

Service émetteur : Délégation départementale de la Haute Garonne

Telephone : 05.5 750.27.73

Dossier : MS-2021-31-HP04 //Effectivité

Date : 28 février 2023

Monsieur le Président Directeur-Général
SA ORPEA
12 RUE JEAN JAURES
92800 PUTEAUX

Lettre recommandée avec accusé de réception

N° de l'envoi :

Objet : Suivi de la mise en demeure et clôture de la procédure contradictoire

N° PRIC : MS-2021-31-HP04

PJ : Le tableau de synthèse définitif

Références légales prévues par le CASF : art. L313-14 du CASF ; art. L331-8-1 du CASF ; art. L1413-14 du CSP ; art. D312-176-6 du CASF ; art. L312-1-II al.2 du CASF ; art. R5126-109 du CSP ; art. L.311-3 3° du CASF

Monsieur le Président - Directeur-Général,

Une inspection inopinée a eu lieu les 6 et 13 juillet 2021 au sein l'EHPAD Crampel, situé à Toulouse. A l'issue de ce contrôle, je vous invitais à communiquer vos observations, en réponse, sur les constats et les conclusions de la mission, ainsi que sur les mesures qui vous étaient notifiées.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la directrice de l'établissement a transmis, par courrier en date du 21 février 2022, vos réponses et observations au tableau de synthèse du rapport d'inspection. Ces éléments ont été précisés lors d'une rencontre que vous avez sollicitée et qui s'est tenue le 24 mars 2022.

Les mesures correctives et engagements, que vous avez indiqué permettaient de répondre de façon satisfaisante à de nombreux écarts et remarques. Ainsi, sur 18 écarts constatés, 10 avaient été levés. Toutefois, compte tenu de l'absence ou de l'insuffisance des réponses, 8 écarts avaient été maintenus.

Sur le fondement de l'article L313-14 du CASF, courant juillet 2022, je vous avais donc mis en demeure de mettre en œuvre les mesures énumérées dans un délai de 6 mois.

.../...

Aussi, une mission d'inspection s'est rendue au sein de votre établissement le 11 janvier 2023 afin de procéder à une visite d'effectivité des mesures engagées.

Au vu des constats de la mission et de la nature des mesures correctrices mises en œuvre par l'établissement, la mise en demeure notifiée par correspondance du 7 juillet 2022 est levée.

Par conséquent, nous vous engageons à poursuivre la mise en œuvre, des prescriptions et recommandations énumérées dans le tableau ci-joint. Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD Crampel.

Lorsque ces mises en conformité seront effectuées, vous voudrez bien transmettre à mes services tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions et recommandations notifiées. A défaut de mise en œuvre totale ou partielle des mesures demandées, des suites administratives, prévues par le code de l'action sociale et des familles, pourront, si les circonstances l'exigent, être décidées.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le Président Directeur-Général, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation,
La Directrice Générale Adjointe


Sophie ALBERT

Copie :

Conseil de la Vie Sociale
████████, Directrice d'exploitation

Tableau de Synthèse des écarts/remarques et des décisions envisagées:
Effectivité de l'inspection de l'EHPAD CRAMPEL (31)

| Ecart | Rappel de la réglementation | Réponse du gestionnaire | Nature de la mesure attendue (Injonction – Prescription - Recommandation) | Délais de mise en œuvre |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <p>Ecart 1 :</p> <p><u>Ecart Ind. 4/ Constat n°30 [Ecart majeur] :</u></p> <p><u>Ecart Ind. 7 / Constat n°44 [Ecart majeur] :</u> Cf 4.3.1 – Constat n°32 :</p> <p>L'établissement connaît un sous-effectif chronique en personnel diplômé notamment AS.</p> <p>En moyenne, et selon les mois, plus de 85 % des effectifs assurent la fonction d'aide-soignant (AS) sans disposer de la qualification requise.</p> <p><u>Ecart Ind. 6 /Constat n°42 [Ecart majeur] :</u></p> <p>L'établissement connaît un sous-effectif chronique d'IDE. L'effectif prévu est souvent réduit au 1/3 voire à l'IDEC seule les WE. Il est donc actuellement insuffisant</p> | <p>art. D. 312-155-0 du CASF</p> <p>art. L. 4391-1 du CSP</p> | | <p>=> Injonction 1: L'établissement connaît un sous-effectif chronique d'AS et IDE. Dans ce contexte la prise en charge en soins des résidents ne peut pas être garantie. L'établissement doit donc faire en sorte de disposer de l'effectif requis pour prendre en charge les résidents. A défaut, il doit réduire sa capacité d'accueil en conséquence.</p> <p>ECART MAINTENU</p> <p>Un projet d'établissement attractif pour les professionnels doit être proposé. Les moyens mis en œuvre pour le recrutement d'AS diplômées ne sont pas explicités et doivent à minima reposer sur une démarche de recrutement effective (notamment pôle emploi). Le dispositif de VAE est insuffisant au regard des personnes à qualifier.</p> <p>L'IDE faisant fonction d'IDEC doit bénéficier d'une formation qualifiante requise dans les meilleurs délais. Il est noté une amélioration du temps de présence IDE sur la structure. Toutefois, un turn-over important perdure. Des démarches doivent être engagées pour stabiliser durablement le personnel IDE</p> | <p>Immédiat</p> |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

L'établissement s'est engagé dans une politique de recrutement, de qualification du personnel et de fidélisation :

*S'agissant des recrutements, le jour du contrôle, les équipes sont apparues renforcées :

- L'équipe d'AS/AES/AMP est composée de 12 salariés diplômés auxquelles s'ajoutent 6 FFAS en VAE, 4 FFAS et 3 apprenties AS. Sur 22, 12 sont en CDI. Il n'en demeure pas moins que moins de 50% des effectifs sont non diplômés.
- Un poste de référent hébergement a été créé afin de coordonner les ASH ;
- 4 IDE : 2 en journées (6h45-18h45 et 8h-20h) auxquelles s'ajoute l'IDEC (9h-18h) et une infirmière « référente » (9h-17h) qui vient en appui ou en remplacement, selon les besoins de ses collègues. Le jour du contrôle une IDE intérimaire était également présente. **Cet accroissement significatif du temps IDE (de 2 à 4 voire 5) améliore considérablement le fonctionnement de l'infirmérie, cependant il ne faudrait pas que ce renforcement soit passager. La qualité des soins s'en trouverait impactée.** C'est une ancienne IDE de la structure qui assure désormais la fonction d'IDEC. Elle est inscrite, depuis le 6 septembre 2022, dans un parcours de formation d'infirmier coordonnateur de 148 heures dispensé par la croix rouge française.
- Une psychologue et une ergothérapeute ont également été recrutées à temps plein ;

Pour compléter ses effectifs, l'établissement s'appuie notamment sur un service de recrutement mis en place par le groupe ORPEA. Ce service, qui sera prochainement délocalisé par région, permet d'assurer un filtre des candidatures et de relancer les offres qui ne seraient pas suffisamment attractives.

*S'agissant de la qualification des ASH : une inscription dans un parcours de VAE (pour devenir AS) est proposé individuellement à chaque salarié.

Le jour du contrôle, 6 FFAS sur 10 étaient inscrites dans un processus de VAE.

L'établissement s'est aussi engagé dans une démarche de formation d'AS en alternance (3 AS en alternance au jour de la visite) et espère fidéliser ces salariées à l'issue de leur formation.

*S'agissant de la fidélisation : différentes actions sont entreprises :

- Lors de l'accueil du salarié un tutorat est mis en place sur 2 jours.
- Des guides détaillant les missions du jour intitulés « plan action » ou « book » sont remis à chaque salarié. Très détaillés, ces guides décrivent les actions à réaliser chronologiquement. Ils sont structurés par journée ou par semaine selon la nature de la fonction à assurer.
- Des prestations annexes de type QVT (qualité de vie au travail) ont également été mises en place : cadeau de bienvenue, 2 séances de sport/semaine et 1 massage par mois.

En outre, l'équipe d'encadrement s'emploie à stabiliser les équipes au travers d'une meilleure planification des absences. Cette anticipation concourt, selon leurs propos, à une meilleure fidélisation des salariés et à un recours limité des contrats courts.

L'exploitation des plannings traduit cette évolution avec un roulement plus standardisé des salariés et un recours moins important aux contrats courts y compris sur des périodes de vacances.

La mission a d'ailleurs constaté à l'occasion d'échanges avec les salariés qu'un climat social apaisé se dégageait de la structure, les termes de « bienveillance », « management compréhensif », « qualité de vie au travail » ont été formulés par plusieurs professionnels.

Le projet d'établissement a été finalisé par la directrice d'exploitation avant son départ en congé maternité. Il est en cours de validation par le service qualité du groupe et sera communiqué à l'ARS dès sa finalisation.

ECART LEVE sous réserve de la communication du projet d'établissement à l'ARS

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 2 : Ecart Ind. 5/ Constat n°37 [Ecart majeur] : Des produits périmés sont présents dans les rayonnages de l'infirmérie. | art. L 441-1 du code de la consommation | | => Injonction 2: Les locaux doivent être maintenus en ordre de façon à assurer la sécurité des personnels qui y travaillent et la bonne conservation des produits et matériels qui y sont détenus. Le contenu de ce pot doit être revu de façon à s'assurer de sa justification. Il devra alors être détenu de façon à ne pas constituer une source d'accident. ECART LEVÉ Tout objet susceptible de causer un dommage doit être rangé comme il se doit. | Immédiat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, l'infirmérie est apparue ordonnée. Elle n'était plus encombrée comme le jour de l'inspection.
Un nouveau meuble pour optimiser le rangement, dans la salle réservée au stockage des compléments alimentaires, était attendu.

ECART LEVÉ mais DEMARCHE A POURSUIVRE

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 3 : Ecart Ind. 9 / Constat n°50 [Ecart majeur] : La fiche de traitement utilisée pour la préparation des traitements ne correspond pas toujours à la prescription en vigueur, si bien que le traitement préparé/administrés ne correspond donc pas toujours à la prescription en vigueur. | art. R. 4311-7 du CSP | | => Injonction 3: Il est nécessaire de veiller à une meilleure gestion des fiches de traitement (présentes dans le classeur) pour qu'elles correspondent toujours à l'ordonnance en cours de validité, de façon à n'administrer que les médicaments prescrits. | Immédiat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

A chacun des 2 chariots de distribution des traitements (des IDE) est associé un classeur qui regroupe par résident : une fiche d'identité du résident (photographie A4 avec son identité et son n° de chambre), la prescription en vigueur et la fiche de traitement correspondante.

