



Liberté
Égalité
Fraternité

Direction Générale

Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation



Département de la Meurthe-et-Moselle

Direction de l'Autonomie

Madame la Directrice
EHPAD « La maison des cerisiers »
14 allée de la Fraternité
54590 HUSSIGNY GODBRANGE

Objet : Décision administrative suite à inspection

Réf. ; Article L313-14 du Code de l'action sociale et des familles.

Madame la Directrice,

Votre établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département de la Meurthe-et-Moselle, le 13 février 2024.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 29 mai 2024, 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 L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez apporté vos éléments de réponse par courrier en date du 28 juin 2024 réceptionné par courriel le 1^{er} juillet 2024.

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

Les prescriptions suivantes sont maintenues : 1, 3, 5 et 6.

Les recommandations suivantes sont maintenues : 2, 12, 15, 17, 21, 22, 24, 26, 30 et 31.

Les prescriptions 2, 4 et 7 sont levées.

Les recommandations suivantes sont levées : 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 28 et 29.

D'ores et déjà, nous tenons à saluer le nombre d'actions entreprises dans les suites de l'inspection. Nous vous encourageons vivement à poursuivre sur cette dynamique.

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 Télerecours citoyens accessible à partir du site 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 Meurthe-et-Moselle de

l'ARS ainsi qu'au Département de la Meurthe-et-Moselle **et** sous forme dématérialisée aux adresses mails indiquées ci-dessus (contacts).

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

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

Docteur Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Signé électroniquement
Pour la Directrice Générale et par délégation,
Directeur Général Adjoint Métiers - Frédéric REMAY,
Frédéric REMAY
Nancy le 29/07/2024



Pour la Présidente du Conseil Départemental
de Meurthe-et-Moselle, et par délégation,



Catherine BOURSIER

Catherine BOURSIER
2024.07.23 12:39:12 +0200
Ref:6912173-10368521-1-D
Signature numérique
Vice-Présidente, déléguée à
l'Autonomie

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

Département de la Meurthe-et-Moselle : Marie DIA-ENEL

Annexe 1

Tableau récapitulatif des écarts et des prescriptions

Prescriptions						
Ecarts		Référence	Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E1	Le projet d'établissement transmis n'est pas à jour car il couvre la période de 2019 à 2023, ce qui constitue un écart à l'article L.311-8 du CASF.	Article L.311-8 du CASF	9	P1	Finaliser le projet d'établissement en cours et le faire valider par les instances.	Ecart maintenu 6 mois
La mission salue la poursuite des travaux et la mobilisation des équipes en ce qui concerne le projet. La rédaction se poursuit pour une échéance prévisionnelle au mois de septembre. L'écart 1 est maintenu dans l'attente de la transmission dudit document.						
E2	Les délégations de compétence de mission et de signature du directeur n'ont pas été remises à la mission contrevenant à l'article D 312-176-5 du CASF.	Article D.312-176-5 du CASF	10	P2	Transmettre les délégations de mission et de signature. En l'absence de ces dernières, les rédiger	Ecart levé
La délégation de pouvoirs du directeur est transmise. Elle est signée en date du 11 mars 2024 et précise en annexe la liste des tâches accomplies par le Directeur et les termes de la délégation. L'écart 2 est levé.						
E3	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas la version définitive : il n'est pas daté, pas signé. Il s'agit d'un document Word, avec des zones préremplies, non alimentées. Par conséquent, la mission considère qu'il n'y a pas de règlement de fonctionnement effectif, ce qui est contraire à l'article L.311-7 du CASF.	Article L.311-7 du CASF	10	P3	Transmettre le projet définitif, complet, daté et signé s'il existe. En cas contraire, finaliser le document afin de se conformer à l'article L.311-7 du CASF.	Ecart maintenu 6 mois
La mission note les compléments apportés au règlement de fonctionnement transmis. Cependant, le document n'inclut pas de l'évolution du socle des prestations minimales obligatoires sur le blanchissage et le marquage du linge du résident ainsi que sur l'accès à internet dans les chambres. De même, la mission rappelle que la consultation du Conseil de la Vie Sociale est à prévoir conformément à l'article L.311-7 du CASF. L'écart 3 est maintenu dans l'attentes des modifications et de la transmission du document finalisé.						

