



ARS Grand Est
Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est
La Présidente du Conseil départemental
de Meurthe-et-Moselle

A

Monsieur le Directeur
EHPAD Baudinet de Courcelles
3 rue de l'Eglise
54690 LAY-SAINT-CHRISTOPHE

Objet : Décision administrative, suite à inspection

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

L'EHPAD Baudinet de Courcelles situé à LAY-SAINT-CHRISTOPHE a fait l'objet, d'une inspection inopinée, le 29 mars 2023, complétée les 25 avril et 09 mai 2023, dans le cadre d'un plan national d'inspection, et de contrôle, des 7500 EHPAD de France, à mener en 2 ans par les ARS en lien avec les départements.

L'objectif était de pouvoir dresser un bilan sur :

- La gouvernance de l'établissement : conformité aux conditions de l'autorisation, animation et fonctionnement des instances, gestion de la qualité, gestion des risques, des crises et des événements indésirables... ;
- Les fonctions supports : gestion des ressources humaines, bâtiments, espaces extérieurs et équipements, sécurités... ;
- La prise en charge des résidents : organisation de la prise en charge, respect des droits des résidents, vie sociale et relationnelle, vie quotidienne et hébergement, soins... ;
- Les relations de l'établissement avec l'extérieur : coordination avec les autres acteurs des secteurs social, sanitaire et médico-social, partenariats institutionnels...

L'enjeu est d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents.

Nous vous avons transmis, par courrier en date du 03 juillet 2023, le rapport d'inspection ainsi que les décisions que nous envisageons de prendre.

Suite à votre sollicitation, un délai complémentaire vous a été accordé durant la phase contradictoire. Nous avons ainsi bien réceptionné vos remarques en date du 15 septembre 2023.

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

Nous relevons qu'un certain nombre de mesures correctives sont d'ores-et-déjà mises en œuvre. En plus de la qualité apportée à la constitution de votre réponse, nous tenons à saluer la réactivité, la dynamique et l'ensemble des démarches entreprises au sein de l'établissement. Nous vous invitons à continuer vos efforts, dans la perspective d'améliorer la prise en charge des résidents et l'organisation du travail des personnels.

Les prescriptions 3, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 sont levées. Les prescriptions 1, 2, 4 et 5 sont maintenues.

Bien que nous notions les avancées dédiées, **la prescription 1** sera levée lorsque le projet d'établissement sera validé par les instances.

La prescription 2 cessera, quant à elle, lorsque la première réunion du futur CVS sera réalisée.

Au sujet de **la prescription 4**, elle sera pleinement levée lorsque, d'une part, le projet de réaménagement de l'espace de la salle à manger du bâtiment A, avec réhabilitation du matériel, sera plus avancé. Et, lorsque, d'autre part, les actions correctrices, demandées dans le cadre du nettoyage réalisé par ONET, seront réalisées.

La prescription 5 pourra être levée à la réception du positionnement du maître d'œuvre, et du contrôleur technique, relatives aux finitions métalliques de la terrasse du bâtiment B, ainsi qu'à la mise en place du nouveau système de fermeture du portail de l'EHPAD.

Les recommandations 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 31, 32 et 33 sont levées. Les recommandations 1, 3, 5, 9, 13, 17, 25, 26, 28 et 30 sont maintenues.

La recommandation 1 est pour le moment maintenue. En effet, bien que nous notons une meilleure lisibilité dans l'organigramme de Direction d'août 2023, celui intitulé « organigramme de direction commune CHRU de Nancy / établissements hospitalier de Pompey Lay Saint Christophe », du 30 juin 2023, ne permet pas, malgré sa mise à jour, de déterminer nominativement qui est en charge de la direction de l'EHPAD.

Nous saluons la mise à jour du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil, et lorsque les instances valideront les futurs documents, **les recommandations 3 et 17** seront alors levées.

La recommandation 13 demeure, dans le temps préconisé par la mission, jusqu'à la consolidation de la pratique des CREX au sein du bâtiment A de l'EHPAD.

En matière de circuit du médicament, nous saluons vos démarches entreprises. **Les recommandations 25, 26 et 28** sont cependant maintenues jusqu'à la réalisation du premier audit tel que vous le mentionnez.

