

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspection-Contrôle
Conseil départemental du Gers

Réf. : DUAJIQ-PIC/2024-212
Date : 20 novembre 2024

N° PRIC : MS_2024_32_CS_02

[REDACTED]
Directrice du Centre Hospitalier
Allée Marie Clarac
BP 80382
32008 AUCH CEDEX

Courrier RAR n° 1A 212 626 8242 1

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'EHPAD « Robert Barguissieu »

Objet : Inspection de l'EHPAD « Robert Barguissieu » à Auch (32)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Madame la Directrice,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 11 juin 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 05 août 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 06 septembre 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre décision définitive en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

.../...

Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté ;

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Nous savons pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Nous vous prions d'agrérer, Madame la Directrice, l'expression de nos salutations distinguées.

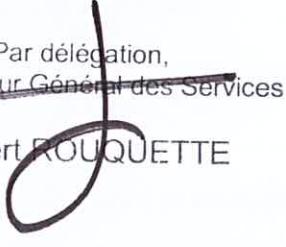
Pour le Directeur général et par délégation,
La responsable du Pôle Inspection-Contrôle



Stéphanie HUE

Philippe DUPOUY
Président du Conseil départemental du Gers

Par délégation,
Le Directeur Général des Services



Robert ROUQUETTE

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle - Pôle Régional Inspection Contrôle
Conseil Départemental du Gers

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Robert Barguissseau »

Site Ribère - Allée Marie Clarac - 32000 AUCH

N° PRIC : MS_2024_32_CS_02

Inspection du 11 juin 2024

Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Écarts	Rappel de la règlementation	Mesure (injonction, prescription, recommandation) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais	Réponses de l'inspecté	Décision des autorités (ARS / CD 32)
Écart 1 : Le règlement de fonctionnement n'est pas signé et n'indique pas les dates auxquelles il a été soumis aux instances de l'établissement.	Articles R311-33 à R311-37-1 du CASF	Prescription 1 : Le gestionnaire doit mettre à jour le règlement de fonctionnement et le présenter aux instances prévues par le CASF.	6 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
Écart 2 : L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement à jour.	Article L311-8 du CASF	Prescription 2 : Le gestionnaire doit rédiger un projet d'établissement conformément aux dispositions législatives et règlementaires du CASF.	6 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
Écart 3 : L'établissement ne respecte pas les dispositions réglementaires et législatives en matière de CVS.	Articles L311-6, D311-3 à 20 et D311-26 à 32-1 du CASF	Prescription 3 : Le gestionnaire doit se conformer aux dispositions réglementaires et législatives concernant le CVS.	année 2024 et suivantes		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure

<p>Écart 4 : Le projet d'établissement (PE) est arrivé à échéance depuis plusieurs années déjà. Il n'est pas décrit précisément la politique de promotion de la bientraitance installée au sein de l'établissement.</p>	Article L311-8 du CASF	<p>Prescription 4.a : Le gestionnaire doit engager sans délai le travail préparant le nouveau PE. Pour ce faire il doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer une information à destination de l'ensemble du personnel ▪ Veiller à la production d'un rétro planning ▪ Garantir une organisation qui prendra en compte l'association du personnel mais aussi des résidents et des familles. 	1 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
<p>Écart 5 : L'établissement n'a pas proposé d'enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de Santé depuis 2019.</p>	Article D311-15 du CASF	<p>Prescription 5 : L'établissement doit organiser une enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents et de leurs familles, sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la HAS. Les résultats de cette enquête devront être affichés dans l'espace d'accueil de l'établissement et seront examinés chaque année par le CVS Transmettre le CR du CVS de l'année 2024 présentant le résultat de l'enquête de cette même année.</p>	Fin d'année 2024		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure

