

**Direction Générale**

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

**Service émetteur :**

Direction Inspection Contrôle Evaluation

A

**Affaire suivie par :**

Monsieur le Directeur  
EHPAD Résidence Antoine  
6 rue de l'Agne  
88560 SAINT MAURICE SUR MOSELLE

Nancy, le

**Objet :            Décision administrative, suite à inspection**

**P.J. :**            1 rapport de suivi d'inspection  
                      1 tableau des mesures définitivement retenues  
                      1 tableau des nouvelles décisions initiales de prescription et recommandation

Dans les suites de l'inspection inopinée qui s'est déroulée au sein de votre structure le 23 mai 2023 et des injonctions qui en ont découlé transmises par courrier du 25 septembre 2023, un suivi d'inspection s'est déroulé sur site le 24 novembre 2023.

D'une part, après avoir étudié vos observations et pris en compte les actions d'ores et déjà mises en œuvre, nous vous notifions la présente décision :

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures définitivement retenues dans le rapport ci-joint ainsi que dans l'annexe 1 au présent courrier.

**Compte tenu des actions correctives mises en place suite aux injonctions notifiées le 29/09/2023, et qui ont permis leur levée, l'EHPAD Résidence Antoine est autorisé à accueillir de nouveaux résidents à réception de ce courrier.**

**La direction devra cependant être vigilante quant à la sécurité et la bonne prise en charge des résidents durant les travaux du bâtiment en cours.**

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](http://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-1 quartier de la Magdeleine 88060 EPINAL Cedex 09 – [ars-grandest-dt88-animation-territoriale@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt88-animation-territoriale@ars.sante.fr).

D'autre part, eu égard aux nouveaux constats formalisés à l'issue de la mission de suivi du 24 novembre dernier, nous vous informons que nous avons l'intention de vous demander de mettre en œuvre, dans les délais requis, les mesures correctives listées en annexe 2 du présent courrier.

Avant de prendre notre décision, conformément à l'article L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître, dans le **délai de 15 jours** à compter de la réception du présent courrier, vos observations sur les mesures correctives envisagées, ainsi que les actions que vous auriez déjà engagées pour répondre aux manquements relevés.

Vous retournerez vos réponses sous forme dématérialisée aux adresses courriels indiquées ci-dessus (contacts).

Vos observations seront prises en considération pour prendre notre décision qui vous sera notifiée, laquelle pourra donner lieu à injonction.

Nous vous informons qu'à défaut de réponse de votre part dans le délai indiqué, vous serez réputé ne pas avoir d'observations à présenter et nous vous notifierons les mesures correctives telles que figurant dans le présent courrier.

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

Virginie CAYRÉ

Signé  
électroniquement par :  
Virginie CAYRÉ  
Date de signature :  
17/01/2024  
Qualité : Directrice

Le Président du Conseil Départemental  
des Vosges



François VANNSON

**Copie :**

ARS Grand Est : Délégation Territoriale des Vosges  
Direction de l'Autonomie

Conseil Départemental des Vosges

## Annexe 1

**Tableau des mesures définitives retenues.**

Prescriptions					
Ecart		Libellé de la prescription envisagée (P) ou de l'injonction émise (I)		Délai de mise en œuvre	Réalisée ou non au 24/11/2023
<b>E1</b>	Le projet d'établissement n'a pas été transmis. Il n'est donc pas possible de mesurer son existence et contenu. Cela constitue un écart à l'article L311-8 du CASF.	<b>P1</b>	Rédiger le projet d'établissement de l'EHPAD Résidence Antoine.	6 mois	La prescription est maintenue.
<b>E2</b>	Il n'y a pas eu trois réunions du CVS sur l'année 2022, ce qui constitue un écart à l'article D311-16 du CASF.	<b>P2</b>	Organiser des réunions du CVS au moins trois fois par an.	6 mois	La prescription est levée.
<b>E3</b>	La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF.	<b>P3</b>	Mettre en place la commission de coordination gériatrique avec les professionnels concernés. Celle-ci doit se réunir au moins annuellement.	3 mois	La prescription est maintenue
<b>E4</b>	La quotité de travail du médecin coordinateur de l'établissement est de 0,10 ETP, ce qui n'est pas conforme à l'article D312-156 du CASF qui devrait être de 0,40 ETP.	<b>P4</b>	Augmenter le temps de travail de médecin coordonnateur, afin de l'adapter au nombre de résidents de l'établissement.	6 mois	La prescription est maintenue