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.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées aux adresses suivantes :

Agence Régionale de Santé Grand Est
Secrétariat de la Direction de l'Inspection, contrôle et Evaluation
3 boulevard Joffre - CS 80071 - 54036 NANCY CEDEX

Agence Régionale de Santé Grand Est
Délégation Territoriale de Meurthe-et-Moselle
6 rue notre Dame - CS 70851 - 54011 Nancy Cedex

Département de Meurthe-et-Moselle
48 Esplanade Jacques Baudot - C.O. 900 19
54035 NANCY CEDEX

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

Par ailleurs, nous vous prions de noter que les 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 Directeur, l'expression de notre considération distinguée.

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

Signé électroniquement par :
Frédéric REMAY
Date de signature : 13/10/2023
Qualité : Directeur Général
Adjoint Métiers



Yael TRANIER

Yael TRANIER
2023.10.06 17:17:51 +0200
Ref:20231004_142611_1-2-O
Signature numérique
Directeur général adjoint des
Solidarités

Copie :

ARS Grand-Est :

- Délégation territoriale de Meurthe et Moselle ;
- Direction de l'Autonomie

Conseil départemental de Meurthe et Moselle :

- [REDACTED]

Annexe 1

**Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations,
en lien avec les constats déclinés en écarts, remarques majeures et en remarques.**

Prescriptions (P)					
Ecart (E) / Remarque majeure (RM)		Page du rapport	Libellé de la prescription (P) envisagée		Statut et délai de mise en œuvre
E1	Le projet d'établissement existe mais le document transmis à la mission d'inspection n'est pas à jour puisqu'il couvre la période 2015-2020 avec une prorogation d'une année, donc jusqu'en 2021. Cela constitue néanmoins un écart à l'article L311-8 CASF.	7	P1	La mission note que le projet d'établissement est en cours de réécriture. Veiller à poursuivre les travaux afin que le projet d'établissement soit effectif et corresponde aux attendus de l'article L.311-8 CASF.	Maintien 8 mois
E2	Par l'annulation du CVS du 08/12/2022, seuls deux CVS sont effectués (06/05/2022 et 23/09/2022). Ainsi, le nombre de 3 réunions annuelles n'est pas réalisé, ce qui constitue un écart à l'article D.311-16 du CASF	11	P2	Respecter scrupuleusement les attendus de l'article D.311-16 du CASF permettant, malgré les désaccords, un espace de communication, réglementairement obligatoire, entre la Direction et les représentants des résidents au bénéfice de ces derniers.	Maintien Immédiat
E3	La mission n'a pas été destinataire des comptes rendus de la Commission de Coordination de Gériatrie (CCG) en 2022/2023, comme cela était demandé dans l'annexe 1 de la lettre d'annonce. Cela constitue ainsi un écart à l'article D. 312-158 du CASF ainsi qu'à l'arrêté du 5 septembre 2011, puisque la mission n'a pas la possibilité de mesurer l'existence de la CCG.	11	P3	Transmettre les comptes rendus de la Commission de Coordination de Gériatrie en 2022/2023, conformément aux attendus de l'article D. 312-158 du CASF ainsi qu'à l'arrêté du 5 septembre 2011.	Levé