<p>Écart 6 : L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, formalisé et opérationnel.</p>	<p>Article L311-3 du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 2 et 3</p>	<p>Prescription 6 : Mettre en place un dispositif adapté de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations des résidents et des familles.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p>Écart 7 : La mission n'a pas retrouvé d'information concernant l'obligation de signalement sans délai aux autorités, ni les coordonnées de l'ARS et du CD32. De plus, la procédure ne concerne que le CH d'Auch.</p>	<p>Article L331-8-1 du CASF. Arrêté du 28 décembre 2016 Articles L1413-14, L5121-25, R1413-68, R1413-69 du CSP</p>	<p>Prescription 7 : Le gestionnaire doit s'assurer du signalement aux autorités territoriales (service-etablissements@gers.fr et DD32) des dysfonctionnements graves listés dans l'arrêté du 28 décembre 2016. Les évènements indésirables graves associés au soins (EIGS) sont à déclarer sur la plateforme régionale ARS : ars-oc-alerte@ars.sante.fr - 0800 301 301 au moyen du formulaire en 2 parties Le gestionnaire s'assurera auprès des professionnels de la parfaite acculturation de cette information et précisera les responsabilités engagées au titre des codes de l'action sociale et des familles, de la santé publique ainsi que du code pénal (434-3 CP).</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription levée</p>

<p>Écart 8 : L'établissement n'a pas nommé de référent en activités physiques adaptées. Par ailleurs, le temps du médecin coordonnateur et de l'animation n'apparaît pas dans le tableau des effectifs employés au jour de la mission. Les postes et ETP de personnel d'entretien (réparation/maintenance) n'apparaissent pas.</p>	<p>Articles L311-12, D312-155-0 D311-40 du CASF</p>	<p>Prescription 8 : L'établissement doit nommer un référent APA et transmettre un tableau des effectifs à jour et précisant les éventuelles mises à disposition de personnel.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription levée au regard des informations transmises. Cependant, la mission a constaté que le poste de l'agent d'entretien pèse sur le budget de l'EHPAD alors même que cet agent est imputé sur le budget de l'hôpital. Or, ce poste est financé intégralement sur le budget alors que cet agent n'intervient que très ponctuellement et à la demande. Ceci pose un problème de double financement qui n'a pas lieu d'être et qui doit être réglé avec les services concernés.</p>
<p>Écart 9 : Des agents non diplômés occupent des fonctions d'AS et, à ce titre, en exercent les missions.</p>	<p>Articles L312-1-II, Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.2), D312-155-0-II, D312-157 du CASF, Article 4394-1 du CSP</p>	<p>Prescription 9 : Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.</p>	<p>immédiat</p>		<p>Prescription maintenue car le gestionnaire ne peut pas institutionnaliser le glissement de tâches en établissant une fiche de poste d'ASH FFAS.</p>
<p>Écart 10 : Le gestionnaire institutionnalise le glissement de tâches en établissant des fiches de postes d'ASH faisant fonction AS".</p>	<p>Qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant</p>	<p>Prescription 10 : Le gestionnaire ne doit pas compromettre la sécurité des résidents en institutionnalisant le glissement de tâches par des fiches de postes communes ASH/AS et en donnant donc aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription maintenue car le gestionnaire ne peut institutionnaliser le glissement de tâches en établissant une fiche de poste d'ASH FFAS.</p>

<p>Écart 11 : Du personnel non qualifié effectue des tâches relatives au soin réservées au personnel disposant du diplôme d'aide-soignant.</p>	<p>Articles L311-3, L312-1-II, D312-155-0 du CASF</p>	<p>Prescription 11 : Le gestionnaire doit encourager les personnels non diplômés à monter en compétences notamment via la VAE afin d'acquérir les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leur mission au sein de l'établissement.</p>	<p>1 an</p>		<p>Prescription levée</p>
<p>Écart 12 : Aucun dispositif occultant ne permet, volets ouverts, de garantir l'intimité dans les chambres ou les locaux professionnels en cas de vis à vis.</p>	<p>Article L311-3, 1° du CASF Articles L1110-2, L1111-4 du CSP Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 et 12</p>	<p>Prescription 12 : Le gestionnaire doit garantir le respect de l'intimité au sein de l'établissement. Poser des voilages ou un dispositif occultant sur les chambres et locaux professionnels qui offrent un vis-à-vis.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure. Sauf erreur et comme indiqué à la mission lors de l'inspection, l'établissement ne comporte pas de chambre double.</p>
<p>Écart 13 : Le défaut d'entretien de l'établissement est susceptible d'occasionner des chutes et des blessures.</p>	<p>Articles L311-4, L312-1-II du CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, art. 2</p>	<p>Prescription 13 : Tout mettre en œuvre pour limiter tout risque d'accident, de chute et/ou de blessure des résidents mais aussi des professionnels. Des travaux de réparation doivent être engagés. Dans les cas de maintenance du matériel, les espaces doivent être sécurisés.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs.</p>

