

La Directrice Générale de l'ARS Grand Est
Le Président du Département des Vosges

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :
Agence Régionale Grand Est

Courriels :

Conseil Départemental des Vosges

A

Monsieur Grégory CHAPITRE
Directeur du CHASVM – Val d'AJOL
EHPAD « Résidence Le Val de Joye »
Et
EHPAD « Résidence Le Clos des Ecureuils »
71 grande rue
88340 Le Val d'Ajol
(Siège social)

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations

Monsieur le Directeur,

Vos établissements ont fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département des Vosges, le 17 mai 2024.

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

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

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 1^{er} octobre 2024.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, je vous ai demandé de me présenter, dans le délai de 1 mois, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

A la suite de votre récente nomination, vous avez apporté vos éléments de réponse en date du 31 octobre 2024.

Vous avez établi un plan d'actions afin de répondre aux différents écarts et remarques constatés par la mission. Les prescriptions et recommandations seront levées dès mises en œuvre effectives et justificatifs transmis.

Nous constatons votre prompt engagement dans l'objectif d'améliorer la prise en soins et la sécurité des résidents.

Après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, je vous notifie la présente décision.

I. Prescriptions

Les prescriptions P7 et P27 sont levées.

Les prescriptions P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 et P26 sont maintenues.

II. Recommandations

Les recommandations R4, R11, R24, R25 et sont levées.

Les recommandations R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23, R26, R27, R28 et R29 sont maintenues.

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 Télécours 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 des Vosges - Service territorial des établissements et services médico-sociaux 1 Quartier de la Magdeleine, 88000 Épinal ainsi qu'au Conseil Départemental des Vosges, Pôle Développement des Solidarités, Service des Etablissements Sociaux et Médico Sociaux, 2 Rue de Grennevo, 88000 Épinal.

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

Le Président
du Conseil Départemental des Vosges

Signé électroniquement
Agence Régionale de Santé GRAND
EST
Pour la directrice générale et par
délégation - Le Directeur Général
Adjoint Métiers
Frédéric REMAY



Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

François VANNSON

Copie :

ARS Grand-Est :

- Délégation territoriale des Vosges
- Direction de l'Autonomie

Département de la Vosges :

- [REDACTED]
- [REDACTED]

Annexe 1

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

Prescriptions				
Ecart		Référence	Libellé de la prescription envisagée	Délai de mise en œuvre
E1	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, contrairement aux dispositions de l'article L. 311-8 du CASF.	L.311-8 du CASF	P1 Réaliser un projet d'établissement actualisé en conformité avec la réglementation. Transmettre le PE finalisé	Prescription maintenue Le délai est porté à 18 mois 4 an
E2	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'a pas été révisé selon la périodicité prévue et qui ne peut être supérieure à 5 ans, conformément à l'article R311-33 du CASF.	L.311-7 du CASF	P2 Réviser le règlement de fonctionnement et appliquer les dispositions prévues à l'article R311-33 du CASF. Transmettre la version modifiée.	Prescription maintenue La révision est prévue au mois de décembre 2024 avec une validation des instances au premier trimestre 2025. 3 mois
E3	Le CVS ne se réunit pas au moins trois fois par an contrairement aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	D.311-16 CASF	P3 Inciter les représentants du CVS à se réunir au moins trois fois/an. Faciliter matériellement la tenue de ces réunions. Transmettre la planification prévisionnelle des réunions du CVS de 2024	Prescription maintenue sous réserve de transmission du calendrier des réunions effectives en 2024. 3 mois 1 mois
E4	Contrairement aux dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique, la CCG n'est pas consultée sur : - le projet de soins de l'établissement et sa mise en œuvre - le contenu du dossier type de soins	Article 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011	P4 Organiser la consultation de la CCG sur les champs d'intervention prévus par la réglementation notamment. Transmettre le CR de la prochaine CCG.	Prescription maintenue et en lien avec les prescriptions n°11 et 13 1 an 1 an