RM1	<p>Dans le bâtiment A, dans la salle à manger, les tables et chaises sont en mauvais état, et il y a un stockage de chariots.</p> <p>Il y a également un manque d'hygiène (sols manquant de netteté, toiles d'araignée...) au niveau des couloirs, des toilettes et des escaliers.</p> <p>La mission a noté enfin un sas d'accueil non convivial. En effet, la salle fumoir est proche de l'entrée, avec imprégnation de très fortes odeurs de tabac, se propage dans ledit sas.</p>	13	P4	<p>Eviter le stockage de chariots dans la salle à manger du bâtiment A, et remplacer, autant que possible, les tables et les chaises les plus détériorées.</p> <p>Ensuite, d'une façon générale, veiller à améliorer la propreté et l'hygiène de l'EHPAD.</p> <p>Enfin, réfléchir à éviter la propagation de l'odeur du tabac dans le sas d'accueil.</p>	<p>Maintien</p> <p>6 mois</p>
RM2	<p>La terrasse du bâtiment B présente des rebords métalliques dont la sécurité est à vérifier. L'établissement a d'ailleurs émis des réserves à la réception du chantier.</p> <p>Malgré un dispositif de bracelets anti-fugues, il existe une zone "blanche" à l'extérieur où les bracelets ne sont pas détectés, générant un risque en cas de fugue.</p>	14	P5	<p>S'assurer de la sécurité des rebords métalliques de la terrasse du bâtiment B, solliciter éventuellement la Commission de sécurité et recourir à la garantie décennale le cas échéant.</p> <p>Veiller à ce que les bracelets anti fugues soient détectés dans l'ensemble de l'enceinte de l'EHPAD.</p>	<p>Maintien</p> <p>6 mois</p>
E4	<p>Au sein du bâtiment A, il y a un local identifié comme étant destiné aux DASRI. Or, il ne contient que des chariots de linge. Par conséquent, il n'y a pas de local DASRI ce qui constitue un écart à l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</p>	14	P6	<p>Appliquer les éléments contenus dans l'arrêté du 7 septembre 1999 afin de disposer d'un local destiné aux DASRI.</p>	<p>Maintien</p> <p>3 mois</p>

E5	<p>Au regard des éléments transmis par la direction le médecin coordonnateur ne dispose pas des attendus, ce qui constitue un écart à l'article D312-157 du CASF puisqu'il est précisé que "Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.</p> <p>L'attestation mentionnée à l'alinéa précédent est délivrée, après une formation conforme à un programme pédagogique fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes âgées."</p>	17	P7	Transmettre les diplômes attendus à la mission et qui ne l'auraient pas été ou, appliquer les dispositions contenues dans l'article D.312-159-1 CASF engager le médecin coordonnateur dans un dispositif de formation dédié dans un délai de 3 ans.	Levé
E6	La mission n'a pas été destinataire du diplôme IDE de Mme [REDACTED], ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.312-1 du CASF	19	P8	Transmettre le diplôme IDE de Mme [REDACTED] pour être en adéquation avec l'article L.312-1 du CASF. 1 mois	Levé
E7	La mission n'a été destinataire d'aucun diplôme pour [REDACTED], ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.312-1 du CASF.	20	P9	Transmettre les diplômes de Mmes [REDACTED] [REDACTED] afin d'être en adéquation avec l'article L.312-1 du CASF.	Levé
E8	Pour pallier le manque d'effectifs AS/ ASH, la mission a relevé la mise en place d'une nouvelle organisation fin 2022, où les ASH font des toilettes (et non une aide à la toilette) et les AS participent au ménage. Cela constitue, pour les ASH d'un glissement de tâches, ce qui est contraire à l'article L.312-1 du CASF.	21	P10	Veiller à faire réaliser des tâches, par du personnel qualifié, en vertu de l'article L.312-1 du CASF.	Levé
E9	Le remplissage des carnets à souche n'est pas efficient et uniforme. En effet, le nombre initial d'unités de prise n'est pas systématiquement noté ce qui oblige à faire un comptage et une soustraction pour s'assurer qu'il ne manque pas de	29	P11	Remplir scrupuleusement le carnet à souche des médicaments stupéfiants afin de respecter les attendus de l'article R.5132-80 du CSP notamment en cas de vol ou détournement.	Levé

	produits. Cela constitue ainsi un écart à l'article R.5132-80 du CSP.				
--	---	--	--	--	--

