

Direction Générale

Direction de l'Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]

Département de la Moselle

Direction de la Solidarité

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]

Monsieur le Directeur
EHPAD Résidence Saint-Julien
23, rue des Hêtres
57070 METZ

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

Votre établissement a fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département de la Moselle, le 25 mai 2023.

A l'issue de la première journée, il a été constaté **un risque grave et immédiat** s'agissant de l'accompagnement des personnes accueillies, de la qualité des prestations fournies et de leur sécurité, contrevenant ainsi aux dispositions de l'article L.311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Ces constats vous ont été présentés dans une lettre en date du 5 juillet 2023. Par courrier réceptionné par nos services en date du 19 juillet 2023, vous avez apporté des éléments de réponses à ces constats et nous avons pris acte de vos engagements à rétablir un fonctionnement stable de l'établissement, dans un objectif de qualité et de sécurité des prises en charge des résidents et des conditions de travail des personnels. Les injonctions envisagées étaient néanmoins maintenues dans l'attente de leur mise en œuvre.

Vous avez par ailleurs apporté des éléments de réponses dans le cadre de la procédure contradictoire. **La mise en œuvre de vos engagements a été contrôlée lors d'une seconde visite les 14 et 21 décembre 2023.**

S'agissant de la gouvernance, nous notons que **la direction est stabilisée** et que le pilotage de la structure est effectif. Néanmoins, **la continuité de la fonction de direction, effective dans les faits, est à formaliser**. L'établissement s'est donné l'objectif d'instaurer un travail collaboratif et prospectif avec les équipes, dans l'optique de réécrire **le projet d'établissement**. Le jour du contrôle, ce travail n'avait pas été mis en place.

S'agissant des ressources matérielles et des locaux : vous avez procédé à la sécurisation des zones accidentogènes et réinstauré une politique de maintenance du bâti, qui comprend un projet d'embellissement de l'UVP. Des audits ont été réalisés par une infirmière hygiéniste.

Pour ce qui est de la gestion du matériel et des consommables en particulier, l'organisation est en cours de révision. Vous avez prévu de vous adjoindre les services d'un ergothérapeute, dont la première mission sera de recenser le matériel disponible et qui pourrait être bénéfique à la prise en charge des résidents.

S'agissant des ressources humaines, l'infirmière de coordination en poste en décembre a démissionné. Vous procédez à une recherche active pour un nouveau recrutement.

La révision de l'organisation du travail est également en cours. La mission prend note des recrutements réalisés et de la stabilisation de l'équipe soignante. Toutefois, il est attendu que vous démontriez que votre organisation permet d'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications, leurs compétences, et notamment la répartition des personnels Aide-Soignant (AS) avec les Faisant Fonction d'AS, ainsi que les soignants en apprentissage.

Concernant le **climat social**, il est décrit comme apaisé par les différentes personnes rencontrées. Pour certaines personnes il est apparu cependant un manque de cadrage, qui est donc à renforcer.

S'agissant de la prise en charge, il est constaté que la tenue des dossiers médicaux est satisfaisante. Des efforts sont à poursuivre quant à la mise à jour des projets de soins, et la politique préventive, notamment en matière de la nutrition des résidents.

S'agissant de la politique qualité et gestion des risques, l'audit « hygiène » qui a été réalisé, et dont vous nous avez transmis les résultats, témoigne de la volonté de la direction de faire avancer l'aspect qualité. Nous vous encourageons à maintenir cette dynamique et notamment pour l'audit du circuit du médicament, qui n'a pas encore été réalisé.

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

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 à la **Délégation Territoriale de la Moselle - Service territorial des établissements et services médico-sociaux** (Bâtiment Le Platinum - 4, rue des Messageries, 57045 METZ Cedex 1) ainsi qu'au **Département de la Moselle** Direction de la Solidarité, service des Etablissements Sociaux ,Hôtel du Département, 1 rue du Pont Moreau, CS 11096 - 57036 METZ CEDEX 1.