<b>E5</b>	Le chariot à médicament ne contient pas que des médicaments contrairement aux dispositions prévues dans l'article R. 5132-80 du CSP qui prévoit un stockage des traitements dans une armoire ou un lieu fermant à clé et ne contenant rien d'autre.	<b>P5</b>	Il convient de définir les lieux de stockages différenciés pour les traitements et les autres produits.	2 mois	La prescription est levée.
<b>E6</b>	Les salles accueillant les chariots et armoires à médicaments ne permettent pas d'éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits que les IDE sont appelés à utiliser dans le cadre de leur exercice, contrairement aux dispositions de l'article R. 4312-15 du CSP.	<b>P6</b>	L'accès à la salle de soin doit être sécurisée de manière effective.	Immédiat	La prescription est levée.
<b>E7</b>	La détention d'importants stocks de « si besoin » constitue une pratique porteuse de risque de vol, de détournement, d'erreur d'administration, de non suivi des péremptions. Ceci n'est pas conforme aux conditions de détention et de stockage décrites dans l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.	<b>P7</b>	Réduire le stock de "si besoin" afin de permettre une qualité de la prise en charge médicamenteuse.	1 mois	La prescription est levée.
<b>E8</b>	Le protocole d'adaptation d'insuline, s'il est écrit et agrafé au carnet, n'est pas toujours daté et signé par un médecin, ce qui constitue un écart à l'article R.4311-7 du CSP.	<b>P8</b>	Le protocole d'adaptation d'insuline doit être daté et signé par un médecin.	15 jours	La prescription est levée.

<b>E9</b>	Seuls 3 dossiers contiennent un plan personnalisé d'accompagnement. Ceci constitue un écart à l'article D312-155-0-I-3° du CASF.	<b>P9</b>	Tous les dossiers des résidents doivent comporter un plan personnalisé d'accompagnement.	3 mois	La prescription est maintenue
<b>E10</b>	Des postes d'aides-soignantes, qui nécessitent d'être diplômés, sont occupés par des agents des services hospitaliers, contrairement aux dispositions de l'article L. 312-1 II du CASF.	<b>P10</b>	Faire exercer la fonction d'aide-soignante par des aides-soignantes diplômées, ou apporter des éléments de preuve quant à une validation des acquis d'expérience en cours des agents des services hospitaliers. Immédiat	Immédiat	La prescription est levée.
<b>RM1</b>	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.	<b>P11</b>	Procéder à une revue complète des locaux dans l'objectif de :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supprimer tous les encombrements à l'extérieur et à l'intérieur du bâtiment et nettoyer les locaux.</li> <li>- Garantir l'hygiène de l'ensemble des locaux et du matériel de stockage et assurer la traçabilité du nettoyage.</li> <li>- Sécuriser la rambarde située à l'étage ainsi que les escaliers.</li> <li>- Verrouiller l'accès aux locaux présentant un potentiel risque accidentel pour les résidents : salle de soins, cuisine et pièces de stockage de produits.</li> <li>- Constituer un sac d'urgence selon les règles (scellé, vérification mensuelle) en lien avec le médecin coordonnateur.</li> </ul> Sécuriser l'accès au bâtiment en dehors des horaires d'ouverture au public	Cf. injonction	La prescription est levée.
<b>RM2</b>	Le départ de l'IDEC à la date du 8 juin 2023 impacte le management des équipes	<b>P12</b>	Recruter une infirmière coordinatrice.	Cf. injonction	La prescription est levée.

	soignantes et donc la qualité et la sécurité des soins dispensés aux résidents.				
<b>RM3</b>	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.	<b>P13</b>	<p>S'assurer que les tâches confiées aux différents personnels sont conformes à leurs qualifications et compétences.</p> <p>S'assurer que les personnels amenés à occuper des postes à compétences réglementées soient titulaires du bon diplôme.</p>	Cf. injonction	La prescription est levée.

