

Direction Générale

Service émetteur :

Direction Inspection, Contrôle et Evaluation

Affaire suivie par :

[REDACTED]

Courriel :

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Madame la Directrice

EHPAD Le Home Fleuri

Chemin de Pétingchamp

88200 SAINT ETIENNE LES REMIREMONT

Objet : Décision administrative suite à inspection

Madame la Directrice,

Votre établissement, EHPAD LE HOME FLEURI a fait l'objet d'une inspection inopinée, en lien avec les services du Département des Vosges, le 2 juillet 2024. Il s'agissait précisément d'une inspection de suivi pour vérifier l'avancement des actions correctives demandées lors d'une inspection 2023.

Cette inspection s'est par ailleurs inscrite dans le cadre du plan national d'inspection et de contrôle des 7500 EHPAD du territoire national, en 2 ans, à mener par les ARS en lien avec les Départements.

Le rapport d'inspection ainsi que le recueil préalable d'observations avant décision administrative vous ont été transmis par mail en date du 10 septembre 2024, ouvrant ainsi une période de deux mois pour vous laisser la possibilité d'apporter vos réponses, conformément aux dispositions de l'article L122-1 du code des relations entre le public et l'administration.

Dans le cadre de cette procédure contradictoire, vous avez apporté vos éléments de réponse en date du 14 novembre 2024.

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

La mission d'inspection tient à souligner les efforts conséquents réalisés depuis l'inspection de 2023 et incite l'établissement à continuer en ce sens. Face à de nombreuses actions engagées, peu de prescriptions ont été maintenues, seule une remarque l'est également.

Les prescriptions suivantes sont maintenues :

N° 1 : il a été accordé un délai supplémentaire, jusqu'en septembre 2025, pour élaborer le projet d'établissement (raisons détaillées dans le tableau en annexe). La prescription en lien avec la remarque majeure relative à la politique qualité est elle aussi maintenue car cette politique encore en cours de construction devra être intégrée au projet d'établissement.

N°3 : dans l'attente de la confirmation par envoi du compte rendu que la CCG prévue le 28/02/2025 s'est tenue.

N°4 : (PASA à installer au rdc, avec accès extérieur, pour être réglementairement conforme) : Dans sa réponse contradictoire, la direction de l'établissement décrit les autres travaux à inscrire dans un plan pluriannuel à prévoir et qu'il entend négocier avec l'ARS et le département : changement de système d'information, d'appels malades, de chaudière, de mobilier.

N°5 bis et ter : il est compris et accepté le fait que vous ne souhaitez pas imposer le 0.50 ETP réglementaire au nouveau médecin pour éviter le risque d'un départ mais maintient la prescription au regard de la législation qu'elle ne peut occulter. Sur le sujet de sa formation, dans le cadre de la procédure contradictoire, l'établissement affirme que celle-ci sera suivie, que cela a été inscrit dans le contrat de travail. Dans l'attente du justificatif, la prescription est maintenue.

N°8 : Les éléments de la réponse contradictoire indiquent que les plans de soins sont tous à jour et qu'en termes de montée en charge, 4 nouveaux projets personnalisés sont élaborés chaque mois. La prescription est maintenue jusqu'à achèvement avéré et continuité régulière de la tenue de ceux-ci.

Les prescriptions suivantes sont levées : 2,5,6,7,9,10,11. Il convient de préciser que, concernant les effectifs (prescriptions 6 et 11), **tous les postes ont été pourvus par des agents qualifiés (diplômes et attestation de formation en cours transmis) et les effectifs sont à présent stables. Il est cependant rappelé à l'établissement qu'en cas d'absentéisme et d'éventuel nouveau recours à l'intérim, il doit faire preuve de vigilance, s'assurer que ce personnel est qualifié, qu'il répond également aux exigences du décret n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels.**

Toutes les recommandations sont levées à l'exception de la remarque 11 concernant les projets personnalisés, en lien avec prescription 8.