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

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est

Le Président du Département de la Moselle

Virginie CAYRÉ

Signé électroniquement
Pour la Directrice Générale et par délégation,
Directrice Générale,
Virginie CAYRÉ
Date de signature : 15/04/2024

Patrick WEITEN

Copie :

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

Département de la Moselle

Annexe

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

Ecart majeure		Injonctions	Références réglementaires	Délai
EM 1	Les locaux de l'établissement ne permettent pas de garantir aux résidents et aux personnels un cadre de vie et de travail de qualité et sécurisé.	Procéder à une revue complète des locaux dans l'objectif de : <ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser l'ensemble des lieux de passage des résidents. - Garantir l'hygiène de l'ensemble des locaux et du matériel de stockage (exemple : les réfrigérateurs), et assurer la traçabilité du nettoyage. - Assurer le fonctionnement des dispositifs d'alerte (appel malade et alarme ascenseur). 	Article L.311-3 du CASF	1 mois

La mission prend note des actions que vous avez d'ores et déjà mis en œuvre :

- Vous avez identifié les zones accidentogènes et les avez mis en sécurité ; néanmoins, le bloc de béton dans le virage du parcours de déambulation est lié à un affaissement de terrain ; vous étudiez les options pour sécuriser cet endroit précis.
- Vous avez sollicité l'intervention d'une infirmière hygiéniste en septembre 2023. Elle a réalisé un état des lieux et a programmé des formations, elles sont prévues en décembre 2023 et janvier 2024.
- Vous avez vérifié l'ensemble des dispositifs d'appels malades ; vous réalisez des tests réguliers afin de vous assurer du fonctionnement d'une part, et de tester la réactivité des équipes d'autre part.
- Les cordelettes blanches des appels malade dans les WC ont été remplacées par des cordelettes rouges
- Vous avez revu le contrat de maintenance de l'ascenseur et avez procédé à la mise en œuvre des travaux nécessaires

Toutefois, lors de sa visite sur site du 14 décembre 2023, la mission a procédé à un test inopiné : chambre 121, enclenchement à 14h07, aucune réponse malgré une attente de 10 mn. Le système d'appel, dont le relais s'effectue sur un DECT est considéré comme obsolète. Il est nécessaire de la changer. Cependant, les investissements sont considérés comme importants.

L'injonction est levée et est transformée en prescription : procéder à la sécurisation des appels malades, d'une part, en garantissant le fonctionnement du matériel, d'autre part, en renforçant la réactivité des personnels.

EM 2	L'organisation actuelle du circuit du médicament fait courir un risque de rupture thérapeutique, et un risque iatrogénique, susceptible d'altérer gravement la santé du résident.	Procéder à une revue complète du circuit du médicament dans l'objectif d'assurer la concordance des différentes sources utilisées par les personnels pour la préparation des traitements afin de garantir que le bon médicament soit donné au bon résident, selon la bonne posologie.	Article L.311-3 du CASF	1 mois
-------------	---	---	-------------------------	--------

Vous avez réévalué le risque iatrogénique avec le médecin coordonnateur. Vous le considérez comme faible, du point de vue du double contrôle. Vous précisez que l'arrivée d'une nouvelle IDEC sera l'occasion de réaliser un audit complet du circuit médicaments, notamment avec le support de l'OMEDIT spécialement conçue pour les EHPAD. Dans l'attente de la réalisation de cet audit, la prescription est maintenue. Vous transmettez les conclusions de celui-ci à l'ARS.

Lors de la visite sur site en date du 14 décembre 2023, il a été porté à la connaissance de la mission la démission de la nouvelle IDEC. L'audit du circuit du médicament n'a pas été réalisé.

L'injonction est transformée en prescription : réaliser, conformément à votre engagement, à un audit complet du circuit du médicament.

EM 3	L'organisation actuelle de la prise en charge des résidents ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des différentes tâches réalisées par les personnels de l'établissement.	S'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications et compétences. S'assurer que les personnels amenés à occuper des postes à compétences réglementées soient titulaires du bon diplôme.	Article L.311-3 du CASF Article L.312-1 du CASF	1 mois
-------------	---	--	--	--------

La mission prend note des recrutements réalisés, et de la stabilisation de l'équipe soignante. Elle note également les difficultés que vous avez rencontrées avec l'arrêt prolongé du précédent IDEC d'une part, et que vous avez déjà recruté une nouvelle IDEC d'autre part.

Lors de la visite sur site en date du 14 décembre 2023, il a été porté à la connaissance de la mission la démission de la nouvelle IDEC.