Recommandations				
Remarques		Libellé de la recommandation envisagée	Délai de mise en œuvre	Réalisée ou non au 24/11/2023
R 1	La date du contrat de travail du directeur n'est pas complétée sur le document unique de délégation.	Indiquer dans le document unique de délégation la date du contrat de travail du directeur de l'EHPAD Résidence Antoine.	1 mois	La recommandation est levée.
R 2	Dans l'organigramme, la psychologue est indiquée avec un ETP de 0 et ne figure pas non plus dans la liste du personnel.	Préciser dans l'organigramme l'ETP de la psychologue et mettre à jour la liste du personnel.	1 mois	La recommandation est levée.
R 3	En l'absence du directeur, la continuité de la fonction de direction n'est pas assurée. Le calendrier des astreintes de direction n'a pas été transmis à la mission.	Organiser la continuité de la fonction de direction en l'absence du directeur et transmettre le calendrier des astreintes.	1 mois	La recommandation est levée.
R4	Le règlement de fonctionnement transmis n'est pas daté. Le livret d'accueil n'ayant pas été communiqué à la mission d'inspection, il n'est pas établi que le règlement de fonctionnement soit remis à la personne accueillie.	Apposer la date sur le règlement de fonctionnement et transmettre le livret d'accueil des résidents.	1 mois	La recommandation est levée.
R5	Alors que le CODIR se réunit de façon hebdomadaire, le dernier compte rendu donné à la mission est daté du 28.02.2023. La mission s'interroge sur la suspension des réunions non explicitée.	Préciser les motifs de suspension des CODIR.	1 mois	La recommandation est levée.
R6	La salle commune n'est pas adaptée pour l'ensemble des fonctions qui lui sont dédiées.	Mettre en place des espaces réservés pour la restauration et les activités des résidents ainsi que la salle de pause du personnel.	1 an	La recommandation est maintenue.

<b>R7</b>	Le local DASRI constitue un risque d'accident pour le personnel.	Trouver un local DASRI adapté ou aménager celui actuel pour le rendre accessible et sécurisé	3 mois	La recommandation est levée.
<b>R8</b>	La salle de soins n'est pas adaptée à la préparation des traitements des résidents.	Aménager la salle de soin de manière à la rendre opérationnelle pour sa fonction.	3 mois	La recommandation est maintenue
<b>R9</b>	Les équipements collectifs d'aide à la personne sont insuffisants.	S'assurer de la mise à disposition du personnel des équipements nécessaires et dispenser la formation des personnels pour leur utilisation.	9 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R10</b>	La gestion des consommables n'est pas organisée. Il n'y a aucun suivi du stockage ni des péremptions.	Recenser et regrouper, autant que possible, les péremptions. Mettre en place ensuite un suivi effectif en veillant à surveiller les péremptions.	3 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R11</b>	Les diplômes des IDE et des AES n'ont pas été fournis à la mission d'inspection.	Transmettre les diplômes des IDE et des AES.	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R12</b>	Les effectifs ne sont pas conformes au CPOM annexe n°8, qui prévoit 14 ETP d'AS en 2023. L'effectif actuel est de 12 ETP dont 6 faisant fonction d'AS.	Recruter les ETP sur le poste d'aide-soignante pour se conformer au CPOM.	6 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R13</b>	La liste des intérimaires qui sont intervenus en 2022 n'a pas été transmise à la mission d'inspection.	Transmettre la liste des intérimaires qui sont intervenus au sein de l'EHPAD Résidence Antoine en 2022.	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R14</b>	Dans le classeur d'accueil des IDE intérimaires, qui est accessible à tous car posé sur le bureau de la salle de soin, l'ensemble des codes y sont reportés.	Sécuriser la disponibilité des codes que seules les IDE doivent connaître.	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R15</b>	Les besoins de formation de l'ensemble du personnel ne sont pas pris en considération.	Mettre en place un plan de formation en lien avec les besoins et s'assurer de lever les freins pour que l'ensemble des personnels le nécessitant y participe.	6 mois	La recommandation est maintenue.