Écart 14 : Le livret d'accueil n'a pas été transmis à la mission.	Art. L311-4 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3 et 4	Prescription 14 : Le gestionnaire doit transmettre le livret d'accueil.	Immédiat		Prescription levée
Écart 15 : Le temps de travail du médecin coordinateur n'est pas formalisé entre ses différentes fonctions de responsable du pôle gériatrique du CH d'Auch, MEDEC et médecin traitant de 20 résidents. En tout état de cause, le temps de travail de MEDEC n'est pas réglementaire : 0,8 ETP pour 130 résidents pour mettre en œuvre ses missions réglementaires.	Articles L313-12 V ; D312-156 à D312-159-1 du CASF	Prescription 15 : Transmettre le contrat de travail spécifique à l'EHPAD du MEDEC.	Immédiat		Prescription levée au regard des éléments fournis par l'établissement.
Écart 16 : La gouvernance n'a pas remis de convention d'intervention du MEDEC en cas d'indisponibilité des médecins traitants en contrat avec l'établissement.	Article D312-158 du CASF	Prescription 16 : Transmettre à la mission la convention entre le MEDEC et les médecins traitants en cas d'indisponibilité de ceux-ci.	1 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 17 : Aucun projet général de soins n'a été remis à la mission.	Articles L311- 8 ; D12-158 ; D311-38 –5 du CASF	Prescription 18 : cf. celle relative au projet d'établissement	6 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 18 : L'établissement ne dispose pas d'un dossier type de soins élaboré par le MEDEC.	Article D312-158 du CASF	Prescription 18 : L'établissement doit élaborer et transmettre un dossier type de soins.	6 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

Écart 19 : Le MEDEC ne contribue pas à la mise en œuvre d'une politique de formation.	Article D312-158 du CASF	Prescription 19 : Le temps de travail du MEDEC doit lui permettre de remplir cette mission.	3 mois	Prescription levée au regard des éléments fournis par l'établissement.
Écart 20 : Le MEDEC n'a pas analysé les risques éventuels pour la santé publique de la population hébergée.	Article D312-158 du CASF	Prescription 20 : Le temps de travail du MEDEC doit lui permettre de remplir cette mission.	3 mois	Prescription levée au regard des éléments fournis par l'établissement.

Écart 21 : Le MEDEC ne s'assure pas de l'appropriation des bonnes pratiques gériatriques.	Article D312-158 du CASF	Prescription 21 : Le temps de travail du MEDEC doit lui permettre de remplir cette mission.	3 mois	Prescription levée au regard des éléments fournis par l'établissement.
Écart 22 : La gouvernance n'a pas remis la procédure de gestion du risque infectieux.	Articles L1311-1, L1311-4 du CSP	Prescription 22 : Transmettre la procédure de gestion du risque infectieux.	1 mois	Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 23 : Le stockage du matériel n'est pas conforme aux règles de prévention du risque infectieux qui impose qu'un espace identifié et sécurisé soit attribué à chaque fonction.	Article du CSP : L1311-1, L1311-4, R1335-1 à 8 Arrêté du 24.11.2003 et circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DR T/CT2 n°2005/34 du 11.01.2005 relative au conditionnement des DASRI Arrêté du 07.09.1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques	Prescription 23 : Organiser le stockage des DASRI conformément aux dispositions réglementaires.	Immédiat	Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

Écart 24 : Il n'existe pas une liste des médicaments à utiliser préférentiellement, par classe pharmaco-thérapeutique, chez les personnes âgées.	Article L313-12 V du CASF Article L5126-10 II du CSP	Prescription 24 : Etablir une liste de médicaments à utiliser préférentiellement chez les personnes âgées. Transmettre une copie de la liste.	6 mois	Prescription maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs.
Écart 25 : Les prescriptions ne comportent pas les modes d'emploi particulier pour l'administration des médicaments et notamment s'ils ont besoin d'être écrasés.	Article R5132-3 2° du CSP	Prescription 25 : Rédiger les prescriptions médicales avec l'ensemble des modes d'emploi particulier pour l'administration des médicaments aux résidents.	1 mois	Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 26 : Le libellé de la prescription médicale ne permet pas de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.	Article L313-26 du CASF	Prescription 26 : Rédiger le libellé de la prescription de façon à permettre de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.	1 mois	Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 27 : Le pharmacien gérant n'a pas été rendue destinataire de la liste des prescripteurs habilités à prescrire au sein de l'établissement.	Article 2 de l'arrêté du 31 mars 1999	Prescription 27 : Transmettre au pharmacien gérant de la PUI la liste des prescripteurs habilités par le représentant légal de l'établissement.	1 mois	Prescription levée.
Écart 28 : La dotation pour besoins urgents n'est pas révisée au minimum une fois par an.	Article 12 de l'arrêté du 31 mars 1999	Prescription 28 : Réviser la dotation pour besoins urgents au minimum une fois par an.	1 mois	Prescription levée.