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 et après réception du présent courrier, les éléments justificatifs demandés des mesures mises en œuvre à la Délégation Territoriale des Vosges de l'ARS ainsi qu'au Département des Vosges ainsi qu'aux adresses mails indiquées ci-dessus (contacts).

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, 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
Nancy le 15/02/2025

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

François VANNON

Copie :

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

Annexe 1

TABEAU RECAPITULATIF DES REMARQUES ET ECARTS DEFINITIFS

DECISION DEFINITIVE DU 11/12/2023 après procédure contradictoire, inspection 2023			RAPPEL		DECISION DEFINITIVE inspection de suivi 2024
Ecart		Libellé de la prescription		Délai de mise en œuvre	
E 1	ECART 1 à l'article L311-8 du CASF : l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour.	Presc 1	Etablir le projet d'établissement, le dernier en date porte sur 2016-2021.	Délai initial de 6 mois, élargi à fin 2024 suite à votre demande. MAINTENUE	PRESCRIPTION MAINTENUE Délai élargi à fin septembre 2025. Le travail d'élaboration du projet d'établissement n'est pas encore démarré car la nouvelle direction a dû gérer à son arrivée (fin juin 2023) dans un souci de départ sur des bases saines, les problèmes terrains plus urgents à savoir : - Les problèmes d'effectifs : instaurer un management complété par l'arrivée d'une IDE fin juin 2023 (faisant fonction d'IDEC puis formée avec succès à ce poste en avril 2024) et faire cesser les mauvaises pratiques de soins ainsi que les positions de désinvolture, procéder à des licenciements pour fautes graves, recruter du personnel qualifié, remplacer des départs (exemple : nouvelle psychologue recrutée en août 2024), renforcer les plannings d'AS en journée par davantage de présence en matinée, poursuivre les efforts pour trouver un ergothérapeute (recruté en mars 2024). - Mettre en place les formations dont celles réglementaires (AFGSU incendie) mais aussi relatives à la bientraitance. - Travailler à un climat social positif, encourager la cohésion d'équipe. - Le lien avec les familles. Les explications de la direction sur le retard dans la conception du projet d'établissement sont donc claires et pertinentes. La direction souhaite vivement impliquer le personnel, aussi elle prévoit de mettre en place dès septembre 2024 des réunions

					Interservices sur le sujet, avec trois groupes de travail (vie sociale, qualité des soins, conditions de travail) ainsi qu'un comité de pilotage composé des représentants d'ADAVIE, des représentants des salariés, des familles, de l'IDEC, du médecin coordonnateur embauchée sur un contrat de e-coordination depuis mars 2024. La direction précise dans le cadre de la procédure contradictoire que l'établissement a également préparé l'évaluation externe pour mai 2025.
E 2	ECART 2 : Sans présence de compte rendu prouvant le contraire, le CVS ne se réunit pas au moins trois fois en 2022 contrairement aux dispositions de l'article D. 311-16 du CASF.	Presc 2	Réunir le CVS trois fois par an dès 2023. Une s'est déjà tenue le 14/03/2023 (CR transmis le 27/07/2023).	A engager dès maintenant MAINTENUE	PRESCRIPTION LEVEE Le CVS s'est réuni 3 fois en 2023, aux dates suivantes : 14/03/2023, 18/04/2023, 24/08/2023, et déjà deux fois sur le premier semestre 2024 : 11/01/2024, 18/04/2024. La prochaine est programmée le 04/07/2024, deux jours après l'inspection. Les élections du CVS se sont tenues le 21/12/2023. 15 jours avant chaque CVS, une réunion préparatoire est proposée aux résidents, à leurs représentants familiaux et mandataires dans l'objectif de recueillir les questions, les attentes, les difficultés et ainsi établir en amont l'ordre du jour du CVS à venir.
E 3	ECART 3 : La commission de coordination gériatrique n'est pas mise en place, contrairement aux dispositions de l'article D. 312-158 3° du CASF. Aucune ne s'est tenue sur 2022 et 2023.	Presc 3	Mettre en place la CCG et la réunir.	Délai initial élargi à juin 2024 MAINTENUE	PRESCRIPTION MAINTENUE Délai élargi à fin septembre 2025. Le récent recrutement du médecin coordonnateur en mars 2024 à 0.35 ETP n'a pas encore permis de mettre en place la CCG, car elle s'est en premier lieu consacrée à étudier les demandes d'admissions, mettre à jour la base Neisoins quant aux antécédents selon l'organisation Pathos, validation de protocoles, les PAP, mettre en place les conventions avec les médecins traitants (une dizaine) et autres professionnels libéraux (kinésithérapeutes), élaborer une liste de pharmacie d'urgence, mettre en place la PDA et prochainement assurer une réunion chaque semaine uniquement ciblée sur quelques