	- le rapport annuel d'activité médicale de l'établissement - le contenu et la mise en œuvre de la politique de formation des professionnels de santé exerçant dans l'établissement - l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales et les structures ambulatoires du secteur au titre de la continuité des soins.				
E5	La cage d'escalier, le sol de la terrasse et les fenêtres ne sont pas sécurisés et présentent des risques d'accidents contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	L. 311-3 CASF	P5	Sécuriser la cage d'escalier, le sol de la terrasse et les fenêtres.	Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité des travaux. Pour les portes d'escalier, les résidents concernés par un risque seront situés au rez-de-chaussée. Un système de verrouillage de porte à sens unique sera installé si un risque surviendrait. Pour la porte du PASA, elle demeure fermée. Pour les lieux communs, une sécurisation est cours pour mise en œuvre effective en décembre 2024. Le plan d'action est transmis.
E6	Des fenêtres, des bureaux et des pièces dédiées aux professionnels de santé sont accessibles aux résidents alors que leur contenu revêt un caractère dangereux potentiel (risque de chute, risque de blessures etc....) contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	L. 311-3 CASF	P6	Sécuriser les fenêtres et les bureaux des professionnels. Transmettre le plan d'actions prévisionnel.	Prescription maintenue. Une sécurisation est cours pour mise en œuvre effective en décembre 2024. Le plan d'action est transmis.
E7	Un complément alimentaire périmé depuis le 27/11/2023 est stocké dans un placard de la pièce de vie d'activités dédiée notamment au PASA ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	L. 311-3 CASF	P7	Organiser une gestion des stocks (entrée et sortie) des denrées alimentaires utilisées au sein du PASA.	Prescription levée. Une organisation est mise en place avec un système de vérification des DLU.

E8	Des produits à risque sont accessibles aux résidents dans l'espace de vie au rez-de-chaussée se trouvant dans des placards non fermés ou déposés sur l'évier contrairement aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	L. 311-3 CASF	P8	Sécuriser les placards et ranger les produits d'entretien à risque pour les rendre inaccessible aux résidents.	Prescription maintenue. Les placards seront sécurisés pour une effectivité au mois de décembre 2024.
E9	Dans les espaces extérieurs de jardin, du matériel et du mobilier de jardin sont accessibles aux résidents alors qu'ils présentent un risque potentiel ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 CASF.	L. 311-3 CASF.	P9	Sécuriser les espaces extérieurs accessibles aux résidents.	Prescription maintenue sous réserve du changement de la porte prévu au plus tard au mois de juin 2025 (Cf. investissement à provisionner). Le délai est prolongé à 6 mois. L'abri de jardin, déjà acquis sera installé prochainement.
E10	Le local d'entreposage intermédiaire des DASRI n'est pas identifié par pictogramme. Il sert également de local de décontamination et il communique avec la salle de soins par une porte restant ouverte en permanence. De plus, il contient de nombreux cartons de DASRI déposés à même le sol. Ces constats contreviennent aux dispositions des articles R.1335-1 à R.1335-14 du CSP.	R.1335-1 à R.1335-14 du CSP	P 10	Procéder aux aménagements nécessaires pour respecter la réglementation en termes de DASRI.	Prescription maintenue La mesure est prise en compte dans le plan d'actions. 3 mois
E11	Le temps de travail en équivalent temps plein du médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'article D. 312 -156 du CASF.	D. 312 -156 du CASF	P 11	Appliquer les dispositions de l'article D.312-156 du CASF concernant le temps de présence du médecin coordonnateur. En cas d'impossibilité, appliquer ce texte réglementaire pour le prochain recrutement.	Prescription maintenue au prochain recrutement 3-mois La démission du MEDEC est prévue pour le 01/01/2025. Ce dernier interviendra en tant que vacataire pour un avis médical pour les demandes d'admission et les situations complexes.
E12	Il n'est pas établi de rapport d'activité médicale annuel conformes aux dispositions de l'article D312-158-10° du CASF.	D312-158-10° du CASF	P 12	Rédiger un RAMA conforme aux attentes réglementaires.	Prescription maintenue au prochain recrutement de MEDEC 3-mois Dans l'attente, le cadre de santé proposera un RAMA 2024 en CCG à hauteur de son champ d'intervention.