Le jour du contrôle il a été relevé que les prescriptions n'étaient pas systématiquement rédigées avec le LAP (netsoin). Certaines sont encore manuscrites et d'autres sont dactylographiées avec un autre logiciel. Ce n'est pas satisfaisant car cela implique leur transcription dans netsoins pour obtenir le plan d'administration des médicaments. C'est un risque non négligeable d'erreurs d'administrations (cf. Remarque 11 - constat n°51).

Cependant, il a été relevé dans ces classeurs que la prescription ou la fiche de traitement présente n'était pas toujours celles en vigueur.

C'est le cas d'une résidente (Mme Jo... VE...) :

- la prescription en cours présente dans le classeur date du 21/11/2022.
- la fiche de traitement « imprimée le 10/01/2023 » indique pour le traitement antalgique « traitement de fond révolu le 09/01/2023 », alors que la prescription du classeur le mentionne encore (DAFALGAN 1000 mg (paracetamol) : « 1 comprimé à 8h, 12h et 19h »)

Il est important que la prescription en vigueur soit conservée dans le classeur du chariot de distribution des médicaments de façon à pouvoir être consultée le cas échéant.

Toutes les prescriptions doivent être réalisées sur le LAP de façon à être convenablement prises en compte par les tablettes.

Toute modification de traitement dans l'urgence doit être rapidement régularisée par une nouvelle prescription sur le LAP.

De façon à faciliter le suivi des traitements (renouvellement par la pharmacie) il est recommandé de rédiger les prescriptions pour une durée de 3 mois.

Ainsi, seuls les hypnotiques feront l'objet d'une prescription toutes les 4 semaines.

A ce sujet, il a été indiqué que dans la perspective du changement de préparation des doses à administrer par la pharmacie, il n'y aurait plus de préparation manuelle à l'infirmérie mais une préparation à la pharmacie selon un dispositif à usage unique (pilisoft) qui impliquerait des prescriptions de 3 mois (90 jours) et non plus d'1 mois uniquement.

Le plan d'administration des médicaments de netsoin est édité sous la forme de la « fiche d'administration » mais également consultable sur la tablette des IDE.

Chacun des 2 chariots de distribution des médicaments des IDE est ainsi associé à une tablette permettant le contrôle du traitement et l'enregistrement de son administration.

Les informations de la tablette sont théoriquement à jour, puisqu'elles résultent des traitements prescrits dans le logiciel.

Dans ce contexte, il convient de s'interroger pour définir si l'édition systématique de la fiche d'administration pour la classer dans le classeur des traitements est justifiée.

Il est tout à fait envisageable de procéder à une édition dématérialisée (pdf) de ces documents de façon à les sauvegarder systématiquement pour pouvoir s'y référer en cas de panne informatique (panne des tablettes). Ces supports seraient alors utilisés en cas de procédure dégradée, en cas de panne des tablettes ou du système informatique, ce qui reste exceptionnel.

Cela éviterait les erreurs de mise à jour des documents dans le classeur et les éventuelles discordances par rapport aux informations de la tablette.

L'utilisation de tablettes (1 par chariot de distribution) par les IDE conditionne les modalités de contrôle des traitements à réception, avant administration ainsi que l'enregistrement d'administration.

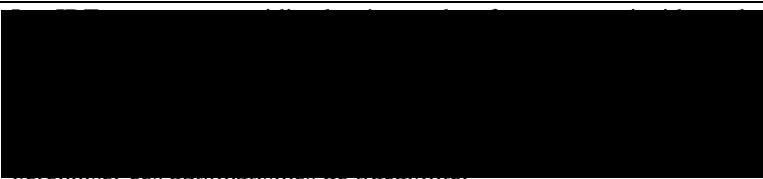
Dès lors, une réflexion sur les documents nécessaires pour ces opérations doit être menée.

La question de leur mobilisation, de leurs modalités d'édition (sauvegarde électronique ou impression et dépôt dans le classeur) doit être posée et définie.

Les modalités de travail des IDE mais également la fiabilité des outils utilisés (tablettes) doit guider ces choix.

Pour faciliter l'ergonomie de la tablette, et réduire le risque d'erreur, il est souhaitable de solliciter le prestataire informatique de façon à ce que les traitements arrêtés (« révolus ») n'apparaissent pas à l'écran. Seuls ceux à administrer sont utiles.

ECART MAINTENU

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 4 : Ecart Ind. 10 / Constat n°55 [Ecart majeur] : Il n'est pas possible d'écartier l'hypothèse que certains médicaments prescrits n'ont pas été administrés. | art. R. 4311-7 du CSP |  | => Injonction 4: Il convient de s'assurer que les médicaments prescrits sont administrés | Immédiat |
| | | | ECART LEVÉ. | |

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | Cette traçabilité n'exonère pas de s'assurer que les traitements ont bien été administrés et que le pilulier est vide | |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle il n'a pas été possible de vérifier les prises (de médicaments) administrées.

Cependant, il a été relevé des piluliers dont les traitements avaient été administrés où un sachet de laxatif était encore présent.

Une réflexion doit être menée de façon à distinguer la prescription des laxatifs de façon systématique, de ceux en « si besoin » : de façon générale, la prescription des laxatifs de tous les résidents doit être revue en ce sens. Les « si besoins » doivent s'accompagner d'un suivi formalisé qui permet de justifier l'administration.

Par ailleurs, pour éviter l'accumulation de boîtes de laxatif par une dispensation inadaptée de la pharmacie, la prescription en si besoin devrait se limiter à une boîte par mois de traitement. Le prestataire informatique doit être sollicité en ce sens, pour que la prescription en « si besoin » soit accompagnée de la mention « 1 boîte » et non pas « 1 mois de traitement ».

ECART LEVÉ mais démarche à poursuivre.

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 5 : Ecart Ind. 11 / Constat n°66 [Ecart majeur] : Il a été indiqué que faute de temps, les traitements ne sont pas toujours contrôlés avant administration. Or il est nécessaire de vérifier la conformité du traitement présent dans le pilulier avant administration. | art. R. 4311-7 du CSP | | => Injonction 5: Il est nécessaire de vérifier la conformité du traitement présent dans le pilulier avant administration pour s'assurer que le traitement administré correspond effectivement à celui prescrit. ECART LEVÉ. Un contrôle hebdomadaire par échantillonnage ne se justifie pas. | Immédiat |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Les semainiers de traitement sont préparés de façon hebdomadaire, à l'infirmérie de l'EHPAD, par le pharmacien qui dispense les traitements.

Le traitement est vérifié par l'infirmière avant distribution avec la tablette.

ECART LEVÉ

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 6 : Ecart Ind. 13 / Constat n°68 [Ecart majeur] : Les traitements de médicaments stupéfiants prescrits ne sont pas toujours convenablement administrés. | art. R. 4311-7 du CSP | | => Injonction 6: Une plus grande attention doit être portée à la gestion des médicaments stupéfiants pour s'assurer que ceux prescrits sont administrés et que les documents de traçabilités sont convenablement complétés. | Immédiat |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

La fiche d'enregistrement de l'administration des traitements stupéfiants a été améliorée.
Les administrations sont régulièrement enregistrées.

Cependant, l'examen de ces documents montre que ces médicaments ne sont pas toujours administrés conformément à la prescription.
(ex : Mme G (Ch 2022) : les gouttes prescrites matin et soir, en décembre 2022, n'ont été administrées que le soir pendant les 4 premiers jours).

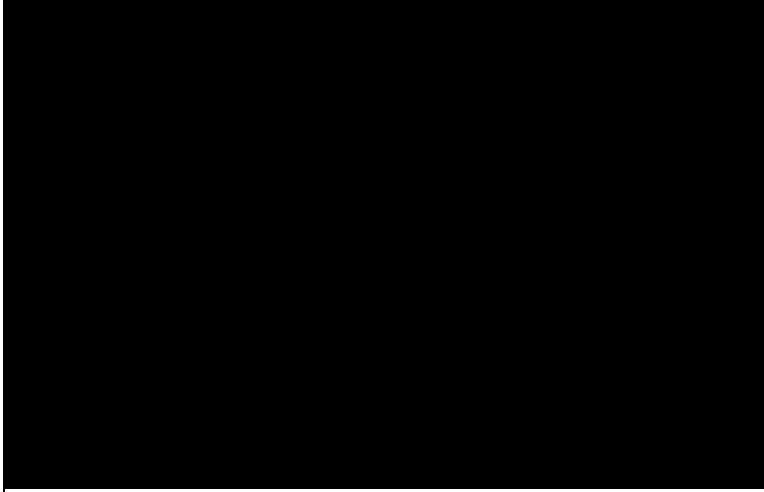
Il pourrait être utile de conserver dans le coffre, les boîtes de médicaments associées à une copie de la prescription correspondante, regroupés ensemble (à titre d'exemple dans un sachet de congélation « zippé ») de façon à en faciliter la gestion.

Le Medco doit disposer d'ordonnances sécurisées de façon à pouvoir prescrire des médicaments stupéfiants aux résidents, le cas échéant.

En effet, il a été relevé une prescription de médicaments stupéfiants par le Medco sur une feuille ordinaire. De surcroit cette prescription, rédigée (le 21/12/2022) sur papier à entête « Orpea » ne comportait aucune précision sur l'identité du médecin prescripteur.

Le Medco n'est présent que depuis 2 mois dans l'établissement mais cette situation ne doit pas se renouveler.

ECART LEVÉ mais démarche à poursuivre.

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 7 : Ecart Ind. 8/ Constat n°49 [Ecart majeur] : La procédure de contention ne répond à la réglementation en vigueur notamment sur la fréquence de prescription et de suivi. | Recommandations de l'ANAES (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé aujourd'hui HAS : haute autorité de santé), octobre 2000 : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » |  | => Injonction 7: Les contentions doivent être régulièrement prescrites et réévaluées. Si le formalisme de leur reconduite, par l'outil NETSoins s'avère inadapté, il convient d'utiliser un autre outil (comme, par exemple un formulaire papier adapté). | Immédiat |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le Medco travaille avec l'ergothérapeute sur les contentions.