E4	Le CVS est en place mais il ne s'est pas réuni trois fois selon les attendus réglementaires en 2023, ce qui est contraire aux prérogatives de l'article D.311-16 CASF.	Article D.311-16 CASF	11	P4	Bien qu'il faille noter l'absence des trois CVS annuels réglementairement obligatoires, il faut poursuivre la dynamique telle qu'engagée.	Ecart levé
Trois réunions du CVS sont prévues pour l'année 2024 dont deux déjà organisées, le 15 février et le 7 mai. Une troisième réunion est prévue le 9 juillet 2024. L'écart 4 est levé. Vous veillerez à transmettre les comptes rendus des CVS réalisés.						
E5	La commission de coordination gériatrique ne s'est pas réunie en 2023, ce qui est contraire au 3° de l'article D312-158 du CASF.	3° de l'article D312-158 du CASF.	11	P5	Appliquer le contenu de l'article D312-158 du CASF et mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique en 2024.	Ecart maintenu 1 an
La mission salue l'organisation d'une commission de coordination gériatrique en septembre 2024. L'écart 5 est maintenu dans l'attente de la transmission du compte rendu.						
E6	Le médecin coordonnateur ne dispose pas des attendus requis en matière de formation pour ce rôle en EHPAD, ce qui est contraire à l'article D.312-157 du CASF.	Article D.312-157 du CASF	17	P6	Conformément au 3° de l'article D312-159-1 du CASF, veiller à inscrire le médecin coordonnateur dans un dispositif de formation afin d'obtenir une qualification dédiée, et ce dans un délai de trois ans comme le précise le point 7 de la circulaire DGCS/SD3A n° 2012-404 du 7 décembre 2012. En cas d'impossibilité, au regard de son implication actuelle, et afin de maintenir le rôle de médecin coordonnateur, appliquer ces dispositions lors du prochain recrutement médical.	Ecart maintenu 3 ans ou lors du prochain recrutement
La mission prend note que la qualification du médecin sera traitée lors du prochain recrutement. L'écart 6 est par conséquent maintenu.						

E7	Un test covid périmé et des clés sont retrouvés dans le coffre à stupéfiants, ce qui est contraire à l'article R. 5132-80 du CSP.	Article R. 5132-80 du CSP	25	P7	Appliquer les dispositions de l'article R. 5132-80 du CSP et faire en sorte que le coffre à stupéfiants ne comprenne que cela.	Ecart levé
Vous informez la mission que la vérification de péremption des tests a été contrôlée et que le contenu du coffre est conforme à la réglementation. L'écart 7 est levé.						

Tableau récapitulatif des remarques et des recommandations

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R1	Un organigramme a été transmis la mission. En sa version 3, il est référencé "Q-ORG-Organigramme-DOC", il est complet et reprend les noms et fonctions de chaque personne. Cependant, il comporte une date de mise à jour au 23/06/2015.	10	Rec1	Veiller à indiquer la date de mise à jour effective de l'organigramme.	Remarque levée
L'organigramme de l'EHPAD est transmis. Il est mis à jour en date du 09/06/2024. La nouvelle direction d'établissement est intégrée notamment. La mission attire l'attention sur le titre du document, à personnaliser car il manque l'identification de l'EHPAD. La remarque 1 est levée.					
R2	Les documents formalisant l'organisation de l'astreintes de direction n'ont pas été transmis à la mission d'inspection.	10	Rec2	Transmettre les documents formalisant l'astreinte de direction : les plannings du 1er trimestre 2023 et le ou les document(s) mis à disposition du personnel.	Remarque maintenue 1 mois
Une organisation des astreintes au sein du groupe est en attente de consultation auprès des instances des représentants du personnel. Dans l'attente, la mission note l'implication du directeur le cas échéant, si nécessaire. La remarque 2 est maintenue dans l'attende de la finalisation de la procédure de consultation.					
R3	Le point 9 "date du prochain CVS", du CVS du 03/10/2023, indique une prochaine instance le 22/11/2023. Or, sauf erreur, la mission n'a pas été destinataire du compte rendu de ce dernier.	11	Rec3	Transmettre le compte rendu du CVS du 22/11/2023.	Remarque levée
Le compte du Conseil de la Vie Sociale du 22 novembre 2023 est transmis. La remarque 3 est levée.					
R4	La mission a constaté que des placards sont désordonnés dans le lieu de vie polyvalent, dans le meuble sous évier de la salle de soins de l'UVP et sur le plan de travail de la salle d'animation de l'UVP.	13	Rec4	Veiller à recenser et ordonner le contenu des placards en fonction de l'objet du lieu dédié.	Remarque levée
L'établissement informe de la réorganisation en cours des placards. La remarque est levée.					
R5	La salle d'animation de l'UVP est utilisée comme une annexe de la salle de soins pour permettre l'enregistrement des soins des résidents dans l'équipement informatique en place en raison de l'espace exigu de la salle de soins.	13	Rec5	Mener une réflexion afin que la salle de soins et l'animation puisse avoir un espace respectif suffisant.	Remarque levée
L'établissement indique que des réunions pluridisciplinaires sont prévues depuis l'arrivée récente de l'animatrice afin de traiter ce sujet. La remarque est levée. Cependant, vous veillerez à faire un point d'avancement lors du suivi des mesures maintenues.					