					résidents dont le cas susciterait une mise au point quant à la prise en charge. Un courrier a été transmis aux médecins traitants du territoire pour les informer de la prise de poste de ce médecin coordonnateur. L'établissement précise dans le cadre de la procédure contradictoire, d'une part, qu'une CCG est prévue le 28/02/2025 et d'autre part les actions menées fin 2024 : campagne de prévention (notamment sur le sujet des chutes), les vaccinations, lien avec les équipes hospitalières. LA PRESCRIPTION EST MAINTENUE dans l'attente de la confirmation par envoi du compte rendu que la CCG prévue s'est tenue.
E 4	ECART 4 : Le PASA n'a pas d'espace bien à part, il est situé sur le palier du 1er étage, cela est contraire à l'article D312-155-0-1, point V précise.	Presc 4	Installer le PASA de façon à répondre aux exigences réglementaires.	Délai initial de 6 mois élargi jusque fin juin 2024 MAINTENUE	PRESCRIPTION MAINTENUE Délai élargi à fin 2026 Le PASA a été légèrement agrandi mais n'a toujours pas d'accès extérieur, il est encore situé à l'étage. Le PASA ne peut être installé pour l'heure sur une partie de la salle à manger car elle ne dispose pas de toilettes. Une extension de la salle à manger située au rez de chaussée est envisagée en termes d'investissements immobiliers dans le cadre d'un plan pluriannuel à intégrer dans le futur projet d'établissement 2025/2030. Dans sa réponse contradictoire, la direction de l'établissement décrit les autres travaux à inscrire dans ce plan pluriannuel qu'il entend négocier avec l'ARS et le département : changement de SSI, d'appels malades, de chaudière, de mobilier.
E 5	ECART 5 à l'article D312-156 du CASF : l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur.	Presc 5	Procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur par une recherche active et continue.	A engager dès maintenant MAINTENUE	PRESCRIPTION LEEVEE mais cf. Ecarts 5 bis et ter Un médecin coordonnateur a été recruté à 0,35 ETP soit 12 heures par semaine effectuées sur 3 jours en télétravail avec accès à NETSOINS. Elle se rend sur site une fois tous les 15 jours, le mardi.