Écart 29 : La composition, le mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation des médicaments de la dotation pour besoins urgents ne sont pas vérifiées régulièrement.	Article 15 de l'arrêté du 31 mars 1999	Prescription 29 : Vérifier régulièrement que la composition de la dotation de médicaments pour besoins urgents est conforme à la liste validée. Vérifier les quantités au regard des prescriptions faites, le mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation des médicaments.	2 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 30 : Le coffre dédié au stockage des médicaments classés comme stupéfiants contient également des bijoux, de l'or et de l'argent.	Article 5 de l'arrêté du 12 mars 2013	Prescription 30 : Détenir uniquement des médicaments classés comme stupéfiants dans le coffre dédié à leur stockage.	Immédiat		Prescription levée.
Écart 31 : Les AS de nuit ne disposent pas de la liste à jour des doses prescrites et du moment de la prise des médicaments des résidents concernés par une prise de médicaments, de façon à s'assurer de ne pas en oublier.	Article L313-26 du CASF	Prescription 31 : Mettre à jour la liste des résidents concernés par une prise de médicaments en dehors des horaires de présence des IDE afin de s'assurer que les AS de nuit soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.	Immédiat		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 32 : Au moment de l'administration, l'IDE ne vérifie pas l'identité du résident et les médicaments au regard de la prescription médicale.	Article 8 de l'arrêté du 31 mars 1999	Prescription 32 : Au moment de l'administration, l'IDE doit vérifier l'identité du résident et les médicaments au regard de la prescription médicale.	Immédiat		Prescription levée.
Écart 33 : L'administration ou la non administration des médicaments n'est pas enregistrée pour les médicaments dont la prise est le soir ou la nuit.	Article 8 de l'arrêté du 31 mars 1999	Prescription 33 : Effectuer la traçabilité de l'administration ou de la non administration des médicaments pour tous les médicaments.	1 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Écart 34 : La gouvernance et le MEDEC n'ont pas identifié les parcours de soins des résidents dans l'objectif de supprimer les ruptures de continuité des soins.	Articles L311-8 D311-38 ; L312-7, D312-155-0 D312-158 du CASF	Prescription 34 : Identifier les parcours de soins des résidents avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant du territoire.	2 mois		Prescription maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision des autorités (ARS / CD 32)
Remarque 1 : L'organigramme fait anormalement apparaître des liens fonctionnels entre le personnel de direction et le médecin.	Recommandation 1 : Eu égard au code de déontologie du médecin qui seul peut lui commander, en conscience, d'agir ou de ne pas agir, le gestionnaire doit revoir l'organigramme en ne faisant apparaître, entre le personnel de direction et le médecin, que des liens hiérarchiques et non pas fonctionnels.	1 mois		Recommandation levée
Remarque 2 : L'organigramme fait apparaître des intervenants de l'EHPAD et du POLE GERIATRIE sans préciser les articulations entre ces différents niveaux d'intervention.	Recommandation 2 : Le gestionnaire doit préciser les articulations entre les personnels affectés à l'EHPAD et ceux du pôle gériatrie.	1 mois		Recommandation levée
Remarque 3 : Absence d'affichage du flyer signalant le n° d'appel national 3977 (Allo maltraitance).	Recommandation 3 : Procéder à l'affichage du flyer ALMA sur les lieux de passages afin d'informer toute personne, résident ou son représentant, famille, visiteur ou professionnel salarié ou non, de cette possibilité de signalement.	Immédiat		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de justificatifs
Remarque 4 : Malgré l'élaboration d'un Plan d'Amélioration Continue de la Qualité depuis 2020, et de l'audit réalisé en 2021, la mission constate que le taux de réalisation des actions est trop insuffisant.	Recommandation 4 : Le gestionnaire doit tout mettre en œuvre pour engager l'établissement dans une démarche qualité conforme aux attendus médico-sociaux.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 5 : Toutes les fiches de poste ne sont pas à jour.	Recommandation 5 : Le gestionnaire doit veiller à la mise à jour des fiches de poste et les porter à la connaissance du personnel concerné.	Immédiat		Recommandation maintenue