E13	Le rapport d'activité médical de l'année 2023 n'a pas été soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique contrairement aux dispositions de l'article D312-158-10° du CASF.	D312-158-10° du CASF	P 13	Soumettre le RAMA 2023 à la CCG et systématiser cette pratique.	Prescription maintenue et en lien de la prescription n°4 A la prochaine réunion
E14	Le PASA de l'EHPAD de "Val de Joye" ne dispose pas de ressources humaines suffisantes ce qui contrevient d'une part aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF et d'autre part, à l'autorisation ARS n°2017 - 0912 / PDS N°2017 -118 du 21 mars 2017 dédiant des moyens financiers spécifiques pour sa mise en œuvre.	D312-155-0-1 du CASF et l'autorisation ARS n°2017 - 0912 / PDS N°2017 - 118 du 21 mars 2017	P 14	Mettre à disposition le personnel dédié au PASA conformément à la réglementation et en lien avec le projet du PASA. En cas de ressources insuffisantes, réviser l'autorisation en lien avec les services de la DT des Vosges de l'ARS Grand Est.	Prescription maintenue 3 mois
E15	Au sein des 2 EHPAD, des agents non qualifiés dispensent des soins aux résidents [glissement de tâches] ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-1 II du CASF.	L.312-1 II du CASF	P 15	Apporter des éléments de preuve quant à une validation des acquis d'expérience en cours pour les agents, ou une inscription dans un cursus diplômante. A défaut, les inscrire dans une formation diplômante	Prescription maintenue Les personnels qui ont des contrats longs seront concernés par la démarche diplômante. Une recherche de personnel diplômée est réalisée parallèlement. 6 mois
E16	En l'absence d'ergothérapeute ou de psychomotricien sur le site de Plombières-les-bains, le PASA ne dispose plus des ressources humaines conformes aux attentes réglementaires ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0-1 du CASF.	D312-155-0-1 du CASF	P 16	Se conformer aux ressources humaines définies réglementairement au sein du PASA.	Prescription maintenue dans l'attente de l'aboutissement des réflexions sur le PASA et l'opportunité de sa réouverture. 3 mois Le directeur précise qu'un ergothérapeute est recruté.
E17	Le coffre contient des éléments autres que des médicaments de la classe des stupéfiants contrairement aux dispositions de l'article R.5132-80 du CSP.	R.5132-80 du CSP	P 17	Organiser le stockage du coffre à stupéfiants afin qu'il ne contienne que des médicaments stupéfiants.	Prescription maintenue Immédiat

E18	Le coffre à stupéfiants contient de très nombreuses boîtes de ces substances qui ne font pas partie d'une liste de dotation ni des prescriptions en cours contrairement aux dispositions de l'article R. 5132-80 du CSP.	R. 5132-80 du CSP	P 18	Mettre en place un suivi quotidien du contenu du coffre à stupéfiants par les IDE et formaliser une procédure de retour des traitements à la pharmacie lors du départ/décès d'un résident.	Prescription maintenue dans l'attente des travaux du groupe de travail lancés sur la sécurisation du médicament, attendus pour avril 2025 (Cf. prescription 24). 1 mois
E 19	Bien que la convention décrit les obligations des deux parties, elle ne comporte pas le(s) nom(s) des pharmacien(s) référent(s) désigné(s), contrevenant à l'article L.5126-10 II du CSP.	L.5126-10 II du CSP	P 19	Inscrire le nom le(s) référent(s) pharmacien(s) dans la convention concernée.	Prescription maintenue dans l'attente de des modifications en cours. 3 mois
E20	Il est constaté l'absence de PAP pour certains résidents et pour d'autres, ce projet n'est pas à jour, contrairement aux dispositions de l'article L.311-3, 7°.	L.311-3, 7° CASF	P 20	Rédiger un PAP pour chaque résident et le mettre à jour régulièrement	Prescription maintenue Le délai est prolongé à 6 mois au regard du nombre de résidents concernés et de l'organisation à établir pour formaliser et signer par les résidents ou leurs représentants leur PAP 3 mois .
Rmq Majeure 1	Le dossier médical multi-soutports comporte des risques de pertes d'informations, de mauvaise compréhension des manuscrits ainsi que la non-disponibilité immédiate de tous les éléments nécessaires à une prise en soins, notamment, dans le cadre de l'urgence.		P 21	Enregistrer l'exhaustivité du dossier médical du résident dans NETSOINS.	Prescription maintenue. Le CCG de décembre 2024 prévoit de développer le fonctionnement qui consiste, à défaut de mobiliser les médecins traitants, à recentrer sur le remplissage des prescriptions. Les éléments remis dans le cadre des observations pourront être retranscrits par les IDE, sous couvert du médecin. 1 mois
Rmq Majeure 2	Les médecins traitants ne tracent pas tous les éléments de l'observation médicale dans l'onglet prévu à cet effet dans le dossier informatisé NETSOINS et ce, bien qu'ils disposent de codes personnels et d'un accès de leur cabinet.		P 22	Inciter les médecins traitants à enrichir directement le dossier médical dans NETSOINS. A défaut l'IDEC ou l'IDE enregistre les éléments d'observations médicales dans NETSOINS avec une supervision du médecin traitant ou du MEDEC.	Prescription maintenue. Le CCG de décembre 2024 prévoit de développer le fonctionnement qui consiste, à défaut de mobiliser les médecins traitants, à recentrer sur le remplissage des prescriptions. Les éléments remis dans le cadre des observations pourront être retranscrits par les IDE, sous couvert du médecin.