E 6	ECART 6 à l'article L312-1 II : La part importante d'AS non diplômées (moitié des effectifs) n'est pas conforme à l'impératif de réalisation des prestations de l'établissement par des équipes qualifiées.	Presc 6	Procéder au recrutement d'aides-soignantes diplômées par une recherche active et continue ou engager l'ensemble des faisant fonction dans des parcours de qualification.	6 mois MAINTENUE voir ci-dessous.	PRESCRIPTION MAINTENUE et en lien avec une nouvelle prescription suite remarque majeure. Les plannings de l'été (jour), agent de soins AS, indiquent un effectif de 15 ETP CDI dont 8 sont diplômées AS et une consacrée au PASA. A cela s'ajoutent une AS diplômée en CDD () 6 agents de soins non-aide-soignante, (apprentissage, assistante de vie, AMP...). De fait, la mission constate davantage de personnel qualifié en CDI en comparaison à l'inspection de juin 2023 et la mise en place de formations en cours ou à venir. Il y a encore 4 personnes non titulaires du diplôme d'AS. Pour autant, après étude des documents, elle maintient la prescription car des diplômes sont encore manquants vis-à-vis de ceux demandés et transmis à savoir : voir détail au sein du rapport. TRANSMETTRE LES DIPLOMES – Délai : IMMEDIAT LEVEE DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE -voir prescription 11
	Prescription 6 : d'après les éléments transmis le 27/07/2023, 4 personnes ont été embauchées sous CDD pour un mois seulement (été), dont deux AS diplômées. Parmi les 9 CDI, 4 sont AS diplômées. Dans les éléments reçus le 30/10/2023, vous indiquez que sur 15 ETP d'AS attendus, les 9 agents en CDI sont qualifiés. En lien avec la remarque 1, transmettre les diplômes de l'ensemble de ces 9 A.S.		Les attestations pour les 3 agents en VAE et alternance ont bien été transmises.		

E 7	ECART 7 : L'effectif consacré au PASA n'est pas réglementaire : seule une AS en assure le fonctionnement, contractuellement de 09h à 17h00 mais l'AS est sollicitée pour réaliser des toilettes de 9h à 11h30. De plus, elle n'a pas été formée pour devenir assistant de soins en gériologie. Par ailleurs, il n'y a ni ergothérapeute ni psychomotricien au sein des effectifs, ce qui est contraire à l'article D312-155-0-1, IV du CASF. Enfin, il n'y a pas de modalités de coordination, comme indiquées dans les bonnes pratiques de la HAS.	Presc 7	Composer une équipe pour le PASA conforme à la réglementation en veillant à ce que ces agents soient spécifiquement formés à la prise en charge des maladies neurodégénératives.	Délai initial de 6 mois étendu à fin 2024. MAINTENUE	PRESCRIPTION LEVEE L'AS qui se consacre au PASA est en cours de formation ASG, de mars à novembre 2024. Un ergothérapeute a été recruté (transmettre son diplôme) à 0.20 ETP ainsi qu'une psychologue. Une coordination est à présent en place entre l'AS, l'ergothérapeute, la psychologue, l'IDEC.
E 8	ECART 8 à l'article D312-155-0 : Il n'existe pas de projet de soin individuel à chaque résident.	Presc 8	Elaborer les projets de soin pour chacun des résidents.	MAINTENUE La mission prend note des actions : montée en charge progressive sur l'ensemble des projets	PRESCRIPTION MAINTENUE La montée en charge de rédaction des projets de soin se poursuit : 10 réalisés en 2023 et 6 sur le premier semestre 2024. Les projets font l'objet de réunions pluridisciplinaires pilotées par la psychologue avec le référent du résident (chaque résident s'est vu attribuer un référent qui est son interlocuteur privilégié). Les éléments de la réponse contradictoire indiquent que les plans de soins sont tous à jour et qu'en termes de montée en charge, 4 nouveaux projets personnalisés sont élaborés chaque mois. La prescription est maintenue jusqu'à achèvement avéré et continuité régulière
E 9	ECART 9 : Les articles L. 313-12 du CASF et R. 5126-10 du CSP prévoient l'existence d'une liste de médicaments préférentiels et les recommandations de la HAS indique que la précision doit être	Presc 9	Etablir une liste de médicaments préférentiels et une liste des médicaments précisant ceux qui peuvent être coupés ou écrasés.	A la prise du poste d'un médecin coordonnateur	PRESCRIPTION LEVEE

	faite quant aux médicaments qui peuvent être coupés ou écrasés.			MAINTENUE dans l'attente de la prise de poste effective du médecin	
E 10	Il n'existe pas d'état récapitulatif des stupéfiants ce qui est contraire à l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants.	Presc 10	Etablir un état récapitulatif des stupéfiants.	A engager dès maintenant MAINTENUE, idem supra	PRESCRIPTION LEVEE L'état récapitulatif des stupéfiants a été établi et indique un seul patient actuellement sous traitement, ce qui est le cas. Cependant, sur le sujet du coffre, une nouvelle remarque est formulée. Voir page 20.