Le lundi matin, il y a analyse des chutes.

Une prescription médicale est systématiquement demandée aux médecins traitants qui ne la font pas toujours. Dans ce cas, c'est le Medco qui l'établit dans netsoins.

Un classeur regroupe, pour chaque contention : la prescription (pour 4 mois), le formulaire de consentement de la famille, une fiche permettant d'enregistrer la ré-évaluation mensuelle de la contention, sur une durée d'une année.

La procédure relative aux contentions est en cours d'actualisation par le Medco. Ce travail a porté ses fruits puisque le nombre de contentions a diminué.

Il ne reste plus aucune véritable contention : pour 80 résidents, il y 2 grenouillères, 11 barrières de lit à 2 barrières, 1 fauteuil avec ceinture pelvienne. Il n'y a aucune porte fermée à clef.

Pour 9 des chuteurs identifiés, l'Ehpad utilise une housse connectée, placée sous le matelas, dont le boîtier associé alerte (lumière rouge) le personnel (de nuit, seul formé) lorsque le résident n'est plus dans son lit. Selon, la personne et ses habitudes, le temps de latence varie entre 5 et 30 minutes. La housse est prescrite. Il n'y a pas encore de procédure.

Le coût de ce dispositif est d'environ 1 € par jour (par résident).

Il serait utile de former également à ce dispositif les « équipes de jour » concernées (notamment en cas de sieste de ces résidents).

Il a été indiqué que les personnes de l'USA déambulent librement dans l'unité.

D'une manière générale, le Medco a indiqué que les relations avec les médecins traitants ne sont pas toujours faciles.

ECART LEVÉ

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 8 : Ecart Ind.2 / Constat n°11 : Des ordonnances nominatives préétablies, dans des locaux accessibles à tous ont été trouvées au jour de l'inspection. | art. L. 1110-4 du CSP | | => Injonction 8 : Les ordonnances, comme tout document nominatif et confidentiel, y compris celles destinées aux kinés, ne doivent pas être déposées à la vue de tous, dans des locaux librement accessibles à tous. | Immédiat |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Il n'a pas été trouvé d'ordonnance dans les locaux utilisés pour les activités physiques ou les exercices de rééducation.

Cependant, il a été trouvé à l'infirmérie des prescriptions pré-établies et pré signées, à l'entête du Medco, pour la prescription d'oxygène.

Ce type de recours doit être protocolisé et encadré de façon à se limiter aux urgences.

Un seul exemplaire doit être disponible et utilisé au fur et à mesure des besoins. Le Medco doit être systématiquement informé de toute utilisation.
(cf. Article R. 4311-2 du CSP)

A ce titre, 2 concentrateurs (filmés) et 3 bouteilles d'oxygène sur un chariot étaient présents dans la salle des aliments diététiques et du chariot d'urgence de l'infirmérie.

Un document affiché au mur, était destiné au suivi de leur utilisation.

Un protocole plus complet mérite d'être mis en place.

ECART MAINTENU

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 9 : Ecart Ind.3 / Constat n°12 : Au jour de l'inspection un médicament a été trouvé accessible librement, en salle de kiné, sans surveillance et hors infirmerie ou chariots de soins. | art. R. 5126-109 du CSP | | => Injonction 9 : Les médicaments doivent être détenus à l'infirmérie ou sur les chariots de soins, voire dans des locaux fermés seulement accessibles aux professionnels autorisés. | Immédiat |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

ECART MAITENU
Cf. écart 8

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Il n'a pas été trouvé d'ordonnance ni de médicament dans les locaux utilisés pour les activités physiques ou les exercices de rééducation.

ECART LEVÉ

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 10 : Ecart Ind.12 /Constat n°67 : Des administrations de médicaments sont assurées par les aides-soignantes en l'absence d'IDE, dans le cadre de l'aide aux actes de la vie courante. Cependant, elles ne disposent pas de la liste à jour des résidents concernés et il n'y a pas été établi de protocole de soins l'organisant. | art. L. 313-26 du CASF | | => Injonction 10 : Les aides-soignantes de nuit doivent disposer de la liste à jour des résidents à qui elles distribuent les traitements au coucher, de façon à s'assurer qu'il n'en a pas été oublié. Un protocole de soins organisant cette distribution, doit être rédigé. L'ensemble des personnels concernés doivent y être formé (art. L. 131-26 du CASF). | Immédiat |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Les fiches d'administration (netsoins) des résidents, disposant d'un traitement de nuit remis par les AS de nuit (en l'absence d'IDE), sont regroupées dans un classeur.

Deux chariots sont utilisés. Avant son départ, l'IDE y dépose :

- les piluliers des résidents disposant d'une prise de médicament (au coucher) ;
- les godets contenant les gouttes à distribuer (préalablement préparés par l'IDE) avec : l'étiquette du patient et son contenu (médicament – quantité) ;
- les godets contenant les « si besoins » à administrer : en cas d'agitation...

Certains godets n'étaient pas convenablement étiquetés puisqu'ils ne comportaient que le nom du patient, sur le bouchon (et non sur le corps du récipient).

L'un comportait un comprimé nu (et non sous blister) (SERESTA©).

Le protocole doit être finalisé.

La liste datée des résidents concernés doit être établie, pour les administrations au coucher et les « si-besoins ».

L'organisation doit être formalisée dans une procédure. L'équipe de nuit doit être formée à ces administrations.

Il est rappelé à ce sujet que l'administration d'un « si-besoin » nécessite au préalable la décision d'un soignant (IDE ou médecin).

Par ailleurs, les conditions d'administration doivent être clairement explicitées, la mention « si besoin » ne suffit pas (exemple pour le LOXEN© de Mme D en 212A).

ECART MAINTENU

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 11 : Ecart Ind. 1 / Constat n°9 : Le dispositif de sécurité incendie de l'USA n'étaient pas correctement fixé, ni signalé. | Arrêté du 2 Août 2013 modifiant celui du 4 Novembre 1993 relatif à la signalisation de sécurité et de santé au Travail | | => Injonction 11 : Les dispositifs utilisés pour la lutte contre les incendies de l'USA doivent être convenablement arrimé au mur et signalé. Leurs conditions de détention ne doit pas être une source d'incident. | Immédiat |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les dispositifs utilisés pour la lutte contre les incendies de l'USA étaient arrimés au mur et signalés.

La commission de sécurité a eu lieu le 20 avril 2022.

ECART LEVÉ

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ecart 12 : Ecart Ind. 21 / Constat n°79 [Ecart majeur] : Une obligation de discrétion, déclinaison de l'obligation de loyauté s'impose à tout salarié dans l'exercice de ses fonctions. | Art 1222-1 du code du travail | | => Injonction 12 : La direction de l'établissement doit adopter une attitude respectueuse de nature à préserver l'obligation de loyauté tant envers les familles qu'envers les salariés. | Immédiat |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

La mission a pris connaissance de divers compte-rendu du CVS. Ces derniers traduisent l'obligation de discrétion qui s'impose aux salariés dans l'exercice de leurs fonctions.

ECART LEVÉ

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|-----------|
| Ecart 13 : Ecart Ind. 14 / Constat n°69 : Le DARI n'est pas actualisé. | INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2 016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins | | => Prescription 1 : Le DARI doit être réactualisé. | Juin 2022 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|-----------|

| | | | | |
|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|
| | (PROPIAS) dans le secteur médiaco-social 2016/2018 | | | |
|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Un document intitulé DARI et actualisé au 27/01/2022 a été remis à la mission. A sa lecture il apparaît que ce document est un document type dont le contenu n'a pas été complété par l'établissement.

La mission relève également que les coordonnées mentionnées dans les toutes premières pages sont obsolètes, probablement en raison de l'ancienneté du document type qui date de 2014.

ECART MAINTENU

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
| Ecart 14 : Ecart Ind. 15 / Constat n°70 : La procédure de gestion des DASRI n'est pas actualisé. | Arrêté du 16 octobre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - MINSANTE n°96 ; MINSANTE N°2021_0. | [REDACTED] | => Prescription 2 : La procédure de gestion des DASRI doit être réactualisée. | ECART LEVÉ | Juin 2022 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

La procédure de gestion des DASRI a été actualisée.

ECART LEVÉ

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
| Ecart 15 : Ecart Ind. 16 / Constat n°71 : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent également élaborer un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, appelé « plan bleu ». | Décret no 2005-768 du 7 juillet 2005 | [REDACTED] | => Prescription 3 : Le plan bleu doit être réactualisé. | ECART LEVÉ | Juin 2022 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le plan bleu n'a pas été communiqué.