Vous avez transmis une copie des diplômes des soignants, infirmières, aides-soignants. Les soignants qui apparaissent comme aide-soignant sur le planning disposent d'un diplôme d'aide-soignant. Ceux qui apparaissent comme ASHFF disposent d'un diplôme d'AVF ou d'accompagnement.

L'injonction est requalifiée en prescription : il est attendu que vous démontriez que votre organisation permet d'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications et compétences, et notamment la répartition des personnels AS avec les ASHFF, ainsi que les soignants en apprentissage.

Ecart		Prescriptions		Références réglementaires	Délai
E1	Le projet d'établissement n'est pas à jour.	P1	Rédiger le projet d'établissement conformément à la réglementation.	Article L.311-8 du CASF	1 an
<p>Dans sa réponse contradictoire, l'établissement indique que l'objectif de la direction est d'instaurer un travail collaboratif et prospectif avec les équipes, dans l'optique de réécrire et mettre à jour le projet d'établissement. La prescription est maintenue.</p>					
E2	Les qualifications de la directrice déléguée ne sont pas conformes à la réglementation.	P2	Fournir, concernant le directeur actuellement en poste, les justifications de ses qualifications et de ses compétences.	Article D.312-176-6 à 9 du CASF	Immédiat
<p>Le nouveau directeur de la structure est titulaire d'un Master 2 en Management des Organisations Sanitaires et Sociales. Le diplôme a été transmis. Le directeur dispose d'une délégation de signature portant sur la conduite de la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, la gestion et l'animation des ressources humaines.</p> <p>Les prescriptions concernant la précédente direction (direction déléguée) sont devenues sans objet.</p>					
E3	Bien qu'existant, le règlement de fonctionnement ne répond pas complètement à la réglementation notamment en termes de consultation du CVS et de sa période de validité.	P3	Mettre à jour et faire valider le règlement de fonctionnement conformément à la réglementation.	Articles R.311-33 et L.311-7 du CASF	6 mois
<p>Lors de la visite sur site du 14 décembre 2023, il n'y a pas de règlement de fonctionnement. La prescription est maintenue.</p>					
E4	La commission de coordination gériatrique n'est pas organisée.	P4	Organiser la commission de coordination gériatrique conformément à la réglementation.	Article D.312-158, 3° du CASF	6 mois
<p>La prescription est maintenue. Vous transmettez le compte rendu de la prochaine CCG lorsqu'elle se sera tenue.</p>					
E5	Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme à la réglementation.	P5	Organiser la quotité de travail du médecin coordonnateur conformément à la réglementation.	Article D.312-156 du CASF	3 mois
<p>Le médecin coordonnateur, médecin à la retraite, n'envisage pas d'augmenter son temps de travail sur l'établissement. Le temps de travail du médecin coordonnateur devra être en conformité avec la réglementation lors du prochain recrutement d'un médecin coordonnateur. La prescription est maintenue. Le délai est porté à « lors du prochain recrutement ».</p>					

E6	La part importante d'AS non diplômées ne permet pas de répondre à l'impératif de qualification des équipes prévu par la réglementation.	P6	En lien avec l'écart majeur 3.		
La prescription est maintenue : il est attendu que vous démontriez que votre organisation permet d'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications et compétences (cf. supra).					
E7	<p>Au sein de la fiche ASHI, se trouve une partie dénommée "missions d'accompagnement de la personne âgée dépendante et participation à la vie sociale (non exhaustives)". Les activités suivantes sont listées :</p> <ul style="list-style-type: none">• Aide aux levers• Soins de nursing• Aide aux repas• Animations• Surveillance et réponses aux sonnettes et besoins des résidents• Aide aux couchers <p>Cette liste conduit explicitement et irrémédiablement à un glissement de tâches qui est, de surcroit, comme cela est mentionné "non exhaustif", et institutionnalisé.</p>	P7	Veiller à organiser le travail des différents agents en fonction de leurs compétences et de leurs qualifications, et conformément à la réglementation.	Article L.312-1 II du CASF	1 mois
La prescription est maintenue : il est attendu que vous démontriez que votre organisation permet d'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications et compétences (cf. supra).					