Nouvel écart 5 BIS et TER: ↓ BIS : le médecin coordonnateur a été recruté sur un 0.35 ETP alors qu'au regard du nombre de places autorisées, elle devrait l'être à hauteur de 0.50 ETP pour être réglementairement <u>conforme (article D. 312-156 du CASF)</u>. ↓ TER : Bien qu'expérimentée et formée pour les coupes PATHOS, le médecin coordonnateur ne dispose pas de qualifications réglementaires (D. 312-157 du CASF). Celle-ci indique vouloir les suivre prochainement.					
NOUVELLE PRESCRIPTION – MAINTENUE APRES CONTRADICTOIRE BIS : Etudier avec le médecin coordonnateur la possibilité d'étendre son ETP à 0.50. <u>Délai de mise en œuvre : 6 mois</u> L'ARS comprend et accepte le fait que vous ne souhaitez pas imposer ce 0.50 ETP au nouveau médecin pour éviter le risque d'un départ mais maintient la prescription au regard de la réglementation qu'elle ne peut occulter. TER : Inscrire dans les meilleurs délais le médecin coordonnateur à une formation lui permettant de disposer du niveau de qualification réglementairement prévu. <u>Délai 6 mois pour s'engager pour une formation</u> Transmettre le justificatif d'inscription. Dans le cadre de la procédure contradictoire, l'établissement affirme que la formation sera suivie, que cela a été inscrit dans le contrat de travail. Dans l'attente du justificatif, la prescription est maintenue.					

NOUVELLE REMARQUE MAJEURE relatif au personnel soignant en présence pendant l'été : l'entretien avec la direction et l'étude du planning AS de nuit pour juillet 2024 (celui d'août demandé n'a pas été transmis) indiquent qu'il manque un AS de nuit. 8 nuits ne sont assurées que par une seule personne, qui plus est non diplômée. La direction a indiqué avoir demandé une personne à l'agence d'interim ADECCO. Par ailleurs, sur le mois d'août, plusieurs jours semblent être planifiés sans IDE (21 et 27/08) : indications R, CA, RH sur le planning.	NOUVELLE PRESCRIPTION (11) REMARQUE MAJEURE Attester du recrutement d'intérimaire qualifié -avec diplôme AS. <u>Délai de mise en œuvre : immédiat</u> Informez l'ARS des modalités qui seront mises en œuvre si cela est confirmé. <u>Délai de mise en œuvre : immédiat.</u> Pour faire suite à la procédure contradictoire, cette prescription 11°, en lien avec la prescription 6, est LEVEE : tous les postes ont été pourvus par des agents qualifiés (diplômes transmis), les effectifs sont stables. Il est cependant rappelé à l'établissement qu'en cas d'absentéisme et d'éventuel nouveau recours à l'intérim, il doit faire preuve de vigilance, s'assurer que ce personnel est qualifié, qu'il répond également aux exigences du décret n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels.
---	--