Recommandation (Rec)					
Remarque (R)		Page du rapport	Libellé de la recommandation (Rec) envisagée		Statut et délai de mise en œuvre
R1	L'attribution à Mme ROSENAU de la direction des ETABLISSEMENTS HOSPITALIER DE POMPEY LAY SAINT CHRISTOPHE n'apparaît pas clairement sur l'organigramme du CHRU de Nancy, de janvier 2023	9	Rec1	Faire apparaître distinctement la personne en charge de la direction des ETABLISSEMENTS HOSPITALIER DE POMPEY LAY SAINT CHRISTOPHE sur l'organigramme du CHRU de Nancy	Maintien 6 mois
R2	La mission n'a pas été destinataire d'un document formalisant l'organisation des astreintes de Direction	10	Rec2	Transmettre le document formalisant l'organisation des astreintes de Direction ou bâtir un document synthétique dédié.	Levé
R3	Le règlement de fonctionnement mentionne dans ses propos liminaires qu'il "[.] a été adopté par le Directoire le 25 juin 2018 le Conseil de Surveillance de l'établissement le 3 juillet 2018 après avis du Conseil de la vie sociale en date du 27 juin 2018. Il est valable pour une durée de 5 ans maximum."	10	Rec3	La mission attire la vigilance sur l'échéance du règlement de fonctionnement en 2023.	Maintien 8 mois
R4	La mission acte favorablement l'éventail des personnes invitées aux CODIR mais s'étonne de l'absence de certaines fonctions, comme la psychologue ou l'ergothérapeute. De même, le compte rendu des CODIR est diffusé aux présents et absents. La psychologue et l'ergothérapeute n'en sont pas destinataires.	12	Rec4	Inviter aux CODIR la psychologue et l'ergothérapeute, ainsi que toute personne ayant des fonctions uniques, <i>a minima</i> pour les sujets les concernant, et leur transmettre le compte rendus des CODIR, qu'elles soit présente ou absente.	Levé
R5	Les salons de coiffure sont inadaptés. Pour le bâtiment A : local exigü et matériel non adapté, avec le même constat évoqué supra, au sujet de l'hygiène et du nettoyage. Pour le bâtiment B, la salle est non exploitée.	13	Rec5	Adapter et utiliser les salons de coiffure sur les deux bâtiments en y apportant un nettoyage et un entretien rigoureux.	Maintien 1 mois

R6	L'ensemble des appels malades ne fonctionnent pas, à l'instar de ceux présents dans les sanitaires et douches du rez-de-chaussée, du bâtiment A.	14	Rec6	Vérifier de façon exhaustive les appels malades afin de s'assurer de leur bon fonctionnement	Levé
R7	L'ensemble des réfrigérateurs vus par la mission ne disposent d'aucune traçabilité, tant sur la température, les péremptions et sur le nettoyage.	14	Rec7	Mettre en place, pour l'ensemble des réfrigérateurs de l'EHPAD un relevé reprenant la température, les péremptions et le nettoyage.	Levé
R8	Dans le bâtiment A, les vestiaires se trouvant au sous-sol, sont peu éclairés ni chauffés. De même, au niveau du grand espace de stockage sur la gauche, il y a un local "ARCHIVES". Ce dernier est sécurisé mais la porte est ouverte alors qu'il contient des données personnelles des résidents.	14	Rec8	Dans le bâtiment A, assurer une lumière et une température minimale suffisante pour les vestiaires et sécuriser le local « ARCHIVES ».	Levé
R9	Au sein du bâtiment A, 10 chambres au rez-de-chaussée sont équipées de rails de transfert. Aucun équipement relevé dans les étages.	16	Rec9	Poursuivre, tant que possible, dans le bâtiment A, le déploiement des rails de transfert dans les chambres qui ne sont pas équipées.	Maintien 1 an
R10	Peu de linge de maison (serviettes, draps, couvertures, taies d'oreillers) a été retrouvé dans les différents locaux. A noter, à ce sujet, le site de Lay-Saint-Christophe est celui qui recense le plus de réclamations pour linge perdu ou détérioré.	16	Rec10	Organiser la gestion du linge de maison permettant à chaque résident d'avoir du linge en quantité suffisante, en évitant les pertes et les dommages.	Levé
R11	Sauf erreur, la mission ne dispose d'aucun diplôme pour Mme [REDACTED]	18	Rec11	Transmettre les diplômes de Mme [REDACTED]	Levé
R12	La répartition quotidienne des IDE, sur les étages du bâtiment A, est laissée à leur propre initiative. Il en résulte des tensions, certaines IDE accaparant les secteurs réputés moins éprouvants que d'autres.	18	Rec12	Faire un point de situation avec les IDE afin de trouver l'organisation la plus consensuelle possible	Levé
R13	La psychologue réalise des CREX sur les troubles du comportement à POMPEY et non à LAY SAINT CHRISTOPHE	19	Rec13	Réfléchir au déploiement éventuel de ce type de CREX au sein de LAY SAINT CHRISTOPHE	Maintien 6 mois
R14	Dans le bâtiment A : il y a trois AS de 6h45 à 18h45 et deux AS de 7H15 19H15. Il y a une discordance entre les informations recueillies et entendues sur le nombre d'ETP en AS. En effet, la mission a pu entendre le chiffre de 15 ETP pour le bâtiment A.	19	Rec14	Transmettre à la mission des données relatives aux effectifs AS par bâtiment, par statut et quotité de temps de travail.	Levé

