents.	24	Rec 15	Sécuriser les interventions des intérimaires, notamment en éditant un livret d'accueil, ainsi que les principales procédures de fonctionnement de l'établissement.	Réalisé 6 mois
R16	Conformément au document « Personnels présents le 28/02/2022 – EHPAD DE SPINCOURT », il existe la fonction « d'agent polyvalent ». Or la fiche de poste n'existe pas.	26	Rec 16	Réaliser la fiche de poste de l'agent polyvalent	Maintenu 2 mois
R17	Absence, ou manque de suivi, en matière de formations déployées au sein des personnels.	27	Rec 17	Reprendre les thématiques inhérentes aux fonctions réalisées sein de la structure et bâtir un plan de formation dédié.	Maintenu 6 mois
R18	Absence de dispositif de soutien professionnel du personnel.	28	Rec 18	Veiller à bâtir un dispositif de soutien en interne ou en partenariat avec des acteurs locaux.	Maintenu 6 mois
R19	La nécessité d'utilisation des caméras dans cette zone n'est pas démontrée à la mission.	28	Rec 19	Évaluer la nécessité des caméras et en optimiser le fonctionnement éventuellement.	Maintenu 6 mois
R20	Des éléments présentent des dangers pour les résidents, comme les tableaux techniques ou l'arrivée d'eau dans la cuisine de l'UVP.	28	Rec 20	Veiller à sécuriser l'ensemble des éléments qui doivent l'être au sein de la structure. En ce qui concerne l'arrivée d'eau proéminente de l'UVP, il convient de la sécuriser également (coffrage non anguleux) et éviter une déambulation trop proche d'elle.	Maintenu 2 mois

R21	Absence d'identification du local DASRI	29	Rec 21	Apposer un logo idoine sur le local DASRI	Réalisé
R22	De nombreux tuyaux de douches sont posés au sol, juste au-dessus des bouches d'évacuation d'eau	30	Rec 22	Veiller à ne pas laisser les tuyaux au sol, générant un risque de chute pour les résidents.	Réalisé
R23	Des dispositifs d'appel ont été retirés de certaines chambres ou salles de bain au sein de l'UVP	30	Rec 23	Veiller à ce que les dispositifs d'appel soient disponibles lorsque les résidents sont présents dans leurs domiciles.	Réalisé
R24	Absence de procédure d'admission.	31	Rec 24	Bâtir une procédure d'admission à laquelle le médecin coordonnateur de SPINCOURT ou de BOULIGNY doit prendre part.	Maintenu 3 mois
R25	Les habitudes de la personne (goûts alimentaires, pratiques de toilettes, d'endormissement, activités de loisirs,) ne font pas l'objet d'un recueil formalisé.	32	Rec 25	Formaliser un recueil des habitudes de la personne, afin d'organiser la prise en charge en respectant ces dernières.	Maintenu 3 mois
R26	Les DLU, lorsqu'ils existent, ne sont pas à jour. Ils ne peuvent donc dans ce sens constituer un outil de coordination et de fluidité des parcours de santé complexes, ce qui est contraire aux bonnes pratiques préconisées par la HAS.	34	Rec 26	Etablir un DLU pour tous les résidents accueillis, organiser sa tenue afin qu'il soit à jour, et disponible dans des conditions de fonctionnement dégradé telles qu'une panne informatique.	Réalisé
R27	Certains rythmes ne seraient pas respectés avec des réveils imposés ou des mises en pyjama à 15h00.	34	Rec 27	Veiller à respecter au mieux les rythmes des résidents ainsi que les moments de la journée.	Réalisé
R28	Il existe un protocole dédié à la contention « PROC/Cont/01 », une V1, du 1 ^{er} septembre 2017.	34	Rec 28	Vérifier si cette recommandation est à actualiser et veiller à sa bonne diffusion et appropriation au sein du personnel concerné.	Réalisé
R29	En raison d'un glissement de tâches, une aide aux repas est réalisée par certains agents qui ne sont pas formés	35	Rec 29	Veiller à ce que l'aide aux repas soit réalisée par du personnel dédié et formé.	Réalisé
R30	La tenue des dossiers médicaux papier n'est pas satisfaisante. Elle ne permet pas d'assurer une continuité des soins de qualité. Leur accès n'est pas sécurisé.	37	Rec 30	Organiser le classement des dossiers médicaux papier, sécuriser leur accès, rappeler aux médecins traitants l'importance de tracer leur intervention dans le cadre d'une continuité des soins de qualité.	Maintenu 3 mois

R31	Le logiciel NETSOINS n'est pas complété de façon exhaustive, et des habitudes de recopiage altèrent la qualité de l'information et sa transmission	37	Rec 31	Mettre en œuvre une gestion et transmission de l'information qui soit complète, non dénaturée, et supprimant les habitudes de recopiage, source d'erreur.	Réalisé
R32	Il n'y a pas de protocole de soins utilisable dans la pratique quotidienne relatif à la prise en charge de la douleur.	37	Rec 32	Etablir un protocole de prise en charge de la douleur.	Réalisé
R33	L'établissement n'a pas mis en œuvre un volet important de son projet d'établissement concernant la question des soins palliatifs et des fins de vie.	38	Rec 33	Mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire, ou tout autre mode d'expression pluridisciplinaire, permettant de décliner la politique de la structure en ce qui concerne les soins palliatifs et les fins de vie, et ce au travers d'objectifs, d'action, d'indicateurs et de calendrier d'évaluation.	Réalisé
R34	Le protocole d'urgence est absent.	38	Rec 34	Le protocole d'urgence a été demandé par courriel en date du 16 mars 2022. Le transmettre à la mission.	Maintenu Immédiate
R35	Le protocole relatif à la prise en charge des pathologies particulières est absent.	38	Rec 35	Le protocole dédié à l'insuline a été demandé par courriel en date du 16 mars 2022. Le transmettre à la mission.	Maintenu Immédiate
R36	Le protocole dédié aux chutes n'est pas abouti.	39	Rec 36	Revoir le document et l'adapter pour en faire une procédure.	Maintenu 3 mois
R37	La surveillance du poids des résidents et le dépistage de la dénutrition ne sont pas effectives au sein de l'établissement.	39	Rec 37	Organiser la surveillance continue du poids des résidents, avec du matériel opérationnel, et le dépistage de la dénutrition, établir des conduites à tenir selon les situations identifiées lors de cette surveillance	Réalisé
R38	Au regard du contenu parcellaire des documents, de leur multiples localisations géographiques et non adaptées, de leur ancienneté et de l'absence de mise à jour, la mission considère qu'il n'existe pas de protocole de prévention et de gestion efficiente des épisodes infectieux.	40	Rec 38	Rédiger, diffuser et vérifier l'appropriation des protocoles relatifs à la prévention et la gestion des épisodes infectieux.	Réalisé