E8	Les entrées et les sorties relatives au stock de médicaments stupéfiants ne font pas l'objet d'un suivi de sorte que les vols potentiels ne peuvent pas faire l'objet d'un signalement.	P8	Organiser le circuit des médicaments stupéfiants dans l'objectif de suivre rigoureusement les entrées et les sorties de stock, conformément à la réglementation.	Article R.5132-80 du Code de la santé publique	3 mois
<p>Lors de la visite du 14 décembre 2023, la mission a constaté que le coffre à stupéfiant ne contient que des médicaments stupéfiants. Par ailleurs, il existe un relevé nominatif d'administration et de gestion du stock. La prescription est levée.</p>					
Remarque majeure 1	La continuité de la fonction de direction n'est pas assurée, en l'absence de la directrice	P9	Organiser la continuité de la fonction de direction	/	3 mois
<p>La mission prend note du changement de la direction à la tête de l'établissement, et de la stabilité de celle-ci. La continuité de la fonction de direction est assurée par l'assistante de direction et la gouvernante ponctuellement (astreinte). Lors des longues périodes de congés ou maladie, l'intérim est assuré par la direction du groupe. La procédure reste à formaliser, notamment pour donner plus de visibilité aux personnels et aux tutelles, en spécifiant le cadre d'intervention.</p> <p>La prescription est maintenue. Vous transmettez la procédure écrite formalisant la continuité de la fonction de direction.</p>					



Remarques		Recommandations		Délai
R1	Les comptes rendus de CVS ne sont pas signés	Rec1	Faire valider les comptes rendus	1 mois
La recommandation est maintenue. Le délai est porté à « lors du prochain CVS ».				
R2	La mission relève un climat social détérioré avec une fracture entre l'équipe et la direction, ce qui induit une ambiance de travail pesante.	Rec2	Mener une réflexion sur le climat social actuel au sein de l'établissement et mettre en place une organisation permettant des espaces de dialogue entre les personnels et la direction	6 mois
<p>Lors de la visite du 14 décembre 2023, la mission a constaté une amélioration du climat social. Le directeur est décrit comme quelqu'un étant à l'écoute du personnel et instaurant une nouvelle dynamique au sein de l'EHPAD.</p> <p>Le climat social est globalement décrit comme assez bon (et plus apaisé que lors de l'inspection initiale de mai), avec cependant des personnes « privilégiées » (qui outrepasseraient les règles). Il persiste encore un manque de cadrage pour certains personnels qui sont « en roue libre ».</p> <p>Cela découle de l'absence de la direction et de l'encadrement depuis de nombreuses années. La recommandation est maintenue.</p>				
R3	Le local plan bleu ne comporte aucun état des lieux des stocks, ni suivi des péremptions. A ce titre, des masques périmés ont été retrouvés (6 boîtes) en avril 2023.	Rec3	Réaliser un inventaire des éléments constitutifs du local plan bleu et en suivre les stocks à une fréquence régulière déterminée par la Direction	1 mois
La recommandation est levée. La mission prend note du rangement de la salle dédiée au plan bleu, le contrôle des péremptions et le réassort des stocks.				



R4	Le circuit du linge fait croiser le propre et le sale. De plus sur la porte "tri linge sale" se trouve un protocole de lavage (temps et températures). Outre le fait que ce document n'utilise que les programmes 20 (froid) et 21 (30°), celui-ci ne comporte pas de date. De surcroît, il ne mentionne aucunement le programme à prodiguer aux draps des résidents.	Rec4	Revoir l'ensemble de la procédure de traitement du linge, tant dans ses circuits propres et sales que dans ses protocoles.	3 mois
<p>Les problématiques liées à l'internalisation du traitement du linge persistent. Le protocole du groupe (lavage à 30° et ozonisation) laisse des traces sur le linge plat. En conséquence, il est parfois nécessaire de jeter des draps, qui donnent l'apparence de rester souillés. Ce point laisse le personnel dans l'incompréhension. A cela s'ajoute des problématiques de gestion des ressources humaines au sein du service de blanchisserie.</p> <p>La recommandation est reformulée : « Revoir l'ensemble de la procédure de traitement du linge, tant dans ses circuits propres et sales que dans ses protocoles, communiquer auprès du personnel, et revoir la gestion des ressources humaines au sein du service de la blanchisserie ».</p>				
R5	Un bureau a été visité (spacieux et lumineux) et l'armoire électrique n'est pas fermée à clé, à l'instar de l'ensemble des armoires observées.	Rec5	Vérifier l'ensemble des armoires électriques.	1 mois
La recommandation est maintenue.				
R6	Le "Poste de soins" des Charmes comporte 5 téléphones de report et personne n'a été en capacité d'expliquer à la mission leur utilité.	Rec6	Recenser les équipements du "Poste de soins" des Charmes et les stocker ailleurs en cas de non utilisation.	1 mois
La recommandation est maintenue.				
R7	La salle de pause des personnels comporte deux réfrigérateurs dont un à 10 degrés. Il n'y a aucun relevé ni suivi.	Rec7	Mettre en place un relevé et un suivi quotidien des températures des deux réfrigérateurs de la salle de pause des personnels.	1 mois
<p>Dans votre réponse contradictoire, vous informez avoir procédé à une vérification des réfrigérateurs. Vous prévoyez la mise en place d'un protocole de suivi des températures. Vous transmettez ce protocole.</p> <p>Dans l'attente de sa mise en œuvre, la recommandation est maintenue.</p>				