	Une formation AFGSU est inscrite au plan de formation pour 2023, sans avoir de dates précises.	Transmettre les attestations nominatives de formation AFGSU dès réalisation en 2023.		
<b>R16</b>	Le régime n'est pas renseigné même pour les patients diabétiques, ce qui peut poser problème lors d'un transfert.	Les régimes particuliers des résidents doivent être tracés.	2 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R17</b>	La surveillance hydrique n'est pas systématique dans les dossiers (retrouvé dans un seul dossier sur les 5 consultés). Lors des entretiens, il est rapporté que la distribution de l'eau se fait à horaires fixes, sans cruche ou verre d'eau disponible auprès des résidents.	La surveillance hydrique des résidents est à tracée si elle est effectuée; elle est à réaliser si elle n'est pas mise en place. En période de forte chaleur, s'assurer de distribution d'eau plus régulière.	1 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R18</b>	Absence de protocole de prévention des chutes. Malgré les chutes récurrentes d'une résidente l'établissement n'a pas mis en place de mesures préventives ou celles-ci ne sont pas tracées dans le dossier médical.	Elaborer un protocole de prévention des chutes et le mettre en place pour les résidents le nécessitant. Les chutes à répétitions doivent donner lieu à une concertation de l'équipe afin d'étudier les situations individuelles et mettre en place des mesures préventives, en associant l'ensemble des acteurs du soin (kinésithérapeutes, médecin, équipe IDE et AS..).	3 mois	La recommandation est maintenue .
<b>R19</b>	Il n'existe pas de procédure, ni de protocole sur la prévention et le suivi des escarres malgré un nombre important de résidents présentant des escarres. Il ne semble pas exister de règles standardisées de suivi des escarres.	La direction et l'équipe de soin doivent se saisir de la question relative aux escarres et des mesures à mettre en place (prévention, suivi des plaies en l'absence de médecin traitant pour soutenir l'équipe infirmière) ainsi que de la mise en place des formations nécessaires le cas échéant.	2 mois	La recommandation est maintenue
<b>R20</b>	Absence de protocole sur l'hygiène bucco-dentaire des résidents.  Les soins d'hygiène et les changes semblent variables en termes de fréquence, mais	Rédiger un protocole afin de préserver la santé bucco-dentaire et développer l'accès aux soins dentaires des personnes âgées en perte d'autonomie.	2 mois	La recommandation est levée.

	répondant plus à la charge de travail qu'aux besoins identifiés.	La question de l'hygiène et des toilettes doit être abordée en réunion de service pour trouver des modalités permettant d'assurer des changes et toilettes autant que nécessaires.		
<b>R21</b>	Des dossiers ne comportent pas d'observation médicale d'admission.  Les dossiers informatiques ne mentionnent pas de projet de soin formalisé.	Toute admission doit donner lieu à une observation médicale.  Les dossiers doivent donner lieu à la définition d'un projet de soin individuel.	1 mois	La recommandation est maintenue
<b>R22</b>	Absence de protocole sur les principales gestions de soins. Les protocoles de soins existants sont mis en forme mais tous ne sont pas datés et signés.	Mettre en place une priorisation et un calendrier des procédures/protocoles à rédiger.  Tout protocole doit être daté, signé et mis à jour régulièrement.	3 mois	La recommandation est levée.
<b>R23</b>	La prescription des contentions sur un tableau commun à tous les résidents n'est pas conforme car il ne permet pas une sécurisation de la prescription.	Les prescriptions doivent être individuelles, datées et tracées dans le dossier patient.	2 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R24</b>	Les dossiers ne sont pas à jour en terme d'observations médicales. Il n'y a pas de visite médicale systématique ou de point avec le médecin au retour d'hospitalisation.	Le dossier médical doit être tenu à jour. Faire des points médicaux réguliers avec l'équipe, notamment au retour d'hospitalisation et que ces points soient tracés.	3 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R25</b>	Des transmissions laissent à penser à un manque de communication dans l'équipe.	Il convient de s'assurer que les transmissions sont bien lues par le personnel.	2 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R26</b>	Les dossiers médicaux papiers sont stockés dans une armoire qui ne ferme pas à clef.	L'armoire qui contient les dossiers médicaux papiers doit être fermée à clef.	Immédiat	La recommandation est levée.
<b>R27</b>	La fiche de liaison d'urgence n'est pas systématiquement remplie dans les dossiers informatiques. Elle n'est pas imprimée.	La fiche de liaison d'urgence doit être à jour. Disposer d'un exemplaire papier mis à jour régulièrement en cas de transfert en urgence ou de panne informatique.	1 mois	La recommandation est levée.