				1 mois
Rmq Majeure 3	Le coffre à stupéfiants dédiés aux traitements dans le cadre d'une prise en soins en HAD est insuffisamment sécurisé car il est stocké dans la salle de soins où l'ensemble du personnel a accès. Ce coffre n'est pas arrimé.	P 23	Mettre le coffre dans un endroit accessible uniquement au personnel habilité à son accès.	Prescription maintenue Il est prévu de sécuriser le coffre. Le lien est fait auprès de l'HAD. Le matériel est repris à la suite de la prestation.
Rmq Majeure 4	Une partie des stocks de médicaments de certains résidents est rangée de manière insuffisamment sécurisée au-dessus des armoires à pharmacie. Les stocks tampons de la structure sont nombreux, sans liste permettant également la traçabilité du suivi des dates de péremptions.	P 24	Organiser le suivi et les péremptions des stocks tampons.	Prescription maintenue dans l'attente des travaux du groupe de travail lancés sur la sécurisation du médicament, attendus pour avril 2025. 6 mois
Rmq Majeure 5	Le contrôle et le suivi des péremptions des stocks tampon de la structure n'est pas organisé, ni effectif.	P 25	Effectuer le suivi des stocks tampons et des péremptions.	Prescription maintenue dans l'attente des travaux du groupe de travail lancés sur la sécurisation du médicament, attendus pour avril 2025. Le délai est prolongé à 4 mois 3 mois.
Rmq Majeure 6	Le dispositif d'urgence n'est pas opérationnel au moment de la visite en matière de protocole ainsi que de chariot d'urgence.	P 26	Rédiger un protocole relatif à l'urgence vitale et constituer un sac d'urgence selon les règles (scellé, vérification mensuelle) en lien avec le médecin coordonnateur	Prescription maintenue dans l'attente de la rédaction d'un protocole relatif à l'urgence vitale et de la constitution d'un sac d'urgence selon les règles applicables en l'espèce. Ces mesures seront effectives pour le mois de décembre 2024. 2 mois.
Rmq Majeure 7	Il est constaté l'absence de notation de date de début d'utilisation sur les stylos à insuline.	P 27	Préciser sur les stylos à insuline la date de première utilisation.	Prescription levée. La notation de la date de la 1 ^{ère} utilisation est faite.