ECART MAINTENU

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <p>Ecart 16 : <u>Ecart Ind. 17</u> / Constat n°73 : Le signalement des dysfonctionnements graves et évènements indésirables grave aux autorités compétentes ne répond pas aux obligations légales et règlementaires.</p> <p><u>Ecart Ind. 18</u> / Constat n°74 : La gestion des évènements indésirable grave au sein de la structure ne répond pas aux obligations légales (suivi, mesures de gestion et dispositions préventives) (Article R331-8 casf)</p> <p><u>Rem Ind. 18</u> / Constat n°75 [Remarque majeure] : L'établissement n'a pas mis en œuvre une démarche qualité de nature à prévenir la survenue et la réitération d'évènement indésirables</p> <p><u>Rem .Ind. 56</u> / Constat n°72 : Les évènements indésirables sont peu déclarés en interne.</p> | <p>Article L331-8-1 du casf</p> | | <p>=> Prescription 4 : L'établissement doit mettre en œuvre une démarche qualité de nature à prévenir la survenue et la réitération d'évènement indésirables. L'incitation à la déclaration en interne doit être assuré.</p> <p>L'information aux autorités administratives compétentes doit être effectivement réalisée dans un délai raisonnable.</p> <p>ECART LEVÉ Une attention particulière devra être portée sur les délais d'information des autorités compétentes.</p> | <p>Juin 2022</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| | | | | |
| <u>Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :</u> | | | | |
| Les EIG sont signalés à l'ARS. | | | | |
| ECART LEVÉ | | | | |
| Ecart 17 : Ecart Ind. 19 / Constat n°75 : La participation à la révision du projet d'établissement doit se faire dans le cadre d'une réelle démarche participative. Elle doit être accompagnée par l'établissement si besoin. | Art L331-3 Du casf | | => Prescription 5 : L'établissement doit garantir la participation effective des personnes éligibles au projet d'établissement. | Septembre 2022 |
| <u>Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :</u> | | | | |
| La mission a pu prendre connaissance des comptes rendus des réunions préparatoires. Ils témoignent d'une sollicitation et d'une participation de l'ensemble des résidents et salariés à la préparation du projet d'établissement. | | | | |
| ECART LEVÉ | | | | |
| Ecart 18 : Ecart Ind. 20 / Constat n°78 : Le directeur doit respecter les règles budgétaires et comptables applicables aux établissements médicaux sociaux. Il doit communiquer avec loyauté envers les résidents et les familles. | Circulaire DGS-5 B/DHOS- F2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n° 99- 316 et n° 99- 317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissement s hébergeant des personnes âgées | | => Prescription 6 : L'établissement doit rectifier les engagements pris et communiquer avec exactitude envers les familles et les résidents. | Juin 2022 |
| <u>Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :</u> | | | | |
| ECART MAINTENU Dans l'attente du document finalisé avant septembre 2022. | | | | |

| | | | | |
|--|--------------------------------------------------|--|--|--|
| | dépendantes et article 1222-1 du code du travail | | | |
|--|--------------------------------------------------|--|--|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le compte rendu du CVS du 14 avril comporte un « focus » sur les modalités de financement de la structure. La directrice a communiqué avec exactitude envers les familles et les résidents s'agissant des règles budgétaires et comptables applicables aux établissements médicaux sociaux.

ECART LEVÉ

REMARQUES

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 1 : Rem .Ind. 1 / Constat n°1 [Remarque majeure] : La propreté des locaux communs, en particuliers les toilettes, demeure insuffisante. Les mesures d'hygiène spécifiques applicables à certaines zones spécifiques ne sont pas respectées. Les dispositifs de suivi des nettoyages sont erronés (information sur un nettoyage toutes les 3 h. alors que le ménage n'est pas effectué) | | => Prescription 7 : Les locaux communs et en particuliers les toilettes doivent être maintenus dans un état de propreté satisfaisant. Les locaux communs ou utilisés par le personnel doivent être maintenus dans un état de propreté satisfaisant. A ce titre, le personnel doit être sensibilisé à nettoyer, après son départ, les locaux qu'il a utilisés. | Immédiat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle les locaux sont apparus propres.

Une plaque du plafond de la pièce où est stocké le linge propre de l'USA manque, et de la même façon, dans le local de stockage des changes à l'USA.

REMARQUE LEVÉE mais démarche à poursuivre.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 2 : Rem .Ind. 3 / Constat n°3 [Remarque majeure] : Certains équipements destinés à l'hygiène des mains ne fonctionnaient pas. | | => Prescription 8 : Les équipements destinés à l'hygiène des mains (distributeurs de savon ou de papier absorbant) doivent être convenablement approvisionnés et fonctionnels. | Immédiat |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Compris au CSCA comme indiqué dans notre réponse à votre remarque IV.3.

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| Rem .Ind. 9 /Constat n°10 [Remarque majeure] : A l'USA, les équipements destinés à l'hygiène des mains ne fonctionnaient pas. | | REMARQUE LEVÉE | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Les équipements destinés à l'hygiène des mains, testés par la mission le jour du contrôle, étaient approvisionnés et fonctionnaient. En revanche aucun flacon de SHA n'était daté.

REMARQUE LEVÉE

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 3 : Rem .Ind. 7 / Constat n°7 [Remarque majeure] : Les classeurs de soins ne comportaient pas toujours les plans de soins les plus récents. | | => Prescription 9 : Les plans de soins utilisés doivent être à jour et convenablement rangés dans les classeurs de soins. Les documents anciens doivent être éliminés pour éviter toute erreur ou confusion. | Immédiat |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, dans la salle de soin de l'USA, un classeur regroupait, par résident :

- Une page intercalaire comportant sa photographie en A4 comportant son identité (civilité NOM Prénom) et son numéro de chambre.
- La Synthèse du projet personnalisé : photo différente
- La « Vue global AS » édité de netsoin récapitulant les tâches à réaliser, enregistrées en scannant le code-barres correspondant.

Il a cependant été relevé que pour une résidente, il n'y avait pas de photographie (Mme S – Ch 6).

Par ailleurs la photographie apparaît également sur d'autres documents. Elles ne correspondent pas toutes.

Une réflexion devrait être lancée pour qu'une photographie récente (permettant de reconnaître le résident) soit présente dans le classeur et que les photographies qui apparaissent sur les autres documents (ou étiquettes) qui sont soit illisibles, soit non ressemblantes car trop anciennes, disparaissent.

Les projets personnalisés sont revus, en tant que de besoin à chaque évènement impactant la prise en charge du résident, et à minima, tous les ans en secteur conventionnel et tous les 6 mois en USA.

Les plans de soins font l'objet d'une réactualisation plus fréquente.

Le jour du contrôle, il a été trouvé dans l'infirmerie relai du 1^{er} étage un classeur comportant tous les plans de soins édités le 22 mars 2022 et valable pour une durée de 1 an. Selon des salariées ce classeur serait remis aux agents effectuant des remplacements, pour les accompagner dans leurs missions, en plus des éléments contenus dans la tablette connectée au logiciel netsoins.

Si la présence d'un outil papier peu s'entendre comme outil de secours, son utilisation, alors qu'il est non actualisé, ne présente pas de plus-value.

A l'USA, les 2 classeurs destinées l'un aux AS et l'autre aux auxiliaires de vie n'étaient pas totalement à jour.

Il apparaît plus important de convenablement former les « agents occasionnels » à l'outil informatique (tablettes) qu'à la consultation de documents obsolètes.

REMARQUE MAINTENUE

L'élimination/actualisation des documents anciens devra être organisée ainsi que la formation systématique des professionnels aux outils informatiques qu'ils sont obligés d'utiliser.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 4 :</p> <p><u>Rem .Ind. 7</u> / Constat n°14 [Remarque majeure] : Les informations relatives aux régimes alimentaires spécifiques semblaient connues via le bouche à oreille. La fiche procédure nationale était méconnue des effecteurs de l'établissement. Aucun dispositif sécurisé n'a pu être présenté à la mission permettant d'écartier tout risque lié à la prise du repas (déséquilibre alimentaire, risque de fausse route...).</p> | | <p>=> Prescription 10 : La sécurisation des régimes alimentaires doit être assurée notamment via une traçabilité des préconisations applicables à chaque résident.</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p> |
| <p><u>Rem .Ind. 15</u> / Constat n°18 [Remarque majeure] : (ndrl : A l'UGD), Le classeur précisant les préconisations applicables à chaque résident pour la prise alimentaire n'était ni utilisé, ni connu par l'ensemble des professionnels concernés.</p> | | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Il a été indiqué qu'il y a 3 textures (mixé, haché, normal) et plusieurs régimes (normal, hyper protidique, hyper protidique +, complément alimentaire), et, également sans sel.... Il y a une mise à jour quotidienne à l'infirmérie sur netsoins des régimes des résidents. Les cuisiniers sont informés par messagerie, par l'infirmérie, de la mise à jour des informations les concernant. Ils procèdent alors à l'extraction dans le logiciel de ces informations.

REMARQUE LEVÉE

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 5 : Rem .Ind. 17 / Constat n°20 [Remarque majeure] : En raison du nombre de résidents à aider, le personnel à disposition n'est pas suffisant pour la stimulation et l'aide au repas. | | => Prescription 11 : L'organisation de la cuisine en termes de gestion de personnel doit être formalisée et sécurisée. REMARQUE MAINTENUE En raison du nombre de résidents à aider, le personnel à disposition n'est pas suffisant pour la stimulation et l'aide au repas. | Immédiat |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

En UGD (unité grands dépendants : 1^{er} étage)

Le jour du contrôle, 12 résidents y ont pris leur repas dans la salle à manger de l'UGD : 11 résidents de l'UGD et 1 résidente du secteur conventionnel (laquelle, en raison de troubles auditifs, ne supporte pas le bruit de la salle à manger principale). Une résidente de l'UGD se restaure en salle à manger principale, une autre en chambre.

L'effectif théorique était de 3 salariés, mais en raison d'une absence, l'effectif réel était de 2 personnes : une ASD et une FFAS. Leur organisation et leur dynamisme a permis de répondre aux besoins de stimulation des résidents présents.

Cependant, un tel effectif (2 ASD/FFAS) demeure insuffisant.

Les « tables ergonomiques », indiquées dans la réponse au rapport par l'établissement, n'étaient pas présentes.

En salle à manger principale

L'organisation a été revue afin de proposer deux services :

- dès 12h, un premier service pour les résidents nécessitant une stimulation et/ou une aide au repas ;
- à compter de 12h30, un second service pour les résidents autonomes.

Cette organisation permet d'apporter davantage d'aide aux résidents qui en ont besoin pour la prise des repas.

REMARQUE MAINTENUE

L'établissement devra fournir la preuve de l'acquisition et l'installation des équipements ergonomiques évoqués dans la réponse au rapport d'inspection.

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 6 : Rem .Ind. 23 / Constat n°26 [Remarque majeure] : Les procédures d'astreinte et de continuité de service ne sont pas formalisées et sont méconnues du personnel. Cette situation ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et du personnel. | | => Prescription 12 : L'organisation de la continuité de gestion de l'établissement doit être assurée. REMARQUE LEVÉE | Immédiat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

L'établissement a transmis une procédure intitulée « continuité de la fonction de direction V 002_01/11/2019 ».

En pratique, les salariés interrogés ont connaissance d'une astreinte physique et téléphonique. La majorité d'entre eux méconnaissent la procédure de continuité des fonctions de direction. En effet, leur première réponse consiste à solliciter l'agent de maintenance qui, de fait, joue un rôle de personne ressource.

REMARQUE MAINTENUE

L'établissement devra actualiser les documents papiers relatifs à la continuité de service présents dans les infirmeries relais.