<b>R28</b>	Les lieux de stockage ne sont pas étiquetés.	Etiqueter les armoires pour savoir ce qu'elles contiennent, tant pour la gestion du stock que pour faciliter le repérage des produits par les nouveaux arrivants ou les personnes non habituées en cas d'urgence.	1 mois	La recommandation est maintenue
<b>R29</b>	Le chariot à médicaments contient des flacons dont la date d'ouverture n'est pas notée.	La date d'ouverture des produits et médicaments doit être systématiquement notée sur les flacons.	Immédiat	La recommandation est levée.
<b>R30</b>	La salle de soin est sécurisée par un code connu de tout le personnel et la porte est restée ouverte toute la journée de l'inspection.	L'accès à la salle de soin doit être sécurisée de manière effective	Immédiat	La recommandation est levée.
<b>R31</b>	La salle de soins est très encombrée (ordinateurs cassés stockés sous le bureau ; stockage au-dessus des armoires).  La salle de soin ne comporte ni paille ni point d'eau, le point d'eau de cette salle servant de salle de stockage DASRI	Désencombrer la salle de soins.  S'assurer que la salle de soin permet aux professionnels de travailler dans des conditions adaptées et leur permettant d'exercer leur mission de façon qualitative.	1 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R32</b>	Les espaces de stockage ne sont pas adaptés et ne sont pas sécurisés.  Il existe des stocks de traitement inappropriés qui sont plus des "suites de traitement" non gérés que des si besoins.	Sécuriser ou condamner les espaces de stockage non sécurisés et non approprié ; il convient de définir les utilisations, un même espace ne pouvant stocker à la fois des traitements et des effets personnels.  Supprimer les stocks de traitements inutiles.	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R33</b>	Le code du coffre à stupéfiant est connu uniquement des IDE mais également inscrit dans le cahier « intérimaire », qui est en accès libre sur le bureau.	Définir une procédure permettant de sécuriser l'accès au coffre à stupéfiant.	Immédiat	La recommandation est levée.
<b>R34</b>	Il n'existe pas de procédure formalisée sur la gestion des périmés.	Formaliser un suivi des péremptions et mettre en œuvre cette organisation.	1 mois	La recommandation est levée.

	Il n'a pas été vu de protocole en cas de dépassement de la température du réfrigérateur. Les personnels ne connaissent pas un tel protocole.	Mettre en place un protocole sur la conduite à tenir en cas de dépassement de température.		
<b>R35</b>	La vérification des doses de médicaments est faite par l'IDE mais n'est pas signée.  Le fait de laisser un traitement médicamenteux sur un bureau dans un espace où tout le monde passe toute la journée n'est pas sécurisant, une personne pouvant intentionnellement ou non changer les traitements présents dans ce panier (chute du panier ou autre).	Mettre en place une signature et une date pour la traçabilité des vérifications des doses des médicaments.  Sécuriser la préparation des traitements médicamenteux de nuit.	Immédiat	La recommandation est levée.
<b>R36</b>	Les ordonnances datent presque toutes d'octobre ou novembre 2022, si elles sont encore valides, cela laisse présager une révision régulière des traitements des patients.  Il est constaté que les traitements médicaux ne font pas l'objet d'une révision régulière.	Les prescriptions médicales des traitements ne doivent pas être rédigées par anticipation mais être réalisées en considération de l'état de santé des résidents.  S'assurer d'une révision régulière des traitements et d'une supervision adéquate de l'équipe soignante.	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R37</b>	La pratique de traçabilité de distribution des médicaments a posteriori sans support est à risque d'oubli ou d'erreur.	Tracer immédiatement sur un support la distribution de médicaments.	Immédiat	La recommandation est levée.
<b>R38</b>	Des transmissions retrouvées laissent à penser à un manque de communication de l'équipe ou à une non prise de connaissance des transmissions des autres intervenants (ex : kinésithérapeute qui demande à plusieurs reprises de couper les ongles ou de mettre des contentions ; sevrage O2 puis remise en place au poste suivant).	S'assurer que les transmissions sont bien lues par le personnel soignant.	1 mois	La recommandation est maintenue.