R39	La prévention de la iatrogénie n'est pas organisée.	40	Rec 39	Organiser avec le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice, ou le médecin traitant la prévention des risques iatrogéniques au sein de l'établissement. Bâtit également un document que le personnel soignant puisse s'approprier.	Maintenu 6 mois
R40	Le protocole relatif à la prévention et au dépistage des escarres est absent	41	Rec 40	Ce protocole a été demandé par courriel en date du 16 mars 2022. Le transmettre à la mission.	Maintenu Immédiate
R41	Au regard de l'absence de rigueur dans la rédaction des protocoles, dans leur mise à jour, de l'absence de connaissance de ceux-ci par une partie du personnel, et la confusion entre protocole et note de service, la mission considère qu'il n'y a pas de protocoles disponibles et accessibles.	41	Rec 41	Etablir une liste de protocoles à écrire, au regard des besoins des soignants entre autre, la mettre en œuvre avec l'aide du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordonnatrice ou des médecins traitants.	Maintenu 6 mois
R42	La gestion de l'armoire à pharmacie est inexistante, ce qui est source potentielle d'erreur médicamenteuse.	43	Rec 42	Organiser la gestion de l'armoire à pharmacie, dans un lieu unique, en classant les médicaments et en suivant leur péremption.	Réalisé
R43	Au regard de la gestion de la trousse de secours, de la liste des médicaments et de son suivi, la mission considère qu'il n'existe pas de liste préférentielle de médicament d'urgence.	43	Rec 43	Etablir, ou faire établir, une liste de médicaments d'urgence, assurer sa gestion ce qui inclus le suivi des dates de péremption, et s'assurer que le contenu de la trousse de secours correspond à la liste établie.	Maintenu 2 mois
R44	La maintenance des extracteurs à oxygène disponibles dans le bureau de l'IDEC n'est pas tracée.	43	Rec 44	Procéder à la maintenance des extracteurs à oxygène, tracer celle-ci, sensibiliser le personnel habilité à leur utilisation.	Maintenu 2 mois
R45	Il n'y a pas de protocole dédié à la gestion des DASRI	44	Rec 45	Réaliser un protocole relatif à la gestion des DASRI puis informer et former le personnel.	Maintenu 3 mois
R46	Il existe des consignes manuscrites au sein de la salle de gestion du linge	44	Rec 46	Formaliser toutes les procédures dédiées à la gestion du linge puis en informer le personnel en charge.	Maintenu 2 mois

R47	La mission a pu relever de nombreux endroits où sont stockées de multiples éléments (EPI, documents administratifs, matériel médical...)	45	Rec 47	Veiller à organiser et centraliser les stocks dans les salles dédiées.	Maintenu 2 mois
R48	Absence de formalisation dans les commandes des protections	45	Rec 48	Réaliser une procédure de gestion des commandes et prévoir une suppléance en cas d'absence de la personne dévolue à cette tâche.	Maintenu 2 mois
R49	Il manquerait du matériel pour le personnel soignant, comme des gans, des draps de glisse...	45	Rec 49	Assurer le recensement des besoins des personnels et étudier collégialement la pertinence et la faisabilité d'acquisition. D'une façon générale, il est nécessaire d'organiser et de formaliser la gestion des commandes/stocks des dispositifs médicaux.	Maintenu 3 mois
R50	La fiche de poste n'a jamais été revue depuis son entrée en application.	46	Rec 50	Il convient de revoir régulièrement le contenu de cette fiche de poste et de faire évoluer les versions et les dates afférentes. Cette démarche doit se réaliser une fois l'an ou au gré d'évolutions comme, par exemple, avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19.	Maintenu 2 mois
R51	Deux documents intitulés « personnels présents au 28/02/2022 » ont été transmis à la mission. La différence est la présence d'une colonne « motif d'absence » pour l'un d'entre eux. Spécifiquement sur la quotité de travail l'un indique, pour l'animatrice, « 17,5/35 tandis qu'un autre mentionne 22/35.	47	Rec 51	Veiller à mettre en adéquation les documents avec l'ensemble des quotités de travail avérées.	Maintenu 2 mois
R52	Des animations seraient réalisées par les AS et non pas par l'animatrice elle-même, alors que les AS ont, par ailleurs, une charge de travail importante.	47	Rec 52	Veiller à éviter un glissement de tâche et respecter la fiche de poste de l'animatrice. En effet, ce document précise bien que, dans les missions générales, il y a à « assurer l'animation des personnes âgées accueillies. » (Cf. « Fiche de poste adjoint territorial d'animation – Version 1 – dernière version du 1 ^{er} janvier 2020.)	Maintenu Immédiate