Cette exigence s'applique également pour tous les autres documents contenus dans les classeurs de contacts utiles (procédures AES actualisation 2012, protocole hospitalisation actualisation 2014, journée type IDE actualisation 2012 ...)

Remarque 7 :

Rem .Ind. 27 / Constat n°31 [Remarque majeure] : L'établissement connaît un turn over important via le recours à l'intérim ou des contrats courts. Cette instabilité désorganise le fonctionnement et est préjudiciable à la sécurité des résidents.

Rem .Ind. 21 / Constat n°24 : La gouvernance de l'établissement diverge entre la présentation orale et la formalisation qui en est faite dans l'organigramme.

Rem .Ind. 22 / Constat n°25 : La répartition des missions au sein de l'équipe d'encadrement n'est pas formalisée notamment entre le directeur et l'adjoint.

Rem .Ind. 24 / Constat n°27 : Aucun accompagnement opérationnel à la prise de poste du nouveau directeur n'a été organisé par la direction régionale.

=> Prescription 13 :

L'établissement doit formaliser ses modalités pratiques et porter cette organisation à la connaissance effective du personnel.

REMARQUE MAINTENUE en ce qui concerne

-Le turn-over : cf réponse écart 1 ;

-L'accompagnement des personnels : une attention particulière doit être apportée à l'intégration des nouveaux personnels d'encadrement ;

-Les outils d'accompagnement des personnels dans l'accomplissement de leurs missions : tutorat, accompagnement...

Juin 2022

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <p><u>Rem .Ind. 25</u> / Constat n°28 : Aucun dispositif d'échange avec l'ensemble du personnel ni avec la direction régionale n'est institutionnalisé</p> <p><u>Rem .Ind. 26</u> / Constat n°29 : L'établissement ne dispose pas d'un document opérationnel (organigramme fonctionnel) permettant d'identifier « qui fait quoi ».</p> <p><u>Rem .Ind. 28</u> / Constat n°32 : L'établissement n'a pas formalisé des outils d'accompagnement des personnels dans l'accomplissement de leurs missions. Cette lacune est d'autant plus préjudiciable qu'il a fortement recours à l'intérim.</p> <p><u>Rem .Ind. 29</u> / Constat n°33 : Les rares outils existants permettant l'accompagnement des personnels ne sont pas actualisés.</p> | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

En plus des éléments mentionnés dans l'Ecart 1 (cf. Des guides détaillant les missions du jour), l'établissement s'est doté d'outils permettant d'accompagner les agents dans l'accomplissement de leurs missions. Des fiches détaillées « déroulement d'une journée », « fiche horaire journalière », « fiche d'une journée AU AV USA », « première nuit à la Résidence Crampel », « Fiche de poste aide serveur et cuisine », « Fiche de poste cuisine », « Fiche de poste plongeur » « Fiche de poste aide serveur » ont été établies.

Un livret d'accueil comprenant la fiche horaire, la liste des résidents du secteur, la liste des textures (repas) et hydratation, la fiche de travail, la liste des couchers et des numéros utiles a également été conçu.

Enfin, une notice réalisée par l'IDEC rappelle les éléments importants pour les salariés qui intègrent la résidence.

REMARQUE LEVÉE

Toutefois, il serait pertinent que ces fiches/guides soient réalisés selon une trame harmonisée.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 8 : Rem .Ind. 30 / Constat n°34 [Remarque majeure] : Aucun plan de formation n'a été présenté à la mission.</p> <p>Rem .Ind. 31 / Constat n°35 : Le suivi des formations, notamment sécurité incendie et sauveteur secouriste du travail n'est pas assuré.</p> <p>Rem .Ind. 32 / Constat n°36 : Les formations du personnel relatives à l'amélioration de la prise en charge des résidents, réalisées en interne, ont été suspendues.</p> | | <p>=> Prescription 14 : La formation continue du personnel doit être poursuivie de façon à garantir une prise en charge de qualité des résidents.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE En l'absence des pièces attestant que les formations inscrites au plan de formation ont été réalisées.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

L'établissement s'est doté d'un plan de formation pour 2023. Il est diversifié et propose des actions de formation tant sur la partie prise en charge que sur le volet logistique/organisation.

REMARQUE LEVÉE

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 9 : Rem .Ind. 37 / Constat n°43 [Remarque majeure] : Le temps horaire et de présence du Medco ne correspond pas à un mi-temps.</p> | | <p>=> Prescription 15: Le temps de travail du Medco doit être revu afin d'assurer une présence sur site correspondante à un mi-temps</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le nouveau Medco est arrivé le 17/10/2022. Elle vient de la Réunion où elle a été 4 ans Medco. Elle a obtenu le DU de médecin coordinateur (Sorbonne – Paris). Elle a été recrutée à 0,6 ETP. Elle est présente les : lundi, mercredi et vendredi, de 9h à 17h.

REMARQUE LEVÉE

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 10 : Rem .Ind. 39 / Constat n°46 [Remarque majeure] : Il n'existe pas de temps de réunion réguliers entre l'IDEC et les équipes soignantes d'une part pour l'organisation des soins, ni entre les maîtres de maison et les ASH d'autre part. A fortiori pour les équipes de nuit qui sont isolées en termes de gestion d'équipe.</p> | | <p>=> Prescription 16 : L'établissement doit organiser des temps d'échanges qui permettraient de renforcer la cohésion des équipes, le sentiment d'appartenance à une identité commune et d'indiquer les orientations et les priorités de l'établissement.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | REMARQUE MAINTENUE Les réunions proposées ne visent pas à renforcer la cohésion des équipes mais concernent essentiellement la prise en charge des résidents | |
|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Des réunions d'équipes pluridisciplinaires sont organisées de façon hebdomadaire. Animées par le Medco ou l'IDEC, elles permettent de faire un point sur la prise en charge des résidents et envisager une adaptation si nécessaire. Un compte rendu est conservé.

D'autres réunions d'équipes sont organisées. La liste des présents fait état d'une large participation.

REMARQUE LEVÉE

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 11 : Rem .Ind. 42 / Constat n°51 [Remarque majeure] : La plupart des prescriptions en vigueur ne sont pas élaborées avec le LAP (NetSoins) utilisé dans l'établissement | | => Prescription 17 : Inciter tous les prescripteurs à utiliser le LAP de l'établissement (NETSoins), au moins pour établir les prescriptions, de façon à disposer d'une prescription et d'une « feuille de traitement » dactylographiées sans re-saisie par les IDE. Organiser des cessions de formation en ce sens. | Jun 2022 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, 33 médecins traitants (en plus du Medco) intervenaient dans l'établissement.

Leur liste, précisant leurs coordonnées, était affichée dans la salle des médicaments.

Il a été constaté qu'ils n'utilisaient pas tous netsoins, si bien que les prescriptions manuscrites perduraient et d'autres sont dactylographiées avec un autre logiciel. Ce n'est pas satisfaisant car cela implique leur transcription dans netsoins pour obtenir le plan d'administration des médicaments. C'est un risque non négligeable d'erreurs d'administrations (cf. Ecart 3 – constat n°50).

Quoiqu'il en soit, il est important de s'assurer que la prescription en vigueur est conservée dans le classeur du chariot de distribution des médicaments de façon à pouvoir être consultée le cas échéant.

Il a été indiqué que dans la perspective du changement de modalités de préparation des doses à administrer (PDA) par la pharmacie, il n'y aurait plus de préparation manuelle à l'infirmérie mais une préparation à la pharmacie selon un dispositif à usage unique (pilosoft) qui impliquerait des prescriptions de 3 mois (90 jours) et non plus de 1 mois uniquement.

REMARQUE MAINTENUE

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 12 : Rem .Ind. 43 / Constat n°52 [Remarque majeure] : Les prescriptions ne précisent pas si les médicaments doivent être broyées ou non avant administration. Les piluliers des résidents ne sont pas non plus identifiés en tant que tels. L'information est donc méconnue du pharmacien qui ne peut pas s'assurer que le traitement est compatible avec ce broyage. L'administration n'est pas non plus sécurisée puisque c'est la nature du régime alimentaire (mixé ou pas) et la connaissance du résident qui conduit à ce broyage au moment de l'administration.</p> | | <p>=> Prescription 18 : Les prescripteurs doivent préciser sur les prescriptions quand le broyage des médicaments s'avère nécessaire. Le pharmacien doit disposer de l'information pour s'assurer que les médicaments qu'il dispense sont compatibles avec cette opération. La fiche de traitement doit également en comporter clairement la mention. Les piluliers des résidents concernés doivent être identifiés en tant que tels, par un signe distinctif visuel permettant d'en informer celui qui procède à la distribution (comme, à titre d'exemple, une gommette de couleur). Une liste des médicaments qui ne doivent pas être broyés doit être disponible.</p> <p>REMARQUE LEVÉE Il est important que les prescripteurs précisent sur la prescription si le broyage des médicaments est nécessaire</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Les prescriptions ne précisent pas lorsque les traitements doivent être broyés.

Le prestataire (netsoins) doit être sollicité pour que cette mention figure, lorsque c'est le cas, afin que le pharmacien en soit informé.

Néanmoins, les résidents qui bénéficient d'un régime mixé sont identifiés par une pastille rouge sur le pilulier (les 7 piluliers du semainier) si bien que leur traitement est broyé avant administration.

La liste des médicaments qui ne doivent pas être broyés n'est pas disponible.

REMARQUE MAINTENUE

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 13 : Rem .Ind. 46 / Constat n°56 [Remarque majeure] : De nombreux médicaments non utilisés sont détenus en vrac dans des sacs, dans la salle des médicaments.</p> | | <p>=> Prescription 19 : Les médicaments non utilisés doivent faire l'objet d'un contrôle régulier. Les boîtes périmées doivent être éliminées par le pharmacien (selon le circuit cyclamed). Les boîtes non entamées en cours de validité doivent être réattribuées par le pharmacien aux résidents auxquels ces mêmes médicaments ont été prescrits.</p> <p>REMARQUE MAINTENUE</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, il n'a pas été retrouvé de sacs regroupant des médicaments non utilisés.

De nombreuses boîtes de médicaments sont conservées en vrac dans le tiroir inférieur d'une des armoires de stockage des médicaments de l'infirmier alors qu'ils devraient être rangés dans le bac du résident pour lequel ils ont été dispensés (ACUPAN®, CALCITONINE®, ...)