<b>R39</b>	<p>Les IDE tentent de maintenir des suivis médicaux avec les médecins extérieurs à l'EHPAD mais cela constitue un travail très chronophage de prise de contact téléphonique qui pourrait relever d'un administratif.</p> <p>Les retours d'hospitalisation ne font pas systématiquement l'objet d'une visite médicale au sein de l'EHPAD.</p>	<p>Une organisation plus fonctionnelle doit être mise en place pour organiser le suivi médical des résidents afin de ne pas empiéter sur les missions des infirmières.</p> <p>Les retours d'hospitalisation doivent faire l'objet d'une visite médicale pour réévaluer la situation du résident (PEC, traitement..) suite à l'hospitalisation.</p>	1 mois	La recommandation est maintenue
<b>R40</b>	<p>La fiche de liaison d'urgence se génère automatiquement avec les informations disponibles dans le dossier informatique (traitement et antécédents) mais le dossier n'étant pas complètement rempli, elle est de ce fait peu enrichie au niveau des informations récentes.</p> <p>Elle n'est pas imprimée.</p>	<p>Le dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être complété pour chaque résident de façon précise.</p> <p>Disposer d'un exemplaire papier mis à jour régulièrement en cas de transfert en urgence du résident ou de panne informatique.</p>	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R41</b>	<p>L'organisation des fins de vie existe mais elle est informelle.</p>	<p>Formaliser via un protocole l'organisation de fin de vie des résidents.</p>	3 mois	La recommandation est maintenue
<b>R42</b>	<p>Aucun indicateur, ni Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité (PAQSS) n'a été transmis à la mission.</p>	<p>Transmettre les indicateurs qualité et le PAQSS.</p>	1 mois	La recommandation est maintenue.
<b>R43</b>	<p>Compte tenu de l'ancienneté du dernier compte rendu du CODIR (28.02.2023), il n'y a plus de traçabilité de l'analyse des réclamations comme mentionné au point 4.5 de la procédure de l'EHPAD "PR - QRV - 2023 – 001".</p>	<p>Rétablir un suivi tracé de l'analyse des réclamations et, le cas échéant modifier la procédure PR - QRV - 2023 - 001 en conséquence si l'absence de comptes rendus de CODIR perdure.</p>	1 mois	La recommandation est levée.
<b>R44</b>	<p>L'EHPAD n'a pas prévu de formation du personnel relative à la gestion de crise en 2023.</p>	<p>Organiser une formation du personnel à la gestion de crise.</p>	3 mois	La recommandation est maintenue.

## Annexe 2

**Tableau récapitulatif des nouvelles prescription et recommandation,  
en lien avec les constats déclinés en écart et remarque.**

Prescription					
Ecart		Référence	Libellé de la prescription envisagée (P) ou de l'injonction émise (I)		Délai de mise en œuvre
E1	La dotation d'Oxynorm présente dans le coffre à stupéfiants est de 48 alors que 23 comprimés ont été comptabilisés. La traçabilité des stocks de stupéfiants n'est pas assurée	Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans (...) les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique	P1	Il convient de s'assurer que la gestion des stupéfiants répond aux dispositions de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans (...) les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique	1 mois

  

Recommandation				
Remarque		Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R1	Un produit détergent est retrouvé par terre, en libre accès, sans bouchon, dans une pièce dont l'accès n'est pas protégé .	REC 1	Une attention doit être portée aux éléments dangereux pour les résidents, et ce notamment pendant la phase de travaux pour éviter tout accident.	1 mois