DECISION DEFINITIVE DU 11/12/2023 après procédure contradictoire					A L'ISSU DE L'INSPECTION DE SUIVI DU 02/07/2024 : DECISIONS MAINTENUES OU LEVEES, motivations, délais :	
REMARQUE MAJEURE		Libellé de la prescription envisagée	Délai de mise en œuvre	PRESCRIPTION MAINTENUE		
RM 1	REMARQUE MAJEURE 1 : L'établissement n'a pas mis en place de politique qualité qui serait par exemple abondée des actions correctrices issues des réclamations, des FEI ou d'une révision des protocoles de soins. Concernant les FEI, le personnel n'y est absolument pas sensibilisé. Il n'y pas de plan d'actions défini d'amélioration de la qualité. Il en est de même pour la gestion de crise : pas de formation, pas de local plan bleu fonctionnel.	Presc 1 Mettre en place une politique qualité et gestion des risques, politique intégrée au projet d'établissement à travers un plan d'actions comprenant la formation du personnel (après recensement des besoins), les actions correctrices issues des FEI et des réclamations (après recensement et analyse de celles-ci), la mise en place d'un plan bleu et la traçabilité de sa gestion, la révision planifiée des protocoles et des procédures à travailler de façon pluridisciplinaire. L'ensemble doit prendre en compte la promotion de la bientraitance et les différentes vigilances, ainsi que la promotion de la culture positive de l'erreur.	Délai initial de 6 mois reporté à 18 mois. MAINTENUE La mission prend note de votre volonté de construire de façon pluri professionnelle cette politique et les démarches afférentes avec appropriation du personnel.			
Concernant les EIG, une réunion interservices qui s'est déroulée en juin 2024 a permis de définir le cadre, la gestion mais la procédure reste à écrire. Il existe une charte d'ADAVIE pour inciter à la déclaration, mais certains personnels n'en ont pas connaissance. Concernant un plan d'actions formalisé, il sera possible plus tard dans le cadre d'un nouveau logiciel qualité. S'agissant de la gestion des réclamations, un formulaire a été finalisé et mis à disposition ainsi qu'une adresse mail avec boîte dédiée. L'établissement indique s'être appuyé sur ce qu'a mis en place l'EHPAD Home du Cameroun qui fait partie du même groupe. Une procédure « comment traiter une réclamation » a été élaborée en juin 2024. Sur le sujet de la gestion des risques, une première réunion de travail sur la gestion de crise s'est tenue en février 2024. Le local Plan bleu a été réaménagé avec des kits par risque (gastro entérite, grippe...) mais ce local n'a pas été présenté au médecin coordonnateur. Une procédure en lien avec la prévention des légionnelles a également été mise en place. Les éléments de la procédure contradictoire attestent de la poursuite de l'élaboration d'une politique qualité et gestion des risques, encore non achevée.						

REMARQUES		Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre	
R 1	L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les documents demandés.	Reco 1	Rassembler les documents listés en annexe de la lettre d'annonce remise le jour de l'inspection et les transmettre à la mission.	1 mois	LEVEE dans le cadre de la procédure contradictoire inspection de suivi 2024 NB : Diplômes manquants évoqués en prescription 6 restent à être transmis (voir liste des concernés en annexe).
R 2	Il n'y a pas d'astreinte de direction.	Reco 2	Assurer l'astreinte de direction avec du personnel encadrant.	LEVEE. Une astreinte de direction a été mise en place	/
R 3	La moitié des chambres est équipée en rail de transfert.	Reco 3	Equiper toutes les chambres de rails transfert.	LEVEE	/
R 4	L'établissement ne dispose pas actuellement d'une IDEC. Un recrutement est prévu pour mi-juin.	Reco 4	Transmettre le contrat de travail de cette IDEC ainsi que l'attestation de ses formations lui permettant d'assurer ce poste.	1 mois MAINTENUE	/
R 5	Le planning des AS est réalisé par une AS faisant fonction, ce qui ne favorise pas un climat social positif entre elles.	Reco 5	Elaborer les plannings d'AS par un personnel encadrant.	LEVEE	/