R6	La mission a constaté que les relevés de températures du réfrigérateur de l'UVP ne sont pas réalisés alors qu'il est prévu dans la fiche de poste IDE dans les consignes complémentaires "relevés des températures frigo".	13	Rec6	Pour garantir la sécurité des résidents, réaliser et procéder à un relevé quotidien des températures.	Remarque levée
La mission acte la transmission du relevé des températures du réfrigérateur de l'UVP, pour la période du 01 au 30/04/2024. Le document comporte un émargement journalier. La remarque est levée et la mission encourage à la poursuite de la démarche.					
R7	Les portes de meubles dans le salon de coiffure et dans le lieu de vie polyvalent ne sont pas systématiquement fermées à clefs ou la serrure est fermée hors gâche rendant les contenus accessibles aux résidents.	14	Rec7	Afin d'assurer la sécurité des résidents, procéder à la fermeture systématique des placards dans les lieux de vie des résidents.	Remarque levée
Vous indiquez la rangement des clés du placard du salon de coiffure dans une armoire à clef à l'accueil administratif. La remarque est levée.					
R8	Des portes de locaux de professionnels sont bloquées et/ou non fermées notamment les locaux de linge ou de ménage rendant leur contenu accessible aux résidents notamment les trappes à linge. Une porte coup feu est bloquée au rez-de-chaussée à l'entrée des bureaux du personnel contrevenant aux préconisations relatives à la sécurité incendie.	14	Rec8	Afin d'assurer la sécurité des résidents, procéder à la fermeture systématique des portes des locaux des professionnels et veiller à ne pas entraver les portes coupe-feu.	Remarque levée
La mission prend note des informations transmises par la Direction : afin de rappeler les bonnes pratiques de fermeture des locaux, des notes ont été faites à destination du personnel via le logiciel de soins. La remarque est levée.					
R9	Les appels malades dans les WC collectifs et individuels (chambre n°3 et n°230) sont généralement inaccessibles aux résidents, alors qu'il est prévu dans les informations importantes, de l'ensemble des fiches de poste "Soins" : "le contrôle des appels-malades tous les lundis matin. Si un appel-malade est défectueux, vous devez le noter sur le cahier de l'agent de maintenance." En effet, la mission d'inspection a observé que le fil des appels malades est bloqué autour de la barre d'appui ou inexistant. Cependant, il semblerait que des équipements types bracelets seraient mis en place auprès des résidents. Leur déploiement auprès de l'ensemble des résidents n'est pas confirmé.	14	Rec9	Recenser l'ensemble des appels malades, veiller à leur bon fonctionnement. Respecter l'application des fiches de poste "Soins" en s'assurant d'une vérification hebdomadaire. Indiquer à la mission le nombre des résidents équipés de bracelets au sein de l'établissement.	Remarque levée
Vous avez indiqué que les bracelets sont disponibles pour tous les résidents. Leur contrôle est effectué par l'agent de maintenance. Les tirettes des appels malades des WC collectifs ont été vérifiés pour être opérationnels. Des rappels ont également été faits auprès des équipes soignants pour leur contrôle. La mission salue cette démarche globale et vous invite à réaliser des contrôles réguliers en la matière. La remarque est levée.					