Recommandations					
Remarques		Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre	
R1	Les délégations de compétence de mission et de signature du directeur ne sont pas mises en place, au risque qu'en cas d'absence imprévue du directeur la continuité de service ne puisse être assurée.	Rec1	Mettre en place une délégation de signature, en lien avec l'article L315-17 du CASF.	Recommandation maintenue sous réserve de transmission du document. 1 mois	
R2	Sur l'organigramme transmis, le positionnement de la cadre de santé ne correspond pas à ce qui a été relaté lors des entretiens. Elle a été essentiellement présentée en tant que responsable qualité.	Rec2	Clarifier le positionnement de la responsable qualité dans l'organisation de l'établissement et mettre à jour l'organigramme.	Recommandation maintenue sous réserve de transmission du document. 1 mois	
R3	Les décisions prises lors des réunions du comité de direction ne sont pas formalisées dans un compte-rendu.	Rec3	Réaliser des comptes-rendus systématiques des réunions du comité de direction.	Recommandation maintenue sous réserve de transmission des trois derniers CR de CoDir. Des CR sont réalisés depuis le 1 ^{er} septembre 2024. 1 mois	
R4	Le code pour déverrouiller la porte et sortir de la structure est affiché de façon ostensible.	Rec4	Sécuriser le code de l'entrée/sortie de l'établissement.	Recommandation levée.	
R5	La chambre n'est pas organisée ni clairement affectée à un usage précis.	Rec5	Organiser la chambre pour un usage dédié.	Recommandation maintenue. La chambre est affectée à l'accueil de jour et un rangement sera réalisé pour fin décembre 2024.	
R6	Les toilettes communes du 1 ^{er} étage ne comportent pas d'appel malade.	Rec6	Mettre en place un appel malade dans les toilettes communes du 1 ^{er} étage.	Recommandation maintenue dans l'attente de la réalisation de cette installation prévue pour mars 2025 au plus tard. Le délai est donc réévalué à 4 mois.	

R7	Les relevés de température et leur traçabilité ne sont pas réalisés dans les réfrigérateurs des lieux de vie dédiés notamment aux activités à destination des résidents contrairement aux bonnes pratiques relatives aux normes HACCP.	Rec7	Organiser un relevé de température et une traçabilité des réfrigérateurs à destination des résidents conformément aux bonnes pratiques relatives aux normes HACCP.	Recommandation maintenue. Une fiche de traçabilité est mise en place et des achats de thermomètres externes sont prévus au plus tard au mois de novembre 2025. Toutefois, l'établissement ne transmet pas d'éléments justificatifs.
R8	L'EHPAD "Résidence Le clos des écoreuils" sur le site de Plombières est globalement sécurisé. Cependant, plusieurs points de sécurité sont à relever. Le code pour déverrouiller la porte et sortir de la structure est affiché de façon ostensible. Des fenêtres disposant de verrous sont ouvertes comme celles de la chambre 130 qui allait être occupée ou à l'instar de celles du petit salon de la zone rez-de-jardin. Il a été constaté également des portes ouvertes comme une située en rez-de-forêt permettant d'accéder à l'ascenseur, ou le local TGBT qui comporte de surcroît les armoires électriques ouvertes également. Enfin, les escaliers accessibles sont défraîchis et les bandes noires antidérapantes sont usées laissant apparaître le métal, surface glissante.	Rec8	Veiller à trouver un mode opératoire de sortie de l'EHPAD plus sécurisé et discret. Recenser tous les locaux et fenêtres devant être sécuriser. Les fermer à clé en rappelant cette consigne à l'ensemble du personnel.	Recommandation maintenue dans l'attente de la réalisation du rafraichissement des escaliers et de la bande antidérapante nécessitant une évaluation du besoin d'investissement réaliser en fin d'année 2024. Le délai est modifié à 6 mois. La porte ouverte au rez-de-forêt vers l'ascenseur est désormais fermée.
R9	Le local technique au rez-de-chaussée dédié à l'armoire électrique est utilisé pour entreposer des poubelles.	Rec9	Entreposer les poubelles dans un lieu dédié en rappelant cette consigne au personnel concerné.	Recommandation maintenue. La mesure est prévue dans le plan d'actions pour une effectivité au mois de décembre 2024.
R10	Le local informatique au 1 ^{er} étage est utilisé pour stocker des déchets ou du matériel type chariot.	Rec 10	Ranger le local informatique et jeter les déchets rappelant cette consigne au personnel concerné.	Recommandation maintenue La mesure est prévue dans le plan d'actions pour une effectivité au mois de décembre 2024.
R11	Des brumisateurs périmés en avril 2022 sont entreposés dans le local de rangement au niveau -1.	Rec 11	Jeter les brumisateurs périmés et intégrer dans la pratique de gestion des stocks le contrôle des périmés.	Recommandation levée. Les brumisateurs ont été jetés.