	<p>En parallèle, en croisant les données du tableau des effectifs donnés lors de la visite de conformité du 13/01/2023, il est précisé, pour le bâtiment A, un effectif cible de 19,15 et un réalisé à 21,05. Pour le bâtiment B, il y a un effectif cible de 15 et un réalisé de 15.</p> <p>Enfin, la Direction a transmis un tableau "liste agent fonction statut" indique 18,8 ETP d'AS de jour et 6 de nuit, soit 24,8 ETP au total.</p>				
R15	<p>Le tableau "liste agent fonction statut" n'est pas daté, ne précise pas s'il s'agit de l'ensemble des personnels de l'EHPAD (bâtiment A + B) ou un seul bâtiment. Ce tableau n'est pas rempli de façon exhaustive, il y a des cellules vides dans les colonnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • B "N°" ; • C "ETP" ; • G "statut" ; • H et I pour les CDD ; • J "temps". <p>Il y a enfin des incohérences, avec par exemple, les lignes 46 et 80. Ces deux lignes mentionnent 1 ETP dans la colonne C mais le pourcentage du temps de travail en colonne J est inférieur à 100 %</p>	20	Rec15	Veiller dater, remplir de façon complète et en vérifier la cohérence du document "liste agent fonction statut"	Levé
R16	D'après le Plan de formation 2023 transmis à la mission, la formation ou le recyclage AFGSU n'y figure pas.	21	Rec16	Recenser les besoins en matière de gestes et soins d'urgence et s'assurer que les personnels soient formés.	Levé
R17	La Direction a fait part d'un livret d'accueil, de 2011, "Unir nos compétences pour développer un service de qualité", en cours de refonte.	21	Rec17	La mission invite instamment à poursuivre la révision du livret d'accueil, car il date de 2011, voire même de le rendre plus synthétique.	Maintien 1 an
R18	La mission a pu prendre connaissance de 3 fiches de poste : ASH en 12 heures, AS en 12 heures et IDE en 12 heures. Aucune date ou mise à jour n'apparaît.	21	Rec18	<p>Veiller à dater la réalisation et la mise à jour de chacune des fiches de poste.</p> <p>Transmettre à la mission les fiches de postes du médecin coordonnateur, IDEC/cadre supérieur de santé / cadre de santé, psychologue, ergothérapeute, ASHQ... et de tout autre</p>	Levé

				personnel qui travaille dans l'établissement.	
R19	La mission remarque l'absence de formations relatives à la détection et gestion des escarres.	21	Rec19	Développer un axe de formation relatif à la détection et au traitement des escarres, ou formaliser les actions réalisées par l'ergothérapeute en la matière.	Levé
R20	La mission a noté l'absence de l'ergothérapeute aux CREX dédiés aux chutes, or son rôle et sa contribution sont majeurs tant dans l'approche, les démarches préventives que le traitement de cette problématique. De surcroît, il n'a pas été envoyé de protocole dédié aux chutes	23	Rec20	Intégrer l'ergothérapeute aux CREX dédiés aux chutes. Transmettre le protocole dédié aux chutes s'il existe, ou en réaliser un, en cas contraire.	Levé
R21	il n'y a pas de protocole dédié aux escarres en vigueur.	24	Rec21	Finaliser ou mettre à jour le protocole élaboré en 2019, ou s'inspirer d'un protocole analogue existant au CHRU de Nancy.	Levé
R22	Au regard de l'annexe de la lettre d'annonce de l'inspection remise à la Direction, il est mentionné, dans les documents à fournir "Liste des protocoles de soins en vigueur". La mission n'a pas été destinataire de ladite liste.	26	Rec22	Transmettre la "Liste des protocoles de soins en vigueur".	Levé
R23	En salle de soins, il a été observé des protocoles obsolètes, non mis à jour. Ils sont rangés de surcroît dans un grand nombre de classeurs, ce qui rend leur accès non intuitif.	26	Rec23	A défaut d'un système informatisé, procéder à un tri et rangement des protocoles dans la salle de soins. Les centraliser et faire en sorte qu'ils puissent être retrouvés rapidement en fonction des recherches et besoin des personnels soignants.	Levé