R10	L'escalier de secours côté jardin intérieur est insécurisant en raison de la présence de mousse verte sur toute la structure avec un risque de glisse apparent.	14	Rec10	Nettoyer et entretenir l'escalier de secours côté jardin intérieur pour assurer son usage en sécurité si besoin.	Remarque levée
Le nettoyage et l'entretien sont planifiés cet été et ils seront réalisés par l'agent de maintenance. La remarque est levée. Vous veillerez à faire un point d'avancement lors du suivi des mesures maintenues.					
R11	La traçabilité de l'entretien de la salle de balnéothérapie et des DASRI n'est pas renseignée.	15	Rec11	Veiller à tracer l'entretien des locaux des DASRI et de la salle de balnéothérapie régulièrement.	Remarque levée
Une nouvelle fiche d'intervention est mise en place pour l'entretien des locaux des DASRI. La remarque est levée.					
R12	Le local hygiène de l'UVP entrepose du matériel de fauteuil roulant, un matelas à escarres, des ventilateurs ou des sacs poubelles en hauteur sans lien avec la nature du local. Une bannette où se trouve du Ketoderm est stocké alors que c'est un médicament personnel sous ordonnance. Une montre et des lunettes y sont regroupés également sans traçabilité.	15	Rec12	Inventorier et ordonner le matériel dans des locaux dédiés et en cohérence avec leur usage. Les médicaments sous prescription médicale doivent intégrer le circuit dédié.	Remarque maintenue 2 mois
Une procédure concernant l'organisation du local d'hygiène de l'UVP est en cours d'élaboration. Un classeur sera prévu pour la copie des ordonnances. La remarque est maintenue jusqu'à la transmission de la procédure.					
R13	Dans le local "matériels divers", au -1, se trouvent un peu moins d'une trentaine de brumisateurs périmés avec des dates maximales à aout 2022 et janvier 2023.	15	Rec13	Se séparer des brumisateurs périmés et en acquérir de nouveaux.	Remarque levée
Vous informez que des nouveaux brumisateurs ont été réceptionnés notamment dans le cadre du plan bleu. La remarque est levée.					
R14	La signalétique du local dédié au plan bleu au 2è étage est provisoire : un affichage avec du papier scotché à la porte.	15	Rec14	Compte tenu du caractère réglementaire du Plan Bleu, veiller à mettre en place un affichage permanent pour le local Plan Bleu.	Remarque levée
La mission note le changement de signalétique du local dédié au plan bleu. La remarque est levée.					
R15	Dans le local plan bleu, il n'y a pas de document récapitulatif du matériel en présence, ni de suivi des péremptions.	15	Rec15	Dans le local plan bleu, instaurer un document recensant le matériel et établir une gestion des péremptions.	Remarque maintenue 4 mois
Vous mentionnez l'installation d'un récapitulatif, au format A3, dans le local plan bleu. La mission valide cette démarche mais remarque maintenue jusqu'à la transmission du document.					