R8	L'organisation de la gestion du matériel et des consommables n'est pas satisfaisante. Le suivi des stocks et des péremptions n'est pas opérationnel. Le personnel fait face à certaines difficultés pour disposer du matériel nécessaire, notamment s'agissant des protections. Certains choix de matériel ne font pas l'objet d'un consensus entre le personnel et la direction.	Rec8	Revoir le processus relatif à les gestions du matériel et des consommables, en partant des commandes jusqu'à l'utilisation, en lien avec les personnels	6 mois
<p>La recommandation est maintenue.</p> <p>Lors de la visite du 14 décembre, il a été constaté, dans le « local poubelles 2 » du sous-sol, un encombrement très important, rendant l'accessibilité au matériel quasiment impossible, ou pouvant générer des accidents pour les personnes tentant d'y accéder.</p> <p>Par ailleurs, ce local contient du matériel qui pourrait être utilisé par l'ergothérapeute. Il n'y a pas de recensement. Vous avez prévu le recrutement prochain d'un nouvel ergothérapeute libéral qui interviendra à temps partiel sur l'établissement. Une de ses fonctions sera de faire l'inventaire du matériel contenu dans le local, d'identifier ce qui peut être utilisé de ce qui doit être jeté. La recommandation est maintenue. Vous transmettez un point de la situation à l'issue du délai prescrit.</p>				
R9	L'établissement est actuellement dépourvu d'un ou une IDEC.	Rec9	Procéder au recrutement d'un ou une IDEC. Le cas échéant, justifier le recrutement s'il a déjà été réalisé.	1 mois
<p>La mission prend note que l'IDEC qui avait pris ses fonctions le 17 juillet 2023 est en arrêt maladie de longue durée, et que vous avez recruté une nouvelle IDEC. Elle a pris ses fonctions le 4 décembre 2023. Mais lors de la visite du 14 décembre et du 23 décembre 2023, la mission a été informée de la démission de celle-ci.</p> <p>La présente recommandation est maintenue.</p>				
R10	Une IDE est fléchée comme étant sous contrat d'apprentissage.	Rec10	Transmettre la copie du contrat d'apprentissage de la personne concernée et indiquer la nature de ses missions.	Immédiat
<p>La recommandation est maintenue, vous n'avez pas transmis le document demandé.</p>				