R12	La feuille de route stratégique RH ne décline pas d'objectif ni de planification (absence de gestion des carrières, de la qualité de vie au travail, de la politique salariale, etc.). De plus, ce document n'est pas daté.	Rec 12	Définir la stratégie et les objectifs ainsi que les priorités et les actions à entreprendre en matière de RH en lien avec le projet d'établissement pour créer une feuille de route solide et agile.	Recommandation maintenue et le délai est porté à 18 mois (6-mois). La stratégie RH et les objectifs seront définis dans le cadre du nouveau projet d'établissement.
R13	La convention relative à la gestion de la paie est ancienne (2010) et ne précise pas les prestations.	Rec 13	Préciser ladite convention et mettre à jour en lien avec le co-contractant.	Recommandation maintenue et le délai porté à 9 mois (6-mois)
R14	Le contrat de travail du MEDEC ne mentionne pas explicitement les structures dans lesquelles il exerce ses missions de MEDEC.	Rec 14	Mettre à jour le contrat de travail en précisant les lieux d'interventions.	Recommandation maintenue au prochain recrutement (Cf. démission du MEDEC au 01/01/2025) 3-mois Le CHASVM se compose de 3 entités. Or le MEDEC n'intervient pas au sein du SSIAD. Au regard des financements dédiés, les lieux d'intervention du MEDEC sont à préciser dans le contrat de travail.
R15	Aucun document, y compris le plan de formation 2023 et 2024, ne mentionne d'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFSGU).	Rec 15	Indiquer à la mission les personnels inscrits dans le dispositif l'AFGSU en 2023 et 2024. Dans le cas où aucun personnel n'apparaît, réaliser un recensement des agents concernés et les inscrire dans le dispositif cette année et l'année prochaine.	Recommandation maintenue et le délai est modifié à 1 an pour une réalisation au plan de formation 2025 4-mois.
R16	Dans le cadre de l'accueil des nouveaux personnels, les documents transmis ne semblent pas correspondre. En effet, l'un (« Livret d'accueil stagiaire Janvier 2016 V2 CHASVM »), bien qu'ancien, est dédié aux stagiaires, et l'autre (« Livret d'accueil des nouveaux arrivants ») est le règlement intérieur.	Rec 16	Indiquer à la mission, et transmettre le cas échéant, ce qui est donné aux nouveaux personnels accueillis	Recommandation maintenue sous réserve de transmission de la production prévue au 1 ^{er} trimestre 2025. Le délai est modifié à 3 mois 4-mois.

R17	Les treize fiches de poste remises ne représentent pas treize emplois différents. En effet, il y a des doublons : deux pour le poste de psychologue, deux pour l'ergothérapeute et trois pour le poste de diététicien. Il y a aussi parfois des noms récurrents mentionnés et des sites différents. Des fiches sont datées, d'autres non. Sur le plan qualité, il n'est pas possible de déterminer la personne qui a rédigé les fiches, qui les a relues et qui les a approuvées, avec des dates pour chaque étape. Il n'y a pas de date de mise à jour.	Rec 17	Indiquer à la mission quelles sont les fiches qui doivent être regardées. Dans un second temps, sur chaque document, implémenter une zone permettant de déterminer le numéro de version du document, qui l'a réalisé, lu, validé et l'a signé. Inscrire aussi une date de création et de mise à jour.	Recommandation maintenue. 1 mois 1 an
R18	Les plans de formation 2023 et 2024 ne sont pas identiques au niveau de informations présentées. L'un mentionne des dates (2023) et l'autre des durées (2024). Il n'est pas possible de toujours déterminer le personnel concerné entre les deux l'EHPAD et le SSIAD. Le nombre d'agents, leur nom et les coûts ne sont pas indiqués de manière uniforme.	Rec 18	Uniformiser et agrémenter les plans de formations en mentionnant le site dédié, les dates, les durées, les noms des agents et le coût.	Recommandation maintenue. 1 an
R19	Il est constaté l'absence d'évaluation gériatrique standard pour les résidents.	Rec 19	Procéder à l'évaluation gériatrique standard pour chacun des résidents.	Recommandation maintenue. Le délai de mise en œuvre est reporté au recrutement du prochain MEDEC 3-mois.
R20	Le suivi et la traçabilité des températures du réfrigérateur à médicaments thermosensibles sont insuffisants.	Rec 20	Mettre en place un suivi quotidien de la température du réfrigérateur de la salle de soins et formaliser un document permettant la traçabilité de ce suivi.	Recommandation maintenue. La mesure est prévue dans le plan d'action pour une effectivité au plus tard au mois de décembre 2024.
R21	Le suivi des températures du réfrigérateur de la salle de soins est aléatoire.	Rec 21	Organiser un suivi effectif des températures du réfrigérateur, afin de garantir l'intégrité des médicaments thermosensibles.	Recommandation maintenue. La mesure est prévue dans le plan d'actions pour une effectivité au plus tard au mois de décembre 2024.