R16	Le meuble sous évier du local soins des AS de l'UVP est désorganisé. Sur la table du local, des effets personnels sont mélangés à du matériel médical.	15	Rec16	A l'UVP, veiller à ordonner le contenu du matériel en fonction de sa destination dans un local dédié.	Remarque levée
Vous portez à connaissance du rangement du meuble sous évier dans le local soins des AS. La remarque est levée.					
R17	Il est fait le constat de l'absence de procédure de gestion des stocks. A titre d'exemple : des produits périmés ont été repérés avec deux bières sous l'évier de la salle de soins de l'UVP ou un pot de complément alimentaire dans le placard de la salle de vie polyvalente. Aucune véritable organisation du stockage ne semble être mise en œuvre, au sein de l'UVP et également dans le reste du bâtiment : les produits sont rangés pêle-mêle, il y a des difficultés à dire quels produits est dédié tel local de rangement ou telle étagère dans le local, etc..	16	Rec17	En lien avec la remarque 12, mettre en place une procédure de gestion des stocks, ordonner le stockage et le rangement, dans l'ensemble de la structure.	Remarque maintenue 6 mois
La mission note au rangement et à la réalisation en cours d'une procédure d'élaboration de gestion des stocks. La mission encourage la poursuite des actions dans ce domaine. La remarque est maintenue jusqu'à ladite transmission de la procédure.					
R18	D'une part, la société d'intérim "██████████" a refusé de transmettre les diplômes pour les intérimaires IDE mandatés par elle. D'autre part, la mission n'a pas été destinataire des autres diplômes.	17	Rec18	La mission prend acte du refus ██████████. Pour les autres diplômes intérimaires IDE, les transmettre à la mission.	Remarque levée
Un diplôme IDE est transmis. La mission remercie la direction des actions réalisées et du contact Randstad transmis. La remarque est levée dans la mesure où la transmission des diplômes des personnels intérimaires dépend d'une entreprise prestataire.					
R19	La mission a pris connaissance de quatre diplômes d'AS. Comme évoqué supra, d'une part, la société d'intérim "██████████" a refusé de transmettre lesdits diplômes pour les intérimaires mandatés par elle. D'autre part, la mission n'a pas été destinataire des autres diplômes.	18	Rec19	La mission prend acte du refus ██████████. Pour les autres diplômes d'AS, les transmettre à la mission.	Remarque levée
Neuf diplômes AS ont été transmis. Un personnel auxiliaire de vie est inscrit dans un processus de formation AS. A l'instar de la remarque 18, la mission remercie la direction des actions réalisées et du contact ██████████ transmis. La remarque est levée dans la mesure où la transmission des diplômes des personnels intérimaires dépend d'une entreprise prestataire.					

R20	La mission n'a pas été en mesure de déterminer si la structure dispose de personnels AES par l'absence de réception de diplômes dédiés et par la présence d'informations divergentes.	18	Rec20	Uniformiser les documents de l'EHPAD où apparaissent les emplois des personnels AES et transmettre les attestations et diplômes manquants.	Remarque levée
Vous avez transmis un diplôme de BAC ES. La demande concerne le personnel Accompagnant Educatif et Social. En l'absence de transmission d'autres diplômes, aucun personnel dans l'établissement est AES. La remarque est levée.					
R21	La fiche de poste "agent hôtelier" ne comporte pas de date de mise à jour.	19	Rec21	Intégrer une date de mise à jour à la fiche de poste "agent hôtelier".	Remarque maintenue 1 mois
Vous précisez que la fiche de poste « agent hôtelier » est mise à jour. La remarque est maintenue jusqu'à la transmission du document.					
R22	Les fiches suivantes mentionnent un DECT ne correspondant pas à l'intitulé de ladite fiche : <ul style="list-style-type: none"> • PERSONNEL IDE - 8h-17h poste 206. Or, le DECT indiqué est le 207 ; • PERSONNEL ASSISTANCE DE VIE - 7h-19h - poste 215. Or, le DECT indiqué est le 214 ; • PERSONNEL ASSISTANCE DE VIE - 20h15-06h15 - poste 221. Or, le DECT indiqué est le 222. 	19	Rec22	Indiquer à la mission s'il s'agit d'une coquille - et la corriger - ou si les DECT mentionnés sont communs à deux fiches.	Remarque maintenue 1 mois
La mission acte la correction des DECT pour des fiches de poste. La remarque est maintenue jusqu'à la transmission des fiches concernées.					
R23	Dix fiches de postes sont estampillées "personnel assistance de vie". L'une d'elles, la fiche "8h - 20h poste 214", est la seule à inclure la distribution médicaments comme tâche à réaliser (à 11h et à 16h30).	19	Rec23	<p>La mission souhaite un éclairage sur la dénomination des fiches de poste "personnel assistance de vie".</p> <p>Si les missions sont celles d'un/une aide-soignante, alors pourquoi cette appellation n'est-elle pas reprise ?</p> <p>Les personnels concernés sont-ils diplômés ? Si oui de quelles filières ?</p> <p>Enfin, qu'est-ce qui explique la particularité de distribution des médicaments de la fiche "8h - 20h poste 214" ?</p>	Remarque levée
Au cours de réunions de transmissions un rappel a été réalisé précisant que la dispensation des médicaments soit donnée exclusivement par du personnel diplômé. La mission salue la démarche et incite vivement à des messages réguliers dédiés. La remarque est levée.					