R 6	Il n'y a aucun plan de formation.	Reco 6	Recenser les besoins de formation et planifier celles-ci.	LEVEE	(Déjà levée dans le cadre de la procédure contradictoire de l'inspection été 2023) Comme indiqué supra, la mission relève que des formations réglementaires ont et vont être dispensées (AFGSU, incendie), mais également que des formations sur les soins palliatifs ont été dispensées par l'équipe mobile de Golbey (Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs, Accompagnement et Douleur -CISPAD), une sensibilisation afférente à la bientraitance a été réalisée par la psychologue le 25/05 et a concerné 7 personnes; des formations ont été assurées par l'équipe mobile d'hygiène d'Epinal-Remiremont sur le sujet des précautions standard, des sessions de formation relatives à l'utilisation de NETSOINS également. L'AS consacrée au PASA suit une formation AS.
R 7	Les informations sont notées de façon désorganisée : multiples classeurs en salle de soin, avec parfois double saisie.	Reco 7	Clarifier et centraliser les informations relatives aux résidents.	6 mois MAINTENUE	Recommandation levée dans le cadre de la procédure contradictoire de l'inspection été 2023)
R 8	Il n'y a pas de kit d'accident d'exposition au sang.	Reco 8	Mettre en place un kit AES, assurer la traçabilité de contrôle de sa péremption.	A engager dès maintenant MAINTENUE	LEVEE dans le cadre du contradictoire de l'inspection de suivi 2024 Le kit AES a été mis en place mais la traçabilité de sa péremption n'est pas effective. L'équipe d'inspection a relevé que le DAKIN était périmé. Dans le cadre du contradictoire, il a été précisé qu'un suivi des dates de péremption pour ce kit a été mis en place ;

R 9	Dans le chariot de médicaments du soir, préparé par les IDE et délivré par les AS, des médicaments ont été retrouvés déblistérés et l'AS n'a pas été en mesure de les identifier.	Reco 9	Ne pas déblistérer les médicaments du soir et donner aux AS un plan de traitement.	LEVEE	LEVEE L'établissement, en lien avec la pharmacie est passée en avril 2024 à la PDA, préparation des doses à administrer, (pilisoft de Praticima). Un préparateur se déplace au sein de l'EHPAD pour ce faire. Un plan de traitement est disposé sur le chariot avec des tablettes dont l'utilisation est effective pour une partie du personnel (validation majoritairement en direct sur les plans de soin).
R 10	Il y a une absence de traçabilité du chariot d'urgence. Par exemple, il n'est pas trouvé de furosémide injectable.	Reco 10	Mettre en place une traçabilité de vérification du chariot d'urgence, des péremptions entre deux contrôles. Revoir sa composition.	MAINTENUE	LEVEE La liste le composant a été revue, la traçabilité effective.
R 11	Les projets d'accompagnement personnalisés sont en cours de remise à jour par l'équipe soignante mais tous n'ont pas encore été revus, notamment sur l'aspect pluridisciplinaire.	Reco 11	Procéder à la révision des PAP pour l'ensemble des résidents.	6 mois MAINTENUE	MAINTENUE A poursuivre.
R 12	Les items concernant l'animation et le PASA sont remplis très régulièrement par les deux professionnelles dans le logiciel, mais ils ne sont pas connus des soignants : il n'y a ni communication, ni coordination.	Reco 12	Instaurer un temps de coordination entre ces personnels et de façon quotidienne, s'assurer que le personnel soignant soit tenu au courant des résidents concernés par les sorties extérieures.	LEVEE	/
R 13	Les réunions d'équipe pluridisciplinaire, qui avaient lieu tous les 15 jours, ont cessé depuis novembre 2022.	Reco 13	Instaurer un temps de coordination entre ces personnels.	LEVEE, idem supra	/ (Déjà levée dans le cadre de la procédure contradictoire)

R 14	La dernière mise à jour des DLU avec impression papier remonte à août 2022.	Reco 14	Mettre à jour les DLU.	LEVEE	(Déjà levée dans le cadre de la procédure contradictoire)
R 15	Il n'existe pas de convention avec l'HAD ou l'EMSP.	Reco 15	Etablir les conventions avec les partenaires extérieurs.	LEVEE	(Déjà levée dans le cadre de la procédure contradictoire)
NOUVELLE REMARQUE : Le coffre à stupéfiants est surchargé de boîtes de médicaments non utilisés d'anciens résidents. Ils ne sont pas repris par le pharmacien qui considère que c'est à l'EH PAD de les lui préparer.					RECOMMANDATION : Préparer la reprise pour que le pharmacien effectue celle-ci et tracer.