Il convient de veiller à ce que les médicaments non utilisés fassent l'objet d'un contrôle régulier. Les boîtes périmées doivent être éliminées par le pharmacien (selon le circuit cyclamed). Les boîtes non entamées en cours de validité doivent être réattribuées par le pharmacien aux résidents auxquels les mêmes médicaments ont été prescrits.

REMARQUE LEVÉE mais DEMARCHE A POURSUIVRE

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 14 : Rem .Ind. 49 / Constat n°59 [Remarque majeure] : Le thermomètre du réfrigérateur de l'infirmier ne permettait pas la lecture des températures comprises entre -5°C et 10°C. | | | => Prescription 20 : Le réfrigérateur de l'infirmier doit être équipé d'un thermomètre de précision appropriée. Il doit permettre la lecture des températures comprises entre -5°C et 10°C. | Immédiat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

(Cf. Remarque 31)

Le jour du contrôle il y avait 2 réfrigérateurs à l'infirmier.

Le réfrigérateur ménager (type table-top) initial contenait notamment, dans le bac à légumes, des vaccins antigrippe (une soixantaine) et dans la porte, des boîtes de suppositoires. Une fiche destinée au relevé de sa température était affichée sur la porte mais n'avait jamais été complétée.

Un dispositif de contrôle de la température était présent dans le bac à légumes mais son mode de fonctionnement était inconnu du personnel de l'infirmier. Il indiquait cependant 6,3°C.

Un réfrigérateur type « banque de sang », avec fermeture à clef et système d'enregistrement continu de la température, était présent dans la salle de stockage des médicaments. Il indiquait 3°C (5°C Max et 1,6°C Min), cependant les enregistrements de la température n'étaient pas disponibles et n'avait jamais été extraits ni examinés depuis son installation.

Le recours à un réfrigérateur ménager pour conserver les médicaments, comme au domicile d'un patient, suffit, à condition que sa température soit maintenue entre +2°C et +8°C. Il convient d'éviter d'utiliser la porte ou le bac à légumes qui sont des zones généralement plus tempérées que le reste de l'enceinte. Il convient d'établir un relevé quotidien de la température de l'enceinte.

Il a été indiqué que les vaccins antigrippe (INFLUVAC TETRA®) étaient destinés au personnel.

La présence d'un nombre aussi important de vaccin (plus de 60), à une période où la vaccination est terminée, interroge.

Une réflexion devra être engagée, lors de la prochaine campagne de vaccination afin que le nombre de vaccins commandés corresponde, au plus près, au nombre de professionnels intéressés.

Par ailleurs des boîtes de suppositoires (EDUCTIL®) étaient présentes dans le réfrigérateur ménager et dans une armoire de stockage des médicaments.

Le mode de détention du même médicament dans des conditions de température différentes interroge et doit être rationnalisé.

REMARQUE MAINTENUE

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remarque 15 : Rem .Ind. 49 / Constat n°65 [Remarque majeure] : Les stylos d'insuline entamés présents sur le plateau du chariot de distribution n'étaient pas convenablement identifiés. Certains étaient dépourvus d'étiquetage. D'autre ne comportaient que le numéro de chambre ou le nom du résident. | | => Prescription 21 : L'étiquetage de ces dispositifs (stylos d'insuline entamés) doit être revu au plus vite pour que tous indiquent lisiblement les nom, prénom et numéro de chambre du résident destinataire. REMARQUE LEVÉE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les 2 stylos d'insuline entamés étaient identifiés par une étiquette au nom du résident et renseignée de la date d'ouverture du stylo (et de sa péremption).

Cet étiquetage aurait avantage à être simplifié de façon à comporter, de façon plus lisible, l'identité du patient (Civilité Prénom NOM), le N° de chambre et éventuellement la date d'ouverture. La photographie peu lisible et non actualisée, la date de naissance, le nom du prescripteur, réduisent d'autant la taille des mentions essentielles et n'apportent aucune plus-value quant à l'identification du produit.

REMARQUE LEVÉE mais DEMARCHE A POURSUIVRE

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remarque 16 : Rem .Ind. 2 / Constat n°2 : Certains espaces dédiés aux résidents sont occupés à d'autres fins et ne leurs sont pas accessibles conformément à leur destination initiale. | | => Prescription 22 : Les espaces dédiés aux résidents doivent leur être réservés afin de maintenir et de sécuriser les ressources nécessaires à la qualité de leurs prises en charge. REMARQUE LEVÉE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle :

- la salle de kinésithérapie, au RDC, était mise à disposition des kinésithérapeutes et de l'ergothérapeute ;
- la salle snoezelen, au RDC, avait été réaménagée et était de nouveau utilisée. Il serait utile d'en enregistrer l'utilisation ;
- une salle de balnéothérapie a été aménagée au 1er étage, elle devrait être utilisée prochainement après l'installation de l'armoire de commande. Il serait également utile d'en enregistrer l'utilisation.

REMARQUE LEVÉE

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remarque 17 : Rem .Ind. 6 / Constat n°6 : Au sein de l'USA, l'espace dédié comme salle de soins « relais » était utilisé à d'autres fins (vestiaire et lingerie notamment) et est en désordre | | => Recommandation 1 : Les espaces dédiés activités de soins doivent leur être réservés. Les locaux doivent être maintenus en ordre de façon à assurer la sécurité des personnels qui y travaillent et la bonne conservation des produits et matériels qui y sont détenus. Le contenu de ce |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Rem .Ind. 34</u> /Constat n°39 : Les locaux ne sont pas maintenus en ordre de façon à assurer la sécurité des personnels qui y travaillent et la bonne conservation des produits et matériels qui y sont détenus.</p> <p><u>Rem .Ind. 36</u> /Constat n°41 : Il apparaît un manque d'actualisation et de rigueur en termes d'organisation et de gestion de la salle de soins</p> <p><u>Rem .Ind. 41</u> / Constat n°48 : L'espace Snoezelen n'est plus utilisé alors que des locaux et des professionnels formés sont disponibles</p> | | <p>pot doit être revu de façon à s'assurer de sa justification. Il devra alors être détenu de façon à ne pas constituer une source d'accident.</p> <p>Au sein de l'USA, cette pièce, utilisée comme salle de soins relais, doit être convenablement tenue. Les habits de ville et les effets personnels des professionnels qui travaillent dans l'établissement doivent être déposés au vestiaire. Il convient donc de s'assurer que le vestiaire est adapté en ce sens.</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle :

- la salle de soins « relais » de l'USA est apparue ordonnée et utilisée en tant que telle mais elle était cependant très encombrée par 1 déambulateur qu'il est trop dangereux de laisser en chambre, une canne et une chaise de pesée dont il faudrait renouveler le contrôle métrologique (validité : 09/2022) ;
- les locaux de l'infirmérie sont apparus en ordre et non encombrés ;
- la salle Snoezelen était de nouveau disponible avec l'installation de nouveaux matériels depuis l'inspection.

Toutefois, les fenêtres de la véranda de l'UGD ne comportaient toujours pas de dispositif de sécurisation alors que cette unité se situe au 1^{er} étage.

REMARQUE MAINTENUE

L'établissement devra procéder à une mise en sécurité de ces locaux.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 18 :</p> <p>Rem .Ind. 10 / Constat n°13 : Les espaces extérieurs qui accueillent des animaux n'étaient pas entretenus.</p> | | <p>=> Recommandation 2 : Les espaces extérieurs doivent être entretenus afin de pouvoir être utilisés à cette fin.</p> <p>REMARQUE LEVÉE</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle : les animaux étaient en liberté dans le jardin (lapins) ou le terrain voisin (moutons), les cages étaient ouvertes et sont apparues entretenues. Néanmoins, demeuraient plusieurs cages vétustes qui doivent être éliminées.

REMARQUE LEVÉE mais les cages usagées doivent être éliminées

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Remarque 19 : Rem .Ind. 4 / Constat n°4 : Certains équipements destinés à l'entretien des locaux ne fonctionnaient pas, d'autres font l'objet d'une utilisation non adaptée à la destination initiale. | | => Recommandation 3 : Les équipements destinés à l'entretien des locaux doivent être fonctionnels et utilisés conformément à leur destination. | Juin 2022 |
| REMARQUE LEVÉE | | | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, sur les 3 machines à laver détenues par l'établissement (2 type professionnelles, une type ménagère), une machine à laver professionnelle neuve n'était pas en fonction. Son installation étant prévue en février en raison d'un problème de raccordement.

Néanmoins la procédure de nettoyage des franges (utilisées pour le nettoyage du sol) en dernier semble acquise par le personnel en fonction.

REMARQUE LEVÉE

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 20 : Rem .Ind. 5 / Constat n°5 : Les consignes d'habillage, qui s'adressent également aux visiteurs (à l'entrée de l'USA) ne sont pas suffisamment explicites. | | => Recommandation 4 : Les consignes d'habillage doivent être claires de façon à pouvoir être respectées par tous, tout particulièrement lorsqu'elles s'adressent à des visiteurs. | Immédiat |
| REMARQUE LEVÉE | | | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, aucun habillage particulier n'était exigé si bien qu'aucune consigne d'habillage n'était requise (Fin des précautions « Covid »).

REMARQUE LEVÉE

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Remarque 21 : Rem .Ind. 8 / Constat n°8 : L'astreinte IDE assurée par une IDE située dans les Hauts-de-Seine ne répond pas aux critères de proximité des dispositifs expérimentaux. Sa mobilisation peut être une ressource intéressante pour l'établissement mais ne peut une être qualifiée d'astreinte IDE de nuit. | | => Recommandation 5 : Le dispositif d'astreinte mis en place doit être opérationnel. Dans le cas où une astreinte IDE est mise en place dans l'établissement de TOULOUSE, elle doit faire intervenir une professionnelle localisée à une distance compatible avec le délai d'intervention. | Juin 2022 |
| REMARQUE LEVÉE Par conséquent, l'astreinte de l'IDE implantée en Hauts de Seine n'est plus d'actualité. Ces coordonnées ne doivent plus figurer dans l'établissement. | | | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, il y avait 3 coordonnées différentes concernant l'astreinte IDE (de nuit) à l'infirmerie :

- les coordonnées d'une IDE d'astreinte située dans les Yvelines (78470 Saint-Rémy-lès-Chevreuse) : également affichée à l'USA ;
- les coordonnées de l'astreinte IDE de nuit de l'HAD de la Clinique Pasteur ;
- « un dispositif IDE de nuit mutualisé entre EHPAD 20h-7h30 7j/7 ».