R24	<p>La mission d'inspection constate le jour de l'inspection que deux stagiaires (BAC PRO ASSP) donnent une aide alimentaire à des résidents lors du temps de repas du midi sous la surveillance d'une aide-soignante, apparemment debout près des tables.</p> <p>L'AS se déplace cependant de temps à autre pour faire le service à table (aller chercher les assiettes préparées au fur et à mesure sur place par les deux cuisiniers présents en salle à manger). Sa surveillance auprès des aides alimentaires s'en trouve donc interrompue quelques instants.</p> <p>Par ailleurs, constat est fait que ce mode d'organisation du service de table (à l'assiette) n'est pas optimal :</p> <ul style="list-style-type: none"> les personnels vont et viennent en tous sens, sans qu'un sens de service ne semble avoir été établi au préalable, ou, s'il y en a un, respecté : de ce fait, il arrive que tous les résidents d'une même table ne soient pas servis en même temps. <p>en application d'un choix d'organisation voulu par l'ensemble des personnels, le service de table incombe seulement aux aides-soignantes. Les agents hôteliers ne font pas de service de table.</p>	20	Rec24	<p>Faire assurer préférentiellement les aides alimentaires par des aides-soignantes et rendre ainsi très exceptionnel le fait de confier une aide alimentaire à une stagiaire Bac pro ASSP. Si une stagiaire assure une aide alimentaire, s'organiser en sorte qu'elle reste sous la surveillance constante d'une aide-soignante</p> <p>Mettre en place une organisation du service de table claire et fluide, permettant notamment que tous les convives d'une même table soient servis ensemble.</p>	Remarque maintenue 1 mois
<p>Un rappel a été fait auprès du personnel sur la distribution des repas. Un fiche « sens de service » est à l'affichage et les mixés sont servis prioritairement. Les résidents de chaque table sont servis en même temps. La remarque est levée. Vous veillerez néanmoins à transmettre la fiche lors du suivi des mesures.</p>					
R25	<p>Les petits déjeuners sont apportés en chambre à 8h30 pour les premiers résidents servis et vers 9h30, pour les derniers résidents servis.</p> <p>Or, le repas du soir est servi à 18h, ce qui entraîne une amplitude du jeûne nocturne trop élevée, de 14h30 à 15h30 de jeûne nocturne.</p>	21	Rec25	<p>Réduire l'amplitude du jeûne nocturne, en avançant éventuellement l'horaire du petit déjeuner. Et rendre effectif l'accès de tous les résidents qui le souhaitent à la collation de nuit, distribuée par les veilleurs.</p>	Remarque levée
<p>A partir du 1^{er} juillet une nouvelle organisation des services est mise en place avec la distribution des petits déjeuners à partir de huit heures le matin. La remarque est levée.</p>					

R26	La traçabilité des soins ne se fait pas en temps réel. Par ailleurs, certains intervenants ne disposent pas de code d'accès.	23	Rec26	Organiser la traçabilité des soins afin que celle-ci puisse être réalisée par l'ensemble des personnes intervenants auprès des résidents, et ce en temps réel.	Remarque maintenue 3 mois
La mission acte que la traçabilité en temps réel des soins nécessite des investissements en matériel dans le cadre du plan pluriannuel d'investissement. La mission entend cet argument et maintient cette remarque jusque réalisation.					
R27	Les protocoles de soins existent mais ils ne font pas l'objet d'une appropriation par les personnels.	23	Rec27	Réaliser des réunions / formations flash, sur un ou plusieurs protocoles de soins par session, afin de sensibiliser les personnels, y compris intérimaires, à ces documents.	Remarque levée
Des réunions pluridisciplinaires permettant l'appropriation des protocoles de soins sont prévues à partir de septembre 2024. La remarque est levée. Vous veillerez à faire un point d'avancement lors du suivi des mesures maintenues.					
R28	Le code de la boîte contenant les clefs n'est pas changé à intervalles réguliers.	25	Rec28	Changer régulièrement le code de la boîte contenant les clefs, notamment du coffre à stupéfiant, afin de renforcer la sécurisation de l'accès aux produits sous clefs.	Remarque levée
Vous indiquez un changement de code de boîtier à clé de l'infirmérie. La remarque est levée.					
R29	Il semblerait que certains traitements prévus au petit-déjeuner restent sur les plateaux sans administration ultérieure.	26	Rec29	Veiller à ce que chaque résident reçoive son traitement et en cas de refus, informer l'encadrement de soins et le tracer.	Remarque levée
La mission note que les traitements médicamenteux sont traités de façon hebdomadaire au cours des transmissions. La remarque est levée et la mission souligne l'impérieuse nécessité de maintenir cette démarche.					