R24	<p>La salle de soin du bâtiment A est spacieuse mais désordonnée. Une ordonnance a été retrouvée sur un bureau ainsi que des médicaments dans un bol.</p> <p>L'étiquetage des tiroirs et des armoires ne correspond pas au contenu.</p> <p>La mission remarque également un très grand nombre de classeurs (une soixantaine) disséminés dans la salle de soins</p>	28	Rec24	Veiller à ranger en profondeur la salle de soins du bâtiment.	Levé
R25	Des produits utilisés collectivement comme la Bétadine, ou la Chlorhexidine ne portent pas de date d'ouverture ou bien celle-ci est effacée.	28	Rec25	Veiller à faire apparaître et à laisser la date d'ouverture de produits utilisés collectivement.	Maintien 2 mois
R26	<p>Dans la salle de soins du bâtiment A, le suivi des péremptions n'est pas complètement organisé et effectif.</p> <p>Plusieurs périmés ont été retrouvés, dont une boîte de médicament stockée dans un casier individuel d'un résident.</p> <p>Sur une autre boîte de médicaments, la partie portant la date de péremption a été arrachée (elle est cependant visible sur les blisters à l'intérieur de la boîte).</p>	29	Rec26	Assurer un suivi scrupuleux des péremptions et veiller à vérifier l'intégrité des boîtes de médicaments afin que la date de péremption soit toujours visible.	Maintien 6 mois
R27	Le contrôle et la surveillance des températures des réfrigérateurs n'est pas complètement effective. La mission relève dans la salle de soins du bâtiment A une température de 9° et une absence de relevé pendant 2 jours	29	Rec27	Mettre en place un relevé de température quotidien afin de s'assurer de la bonne conservation des médicaments thermosensibles qu'il contient.	Levé
R28	Des dysfonctionnements ont été relevés comme un soluté étiqueté au nom d'une patiente est distribué à une autre, au motif que la première est passée à la forme « comprimé » et que le flacon a été récupéré pour être administré à la seconde.	29	Rec28	Veiller à sécuriser le circuit du médicament rigoureusement de façon à éviter des erreurs d'identité-vigilance.	Maintien 2 mois
R29	Il a été retrouvé quelques périmés dans le sac dédié aux urgences.	30	Rec29	Vérifier minutieusement l'ensemble des éléments constitutifs du sac dédié aux urgences et veiller à en gérer les	Levé

				péréptions, périodiquement, de façon tracée.	
R30	Il semblerait que les comptes rendus de la commission des menus ne soient pas diffusés.	31	Rec30	Transmettre les deux derniers comptes rendus de la commission des menus avec leur diffusion.	Maintien 1 mois
R31	Sauf erreur, dans les documents transmis par la Direction, il n'a pas été possible d'identifier les personnes en charge de l'animation	31	Rec31	Indiquer les personnes en charge de l'animation au sein de l'EHPAD et leur quotité de travail dédiée en la matière.	Levé
R32	L'acculturation à la déclaration des EI est hétérogène au sein des personnels tant sur les définitions, les circuits et procédures.	34	Rec32	Sensibiliser davantage et veiller à la bonne appropriation des personnels au domaine des événements indésirables (contexte, définition, circuits...).	Levé
R33	Dans le document "PLAN DE FORMATION 2023", aucune formation spécifique à la gestion de crise.	36	Rec33	Afin de contribuer à l'acculturation des personnels à la politique qualité, veiller à instaurer des formations en routine dédiées à la gestion de crise.	Levé