Toutes ces informations sont sources de confusion.

Un seul dispositif doit être conservé et affiché. Les modalités de sa sollicitation doivent être accessibles et connues de tous et un registre doit être mis en place afin d'enregistrer les interventions réalisées (téléphoniques ou sur place).

Les autres coordonnées doivent être retirées.

REMARQUE MAINTENUE

Remarque 22 :

Rem. Ind. 12 / Constat n°15 : Lors de l'observation du repas, la mission a constaté que des nappes et serviettes en tissu sont présentes dans la salle à manger principale des résidents autonomes. En revanche elles étaient froissées.

Rem .Ind. 13 / Constat n°16 :Plusieurs personnels aidant au service portaient des tabliers et/ou tenues souillées.



=> Recommandation 6 :

La propreté des tenues et du linge de service doit être garantie ;

REMARQUE LEVÉE

Immédiat

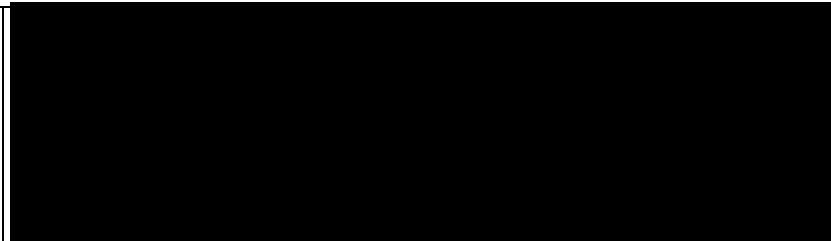
Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les tenues du personnel et le linge de table étaient propres et entretenues.

REMARQUE LEVÉE

Remarque 23 :

Rem .Ind. 14 / Constat n°17 : L'information fournie aux résidents et aux familles sur les menus proposés n'était pas actualisée.



=> Recommandation 7 :

L'information doit être actualisée.

REMARQUE LEVÉE

Immédiat

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, seul un affichage (ascenseur jouxtant l'accueil et la direction) n'était pas actualisé.

REMARQUE LEVÉE

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 24 : Rem .Ind. 16 / Constat n°19 : Certains résidents sont installés très tôt dans la salle à manger. | | | => Recommandation 8 : L'organisation du service doit être revue afin de prendre en compte le temps d'attente à compter de leur installation. Une ambiance plus adaptée doit être proposée. | Jun 2022 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les résidents ont été installés progressivement dans une ambiance musicale apaisante.

REMARQUE LEVÉE

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 25 : Rem .Ind. 18 / Constat n°21 : Les équipes affectées en cuisine et en service connaissent une forte instabilité | | | => Recommandation 9 : L'organisation de la cuisine en terme de gestion de personnel doit être formalisée et sécurisée. | Jun 2022 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les équipes affectées en cuisine (3.68 ETP) et au service étaient renforcées.

REMARQUE LEVÉE

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 26 : Rem .Ind. 20 / Constat n°23 : La dégradation de la qualité de la restauration a été collégialement souligné par les résidents et les familles. Au jour de l'inspection, le menu est diversifié mais les produits proposés n'étaient pas de saison. | | | => Recommandation 9 : Une attention toute particulière doit être apportée à la qualité de l'alimentation des résidents tant dans sa composition qualitative, nutritive, que dans le suivi de son administration. La restructuration globale de ce volet au sein de l'établissement doit s'opérer dans une démarche participative, avec les usagers, notamment de par ses instances représentatives dédiées. | Jun 2022 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

REMARQUE MAINTENUE

En attendant l'amélioration entièrement satisfaisante pour les résidents

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

La gestion de la cuisine a été revue depuis l'arrivée du nouveau chef courant de l'année 2022.

Les équipes ont été renforcées et compétent désormais : 1 chef à temps plein, un cuisinier à temps plein, un second à temps plein. Un cuisinier en CDD à 0.68 ETP complète la brigade.

Une attention particulière est apportée aux souhaits des résidents. Par ailleurs, un menu de substitution « élaboré » peut être sollicité 24h avant le repas considéré et un menu de substitution « basique » (purée/jambon) est disponible en continu 7j/7j.

Au jour de la visite, la présentation et la diversité des plats proposés ont pu être constatées par la mission.

Les comptes rendus des CVS et de la commission restauration font état de l'amélioration de la qualité des repas (tant en terme de diversité qu'en terme de goût). La mission relève que l'attention que le chef porte aux demandes des résidents et de leurs proches transparaît dans les comptes rendus.

REMARQUE LEVÉE

Remarque 27 :

Rem .Ind. 33 / Constat n°38 : La gestion du chariot d'urgence présent à l'infirmérie n'est pas satisfaisante.

=> Recommandation 10 :

Le chariot d'urgence doit être revu :

- il doit comporter un dispositif garantissant son intégrité et donc permettant de s'assurer qu'il n'a pas été ouvert ;
- les médicaments contenus ne doivent pas être périmés et doivent se limiter à la liste établie ;
- un contrôle mensuel de son intégrité doit être réalisée de façon formalisée ;
- après utilisation, il doit être complété dans les meilleurs délais ;
- il doit être associé : à la liste de son contenu, complétée des dates de péremption correspondantes (pour en faciliter le suivi) et au calendrier de son contrôle mensuel, destiné à y enregistrer sa vérification périodique et toute utilisation.

Juin 2022

REMARQUE LEVÉE

Toutefois la trousse d'urgence doit être convenablement tenue.

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le chariot d'urgence a été remplacé par un sac (« trousse d'urgence »).

Le jour du contrôle, il n'était toujours pas scellé et contenait un médicament périmé (SCOBUREN[©] : 12/2022).

Les produits contenus avaient été ajustés de façon manuscrite sur la liste.

La quantité de médicaments est apparu excessive (en nombre de boîte).

Son contrôle est programmé tous les 3 mois et non de façon mensuelle.

Il convient de revoir l'organisation de ce sac pour qu'il y soit associé :

- un scellé (témoin d'ouverture)
- une liste dactylographiée et datée, éventuellement corrigée mensuellement complétée des dates de péremption des produits contenus ;

- une fiche comportant les 12 cases destinées à l'enregistrement des contrôles mensuels (date - n° de scellé – identité de la personne) ;
- la traçabilité des utilisations/réapprovisionnement.

REMARQUE LEVÉE mais démarches à finaliser

Remarque 28 :

Rem .Ind. 35 / Constat n°40 : La présence de nombreuses poches de solutés identifiées (de façon manuscrite ou par une étiquette du résident) et non utilisées dénote d'une mauvaise gestion des administrations de ce type de médicaments.

=> Recommandation 11 :

Les solutés prescrits doivent être administrés. En cas d'impossibilité, la justification doit être tracée et la poche doit être ré-affectée dans les meilleurs délais pour ne pas être perdue ni source d'erreur ou de confusion.

REMARQUE LEVÉE

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, le stock de poches de solutés était limité. Elles étaient attribuées au fur et à mesure des besoins si bien qu'aucune ne comportait d'étiquette de résident (A noter que le contrôle a eu lieu en janvier et non en juillet comme l'inspection de 2021).

REMARQUE LEVÉE

Remarque 29 :

Rem .Ind. 45 / Constat n°54 : La quantité de médicament disponible dans la plupart des bacs des résidents est excessive.

=> Recommandation 12 :

La quantité de médicament disponible dans la plupart des bacs résident est excessive. Les médicaments sont dispensés et utilisés (lors de la préparation des piluliers) par la pharmacie. Il convient de demander à la pharmacie de ne délivrer que les quantités utiles pour un mois de traitement en tenant compte des boîtes de médicaments déjà présentes dans le bac.

REMARQUE MAINTENUE

La pharmacie doit être sollicitée à ce sujet.

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, il a été indiqué que cette problématique ne se poserait plus puisque les médicaments seraient prochainement détenus par la pharmacie. Celle-ci ne procéderait plus à la PDA à l'EHPAD mais à la pharmacie et elle se ferait sous la forme d'un semainier à usage unique.

Cette façon de procéder n'empêchera pas la pharmacie de facturer des quantités excessives de médicaments, qui ne seront alors plus contrôlés par l'EHPAD. En ce en sens, il est important que le LAP netsoins soit paramétré pour que la prescription des médicaments en « si besoin » soit limitée à « 1 boîte » sur l'ordonnance. (Cf. Ecart 4)

Immédiat

Juin 2022

Le jour du contrôle, il a été relevé la présence de nombreuses boîtes de médicaments en vrac dans un tiroir en partie basse d'une des 2 armoires de stockage (nefopam, ceftriaxone, calciparine, paracétamol, DOTAREM©...). Ces boîtes devraient être rangées dans le bac du résident correspondant.

REMARQUE MAINTENUE

Remarque 30 :

Rem .Ind. 47 / Constat n°57 : La taille du réfrigérateur de l'infirmérie est apparue peu appropriée compte tenu à la quantité de traitement à y entreposer.

=> Recommandation 13 :

Une réflexion doit être menée pour remplacer le réfrigérateur de l'infirmérie par un autre plus adaptée.

Juin 2022

**REMARQUE MAINTENUE
Dans l'attente de son installation**Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

(Cf. Remarque 14)

REMARQUE MAINTENUE

Remarque 31 :

Rem .Ind. 48 / Constat n°58 : Le réfrigérateur de l'infirmérie présentait, le jour de l'inspection, une présence de givre très importante.

=> Recommandation 14 :

Le réfrigérateur de l'infirmérie doit faire l'objet d'un dégivrage approprié.

Immédiat

**REMARQUE MAINTENUE
Dans l'attente de son installation**Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle les 2 réfrigérateurs, réservés aux médicaments, à l'infirmérie ne comportaient pas de givre.

REMARQUE LEVEE

Remarque 32 :

Rem .Ind. 50 / Constat n°60 : Bien qu'il existe un formulaire destiné au relevé de température en vigueur dans l'établissement, il n'était pas utilisé pour le réfrigérateur de l'infirmérie.