R22	L'IDEC dispose parfois tardivement du dossier médical d'un nouveau résident.	Rec 22	S'assurer que l'IDEC dispose des informations médicales nécessaires pour l'arrivée des nouveaux résidents.	Recommandation maintenue dans l'attente de la finalisation du circuit d'accueil de la personne en cours d'élaboration. 1 mois
R23	Malgré les réunions bi-sites, il est constaté des différences de pratiques dans chacune des structures impactant la qualité (exemples : circuit du médicament, contenu du dossier-médical, mise en œuvre des protocoles etc....).	Rec 23	Capitaliser les bonnes pratiques pour les diffuser entre les sites. Harmoniser les pratiques entre les sites pour améliorer la qualité et la sécurité des prestations et la gestion des risques autant que possible.	Recommandation maintenue au regard des constats faits sur les items qui impactent la qualité (circuit du médicament, contenu du dossier-médical, mise en œuvre des protocoles) 6 mois
R24	Il n'existe pas de démarche formalisée et uniformisée entre les 2 EHPAD relative à la déclinaison opérationnelle des actions prévues dans le plan d'actions Qualité EHPAD 2024, ni d'indicateurs qualité, ni de fiches d'actions et de suivi de ces dernières dans un tableau de bord.	Rec 24	Mettre en place un tableau de bord uniformisé pour les 2 sites EHPAD relative à la déclinaison opérationnelle des actions prévues dans le plan d'actions Qualité EHPAD en intégrant des indicateurs qualité, des fiches actions et un suivi.	Recommandation levée Le plan d'actions qualité est déposé sur le site AGEVAL, donc commun aux deux sites.
R25	L'établissement dispose du logiciel AGEVAL pour enregistrer les événements indésirables mais ne l'utilise pas.	Rec 25	Sensibiliser/former le personnel à la déclaration des EI dans l'outil dédié.	Recommandation levée L'utilisation d'AGEVAL pour le EI sera mise en place pour le 1 ^{er} novembre 2024.
R26	Suite à des dysfonctionnements ou des événements indésirables, l'établissement ne procède pas à l'analyse approfondie via la démarche de retour d'expérience.	Rec 26	Organiser des RETEX afin d'éviter que des événements indésirables ne se reproduisent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission des deux derniers comptes-rendus de RETEX. Les RETEX sont réalisés désormais avec des comptes-rendus attendants. 3 mois
R27	La procédure de gestion des plaintes et des réclamations prévoit un bilan annuel des requêtes se basant sur l'exploitation quantitative et qualitative des requêtes. Ce bilan n'est pas effectué.	Rec 27	Réaliser le bilan annuel quantitatif et qualitatif des plaintes et des réclamations tel que prévu dans la procédure.	Recommandation maintenue. Le circuit des plaintes et réclamations est en cours de réalisation pour une opérationnalité au mois de novembre 2024. Toutefois, aucun justificatif n'est transmis à l'ARS.

R28	Les plans Bleu des 2 EHPAD n'ont majoritairement pas été mis-à-jour récemment.	Rec 28	Mettre à jour les Plan Bleu et informer/former le personnel.	Recommandation maintenue dans l'attente de sa réalisation prévue dans le cadre de l'évaluation externe au plus tard au mois de février 2025. 6 mois
R29	Sur les deux sites, il n'existe pas de système de gestion permettant de suivre et de tracer l'état du stock dédié au Plan Bleu.	Rec 29	Inventorier et gérer le stock de matériel nécessaire et prévu dans le cadre des Plan Bleu.	Recommandation maintenue dans l'attente de sa réalisation prévue dans le cadre de l'évaluation externe au plus tard au mois de février 2025. 6 mois