R11	Le diplôme transmis par l'établissement ne permet pas de justifier du titre de psychologue puisqu'il ne s'agit que d'un diplôme de niveau licence (article 1 du Décret n°90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue).	Rec11	Transmettre le diplôme de la psychologue permettant de justifier ses qualifications, conformément à la réglementation.	Immédiat
<p>Vous avez transmis le diplôme de la psychologue « Master Sciences Humaines et Sociales, à finalité professionnelle, mention Psychologie, spécialité Psychologie Clinique ».</p> <p>La recommandation est levée.</p>				
R12	Le livret d'accueil des résidents, en sa version 03/2023, au point "IV.3 Accompagnement médical et/ou paramédical » ne mentionne pas l'existence et le recours à la psychologue.	Rec12	Intégrer l'existence de la psychologue dans le livret d'accueil des résidents et également dans tous les documents potentiellement concernés.	6 mois
<p>La recommandation est maintenue.</p>				
R13	L'accès à l'AFGSU au sein de l'établissement n'apparaît pas organisé au regard du plan de formation prévisionnel 2022.	Rec13	Organiser l'accès à l'AFGSU pour les personnels soignants.	6 mois
<p>Vous avez positionné les deux agents en VAE sur une formation AFGSU afin de parfaire leur parcours.</p> <p>Vous avez transmis le « PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PREVISIONNEL 2023 ». Dans ce fichier, il est récéncé 30 agents à former en présentiel et 30 agents à former en e-learning, par l'organisme « Croix Rouge ».</p> <p>La recommandation est levée. Vous transmettez le nombre d'agents effectivement formés en 2023</p>				
R14	La gestion des absences et de leur remplacement n'est pas organisée.	Rec14	Formaliser une organisation de la gestion des absences et de l'intervention des intérimaires, qui soit connue et lisible par tous	3 mois
<p>La mission note que vous avez réactivé au sein de chaque équipe, un « agent de soins intervenant », dont le but est de remplacer, au pied levé un salarié absent. Néanmoins, vous ne décrivez pas l'organisation de la gestion des absences, et en particulier l'organisation de l'intervention des intérimaires. La recommandation est maintenue.</p>				

R15	La tenue et le suivi des fiches de poste n'est pas rigoureuse et ne constitue pas un véritable outils RH.	Rec15	Revoir scrupuleusement les fiches de postes afin que celles-ci soient datées, actualisées, précises.	3 mois
La recommandation est maintenue.				
R16	Le document " SJM - Plan de développement des compétences prévisionnel 2022" comporte le vocable "prévisionnel". Or, c'est le bilan définitif qui a été demandé initialement par la mission d'inspection.	Rec16	Transmettre le plan de formation 2022 définitif ou modifier l'appellation du document actuel et informer la mission.	1 mois
La recommandation est levée (cf. Recommandation 13).				
R17	La surveillance nutritionnelle, la prévention de la dénutrition et la prévention de la déshydratation ne sont pas organisées.	Rec17	Organiser la surveillance nutritionnelle et la prévention de la dénutrition et de la déshydratation.	3 mois
<p>La recommandation est maintenue. Vous avez transmis les résultats d'un audit réalisé en octobre 2023, démontrant l'absence de prise en compte de cette problématique.</p> <p>La recommandation est maintenue. Vous transmettez votre plan d'action prévisionnel dans le délais requis.</p>				
R18	La prévention des chutes n'est pas formalisée.	Rec18	Organiser la prévention des chutes.	3 mois
<p>Vous avez transmis les résultats d'un audit réalisé en octobre 2023, démontrant un taux de complétude aux ITEMS à 80%</p> <p>La recommandation est levée.</p>				
R19	La procédure relative à la prévention des escarres n'est pas suffisamment opérationnelle.	Rec19	Remettre en place l'évaluation du risque d'escarre à l'admission des résidents et organiser la prévention des escarres dans le cadre du séjour des résidents.	3 mois
La recommandation est maintenue.				

R20	La mise en place d'un mode dit "essentiel" n'apparaît pas conforme à l'impératif de qualité et de sécurité des soins.	Rec20	Transmettre à la mission des précisions et des explications quant à l'organisation du mode dit « essentiel ».	Immédiat
La recommandation est maintenue.				
R21	Les projets de soins des résidents, consultés sur NETSOINS, ne sont pas à jour.	Rec21	Mettre à jour les projets de soins des résidents dans NETSOINS	1 mois
<p>Lors de la visite du 14 décembre 2023, la mission a consulté des dossiers médicaux tirés au sort.</p> <p>Elle a permis de constater que les projets de soins sont partiellement mis à jour.</p> <p>La recommandation est maintenue.</p>				
R22	Les documents, décrits comme des protocoles, mis à disposition de la mission, ne constituent pas des protocoles de soins, dans le sens où ils ne décrivent pas la manière de réaliser une action, ni les règles à suivre. Ces documents ne constituent pas une base opérationnelle.	Rec22	Revoir la base documentaire dans l'objectif de fournir aux personnels des protocoles opérationnels leur indiquant des conduites à tenir.	6 mois
La recommandation est maintenue.				
R23	Les dossiers médicaux informatisés ne sont pas suffisamment complétés et tenus à jour.	Rec23	Mettre à jour les dossiers médicaux informatisés.	1 mois
<p>Lors de la visite du 14 décembre 2023, la mission a consulté des dossiers médicaux tirés au sort.</p> <p>Les dossiers consultés sur NETSOINS permettent de retracer l'histoire clinique du résident et constitue une base satisfaisante pour la continuité des soins.</p> <p>La recommandation est levée.</p>				