=> Recommandation 15 :

Le réfrigérateur de l'infirmérie doit faire l'objet d'un contrôle quotidien de sa température de façon à garantir que les conditions de conservation appropriées aux médicaments thermolabiles (0-8°C) sont respectées.

Immédiat

**REMARQUE LEVÉE
A poursuivre avec le nouveau réfrigérateur**Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

(Cf. Remarque 14 & 31)

REMARQUE MAINTENUE : Les réfrigérateurs réservés à la détention des médicaments thermolabiles doivent faire l'objet d'un contrôle quotidien de leur température de façon à garantir que les conditions de conservation sont respectées.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 33 : Rem .Ind. 51 / Constat n°61: La gestion des médicaments des résidents, dans le cas de séjours de courte durée en dehors de l'établissement, doit être revue. | | => Recommandation 16 : Dans le cas d'un séjour de courte durée, hors de l'établissement, il est recommandé de remettre, aux accompagnants, associées à une copie de la fiche de traitement en vigueur, les prises préparées du semainier correspondant à la durée d'absence du résident. | Jun 2022 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, il a été indiqué qu'en cas de séjour à l'extérieur, il était remis à l'accompagnant, une copie du dossier de liaison d'urgence, une copie de l'ordonnance en vigueur et les prises préparées du traitement.

REMARQUE LEVEE

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 34 : Rem .Ind. 52 / Constat n°62 : Le gobelet de prises préparées à l'avance ne se justifie pas. Les médicaments doivent être directement prélevés des boîtes de médicaments dont ils proviennent. Ceci, de façon à conserver une identification correcte des produits et de façon à pouvoir respecter la date de péremption qui n'est généralement pas reportée sur tous les blisters ou toutes les dosettes. | | => Recommandation 17 : Les médicaments doivent être directement prélevés des boîtes de médicaments dont ils proviennent. Ceci, de façon à conserver une identification correcte des produits et de façon à pouvoir respecter la date de péremption qui n'est généralement pas reportée sur les blisters ou les dosettes. | Immédiat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, cette façon de procéder avait été arrêtée (gobelet de prises préparées à l'avance).

REMARQUE LEVÉE

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Remarque 35 : Rem .Ind. 53 / Constat n°63: Les flacons entamés de médicaments sous forme de gouttes buvables présents sur le chariot de distribution n'étaient pas toujours renseignés de leur date d'ouverture. | | => Recommandation 18 : Les flacons de gouttes buvables doivent être conservés un mois tout au plus après ouverture. Ils doivent donc être renseignés de leur date d'ouverture. De plus, de façon à optimiser leur utilisation, il est préférable d'ouvrir un seul flacon à la fois, lorsque le même médicament est | Immédiat |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

| | | | |
|--|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| | | destiné à plusieurs résidents, pour en limiter la durée d'ouverture. | |
| | | REMARQUE MAINTENUE | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, le plateau de flacons entamés est apparu satisfaisant.

REMARQUE LEVÉE mais démarches à poursuivre

Remarque 36 :

Rem .Ind. 54 / Constat n°64 : Le chariot comportait des boîtes de médicaments unitaires dont la présence n'était pas justifiée (Exemple : LAMALINE®, VOGALENE®, SPASFON®...).

=> Recommandation 19 :

Pour éviter tout risque d'erreur, les médicaments sous forme unitaire, qui ne sont pas prescrits en si-besoin, doivent être retirés du chariot.

Immédiat

REMARQUE LEVÉE

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les médicaments dont la présence n'était pas justifiée avaient été retirés du chariot.

REMARQUE LEVÉE

Remarque 37 :

Rem Ind. 58 / Constat n°76 : L'établissement n'assure pas la gestion des réclamations qui lui sont adressées.

=> Recommandation 20 :

L'établissement doit instruire les réclamations qui lui sont adressées et formuler une réponse au requérant

Immédiat

REMARQUE MAINTENUE

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

La mission a pu constater que des réponses étaient apportées aux réclamations reçues par l'établissement.

REMARQUE LEVÉE

Remarque 38 :

Rem .Ind. 40 / Constat n°47 : Les modalités organisationnelles de suivi des soins sont inadaptées et conduisent à un détournement du dispositif par le personnel

=> Recommandation 21 :

L'organisation actuelle est chronophage et inadaptée.

Juin 2022

Manque d'organisation, manque de productivité en termes de gestion du circuit d'information des données de soins. Une meilleure

| | | | |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | organisation permettrait notamment à l'IDEC de dégager du temps pour développer des actions de coordination et de développement de la qualité des soins. | |
| | | REMARQUE MAINTENUE L'achat d'équipement ne règle pas la problématique des taches chronophages et inadaptées qui nécessitent une réflexion globale. | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, les AS disposaient dorénavant de tablettes pour procéder à l'enregistrement des soins, en scannant au fur et à mesure de la journée les codes-barres de feuilles de soins. Cependant les « scannettes » n'étant pas fonctionnelles, elles ne pouvaient pas être utilisées ce qui impliquait la validation par une autre démarche plus longue.

(cf. remarques 39)

REMARQUE MAINTENUE : L'achat d'équipement ne règle pas la problématique des taches chronophages et inadaptées qui nécessitent une réflexion globale.

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Remarque 39 : Rem .Ind. 44 / Constat n°53 : Il n'est pas mené de réflexion globale visant à réduire (identifier et supprimer) les taches chronophages et sans intérêts qui aggravent la pénurie de personnel. | | => Recommandation 22 : Il convient de mener une réflexion pour supprimer les taches chronophages et inutiles qui sont réalisées dans l'établissement. A titre d'exemple, l'archivage des prescriptions pourrait être réalisé par période de 6 mois, lorsque la pochette de prescription est pleine. Cela permettrait de réduire considérablement le temps impari à ce type d'opération qui n'apporte aucune plus-value en termes de qualité des soins et pourtant qui accentue d'autant la pénurie de personnel. | Juin 2022 |
| | | REMARQUE MAINTENUE | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, la réflexion à réduire la multiplicité des supports portant sur une même thématique ou certaines taches inutiles n'était pas satisfaisante.

(cf. remarque 38)

REMARQUE MAINTENUE

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|
| Remarque 40 : Rem .Ind. 38 / Constat n°45 : Le temps de présence de la psychologue ne correspond | | => Recommandation 23 : Immédiat |
| | | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| pas aux données indiquées sur le tableau de suivi des contrats | | Le temps de travail de la psychologue doit être fiabilisé et correspondre à son contrat. | |
| | | REMARQUE LEVÉE | |

Constats et observations formulés à l'issue de la visite de contrôle du 11 janvier 2023 :

Le jour du contrôle, une psychologue étaient présente à temps complet depuis le 01/09/2021.

REMARQUE LEVÉE

Conclusion définitive :

Le contrôle de l'établissement, réalisé de façon inopinée, le 11 janvier 2023, pour vérifier l'effectivité des mesures correctives et des engagements pris par la direction à l'issue de la mise en demeure du 7 juillet 2022, a consisté en une visite des locaux et la vérification de la correction des écarts et remarques formulées dans le rapport d'inspection.

D'une façon générale la situation de l'établissement est apparue très améliorée. Les contraintes de la « crise Covid » n'étaient plus d'actualité, ce qui facilitait d'autant le fonctionnement de l'établissement (pas de consigne d'habillage pour les visiteurs, pas d'obligation de lavage des mains ou de port du masque...).

La gouvernance de l'établissement a été revue et une équipe de direction renforcée a été mise en place.

Le pôle soin a lui aussi été considérablement renforcé avec une présence infirmière de 3 IDE en plus de l'IDEC (et non plus 2 avec l'IDEC, voire l'IDEC seule). Le nouveau Medco assure un temps de présence accru. La Psychologue est à temps complet. Une ergothérapeute à temps complet a également été recrutée. Il a été évoqué la possibilité de recruter d'autres professionnels de santé comme une orthophoniste.

Le personnel affecté aux soins a ainsi sérieusement été augmenté, ce qui a permis d'améliorer les conditions de travail et explique que les équipes soient plus stables.

Des professionnels ont indiqué que les conditions de travail s'étaient sérieusement améliorées ce qui n'était pas étranger à leur souhait de rester dans l'établissement.

En cuisine, une équipe gastronomique a été recrutée, assistée du personnel en quantité nécessaire et avec une liberté qui lui permettait de proposer des repas de qualité et appréciés de tous. Le recours aux compléments alimentaires s'en est vu nettement diminué.

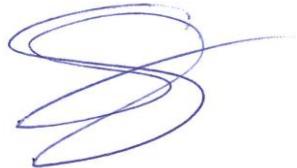
La présentation de l'établissement est de meilleur aspect avec du personnel aux tenues propres et disposant de moyens pour entretenir les locaux et les résidents.

Cependant, la direction doit veiller à ce que cet effort subséquent ne s'essouffle pas, et puisse continuer à assurer le coût d'une telle organisation. Elle doit faire en sorte que la qualité de la prestation maintenant offerte soit maintenue. Des points restent à régler, mais il convient avant tout de lancer une grande réflexion sur les tâches inutiles imposées au agents, pour les réduire ou les simplifier. De même, il convient de s'interroger sur des protocoles « groupe » validées par le siège, qui sont inadaptés à l'établissement de façon à ce que les initiatives qui sont apparues pertinentes puissent perdurer et peut-être expérimentées dans d'autres établissements du groupe. « groupe » validées par le siège.

Les efforts engagés doivent être poursuivis pour finaliser la démarche et garantir ainsi aux résidents accueillis une prise en charge de qualité et adaptée à leur état de vulnérabilité.

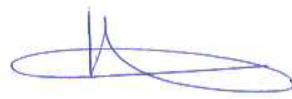
Toulouse, le 24 février 2023

Sophie COTTIN



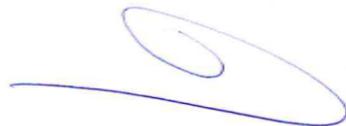
Pharmacie inspecteur de santé publique

Hélène ROUQUETTE



Coordonnatrice de la mission, ARS Occitanie,
Délégation Départementale de la Haute-Garonne

Dr Armelle SAUTEGEAU



Médecin inspecteur de santé publique