	<p>La mission d'inspection fait le constat que les activités « Animation » sont intégrées dans les fiches de poste AS tous les après-midis. En l'absence du poste d'animatrice – récemment vacant, les activités et le matériel sont limités.</p> <p>Des activités sont en compléments organisées par des prestataires, comme la gym douce. Les sorties sont restreintes.</p> <p>Le jour de l'inspection, aucun personnel ASG n'est présent à l'UVP, ni d'ergothérapeute et ni de psychologue.</p> <p>Le personnel AS de l'UVP se charge de l'animation alors que ce personnel ne semble pas formé à l'animation dédiée à des résidents atteints de pathologies neurodégénératives.</p> <p>Il n'existe aucune ressource ou support comme un catalogue ou une liste d'idées d'activités ou de ressources désignées au siège d'ADEF ou autres. Cela permettrait de développer des activités d'animation adaptées.</p> <p>De plus, la mission constate la présence d'un chien au sein de l'UVP appartenant à l'un des personnel AS présent. La mission mesure bien le souhait de cette dernière de distraire les résidents. Cependant, sauf erreur, ce chien n'a pas été éduqué à l'accompagnement de personnes vulnérables.</p>		Dès le recrutement finalisé, confier à l'animatrice nouvellement recrutée la mission d'élaborer un véritable projet d'animation, avec la collaboration des aides-soignantes.	Inclure dans ce projet d'animation un volet d'activités adaptées spécifiques à l'UVP, à construire avec les futurs psychologue et ergothérapeute.	Recruter, ou engager dans un processus de formation, au moins une Assistante de Soins en Gérontologie (ASG), métier dédié à l'accompagnement des résidents vivant en UVP.	Dans l'attente des recrutements et de l'élaboration du projet d'animation, permettre aux AS en poste à l'UVP, d'avoir accès à des formations ad hoc et à des ressources (personnel dédié au siège d'ADEF Résidences) ou à des supports (catalogues d'idées d'activités), qui leur permettraient de proposer des activités d'animation réellement pertinentes	Remarque maintenue 1 an
R30		28	Rec30				

La mission acte qu'un projet spécifique d'animation et d'actions thérapeutiques est en cours d'élaboration, avec une inclusion dans le projet d'établissement à venir.

Par ailleurs, vous avez également indiqué qu'une formation d'ASG sera traité dans la cadre du plan des compétences en 2025.

Il est également prévu une formation spécifique à destination d'un chien s'il est présent au sein de l'UVP. Dans l'attente, un chien thérapeute intervient une fois par mois avec une intervenante habilitée dans le cadre de la zoothérapie.

La mission relève ainsi l'ensemble des initiatives et encourage à la poursuite. **La remarque est cependant maintenue jusqu'à la transmission du projet d'animation finalisé.**

R31	Sauf erreur, les plans de formation 2023 et 2024 n'intègrent aucune formation à la gestion de crise.	32	Rec31	S'il n'y a aucune formation à la gestion de crise en 2024, intégrer cet item en 2025 en priorisant les personnels.	Remarque maintenue 1 an
La formation à la gestion de crise est intégrée dans le plan de formation 2025. La remarque est maintenue jusqu'à la transmission dudit plan.					