R24	La mission constate, en matière de stockage, une absence d'organisation claire, et formalisée. Ceci est propice à des erreurs médicamenteuses et complique fortement la gestion des péremptions.	Rec24	Revoir l'organisation du stockage des médicaments.	1 mois
R25	L'établissement ne met pas en œuvre l'organisation prévue pour le suivi des péremptions des médicaments.	Rec25	Mettre en œuvre le suivi prévu des péremptions des médicaments.	Immédiat
R26	La préparation des doses n'est pas suffisamment sécurisée.	Rec26	Mettre en œuvre une organisation sécurisée de la préparation des doses à administrer.	3 mois
R27	Le suivi des traitements, et notamment des posologies à administrer, n'est pas suffisamment sécurisé.	Rec27	Sécuriser le suivi des traitements à administrer et notamment des posologies.	1 mois

La mission prend note que l'établissement envisage de mettre en œuvre des actions de gestion des risques sur ce point, notamment de limiter les supports afin d'éviter les erreurs lors des retranscriptions de prescriptions, ainsi qu'une sensibilisation des médecins traitants à l'utilisation du logiciel NETSOINS.

La mission note qu'il est prévu d'organiser un audit complet du circuit du médicament, notamment avec la grille de l'OMEDIT.

Lors de la visite du 14 décembre, cet audit n'avait pas été réalisé.

Toutefois, un audit partiel, réalisé en octobre 2023, et dont l'établissement a transmis le compte rendu à la mission, fait état d'un taux de satisfaction des ITEMS à 43%.

Lors de la visite du 14 décembre, la mission a constaté un rangement des lieux de stockage des médicaments en amélioration. Le suivi des péremptions est organisé. Il est mis en œuvre, mais son efficacité n'est pas complète. La mission a découvert un médicament périmé depuis mai 2023.

Dans l'attente, les recommandations R24, R25, R26, R27 sont maintenues. Vous transmettez notamment les résultats de l'audit lorsqu'il sera réalisé, ainsi que le plan d'action en lien le cas échéant.

R28	L'organisation des repas, tant sur le plan de l'approvisionnement logistique que sur le plan de la qualité nutritionnelle, n'apparaît pas satisfaisante.	Rec28	Revoir l'organisation des repas, en lien avec les personnels et les résidents, dans l'objectif d'assurer une prestation garantissant les besoins nutritionnels et les goûts des résidents.	3 mois
------------	--	--------------	--	--------

La recommandation est maintenue.



R29	Le plan d'amélioration de la qualité transmis par l'établissement ne permet pas de rendre compte de l'effectivité des actions qu'il intègre.	Rec29	Construire un plan d'amélioration de la qualité permettant de suivre l'avancement des actions mises en œuvre.	3 mois
La recommandation est maintenue.				
R30	Le circuit de traitement des EI/EIG n'apparaît pas effectif et ne constitue pas un levier d'amélioration continue des pratiques.	Rec30	Organiser le circuit de traitement des EI/EIG dans l'objectif d'en assurer le recueil, le traitement et le retour aux déclarants afin d'engager un processus d'amélioration continue.	3 mois
<p>La mission constate des efforts de sensibilisation du personnel et l'existence de documents institutionnels.</p> <p>Toutefois, la recommandation est maintenue, la mise en œuvre effective du circuit devra être démontrée.</p>				
R31	Il n'est pas prévu de formations à la gestion de crise dans le plan de développement des compétences.	Rec31	Intégrer des formations à la gestion de crise au plan de formation de l'établissement.	3 mois
La recommandation est maintenue.				
R32	L'instabilité de la fonction de direction ne permet pas une mise en œuvre satisfaisante de la gestion de crise.	Rec32	En lien avec l'arrivée du nouveau directeur, mettre en œuvre une organisation partagée de la gestion de crise.	6 mois
La recommandation est maintenue. La mission note l'existence d'un document d'information relatif à la gestion de crise, édité par le groupe. Il devra être décliné spécifiquement, et mis à jour, pour l'établissement.				