Remarque 6 : Le personnel ne bénéficie pas de soutien aux pratiques professionnelles.	Recommandation 6 : La mission recommande au gestionnaire la mise en place de groupes d'analyse des pratiques et de la supervision. Ces soutiens doivent permettre de rassurer les professionnels quant à leurs pratiques professionnelles et les inviter au repérage ainsi qu'à la compréhension des difficultés quotidiennes de travail. Ces GAP et la supervision permettent de favoriser les échanges entre les professionnels, équipe/contre-équipe, entre lesquels la mission a cru percevoir des tensions. L'objectif étant l'élaboration partagée des pratiques professionnelles sûres pour le résident tout comme pour le professionnel qui en assure l'accompagnement et la prise en charge. Les GAP et la supervision doivent être assurés par un professionnel extérieur à l'établissement et rompu à cet exercice.	6 mois		Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
Remarque 7 : Le nom des résidents est écrit au feutre indélébile sur le rebord supérieur des chaises de la salle à manger.	Recommandation 7 : Le gestionnaire doit évaluer l'intérêt de cette pratique. S'il devait s'avérer absolument nécessaire d'identifier du mobilier d'une salle commune aux résidents, il sera alors temps d'engager une réflexion permettant de trouver une solution plus appropriée que celle qui existe actuellement.	3 mois		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de justificatifs
Remarque 8 : La mission a constaté la présence, à des endroits différents, de bouteilles d'alcool, parfois nombreuses, et plus particulièrement dans le secteur protégé ainsi que dans des locaux professionnels	Recommandation 8 : Le gestionnaire doit veiller à ce que l'alcool proposé aux résidents soit entreposé dans un espace sécurisé. Il doit, de plus, veiller à ce que les salariés ne consomment ni n'entreposent d'alcool sur leur lieu de travail.	Immédiat		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission de justificatifs
Remarque 9 : Le PV de la commission de sécurité incendie n'a pas été transmis à la mission	Recommandation 9 : Le gestionnaire doit fournir à la mission le procès-verbal de la commission de sécurité incendie.	Immédiat		Recommandation levée

Remarque 10 : Les PAP ne comportent pas d'indicateurs de suivi et de résultat.	Recommandation 10 : Le gestionnaire doit veiller à objectiver les PAP en précisant les actions mises en œuvre pour chacun des résidents mais aussi en évaluant ces actions à l'aide d'indicateurs mesurables, précis et pertinents. Au besoin, une information puis une formation, renouvelables annuellement, doivent être proposées à tous les acteurs du PAP, qu'il s'agisse des professionnels mais aussi de la famille. L'objectif étant d'assortir les actions mises en œuvre à des éléments de mesure objectifs.	6 mois		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission d'un PAP complété
Remarque 11 : La mission n'a pas été destinataire d'un PV de la commission de coordination gériatrique.	Recommandation 11 : Transmettre le PV de la commission de coordination gériatrique au titre de l'année 2023.	Immédiat		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du document demandé
Remarque 12 : la mission n'a pas été destinataire de l'évaluation GIR réalisée par le MEDEC.	Recommandation 12 : Transmettre à la mission les évaluations GIR et PATHOS réalisées par le MEDEC.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 13 : la mission n'a pas été destinataire du RAMA 2023.	Recommandation 13 : Transmettre le RAMA au titre de l'année 2023.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 14 : 'établissement dispose d'un local pour le dédier à un espace sensoriel. Toutefois, le défaut de matériel et le déficit de formation ad-hoc contribuent à la désaffection de cet espace.	Recommandation 14 : Engager une réflexion en équipe sur le projet de l'espace sensoriel, son équipement, sa planification ainsi que son utilisation. Associer les familles au projet.	6 mois		Recommandation levée
Remarque 15 : L'établissement n'a pas mis en place des temps d'échanges et de réflexions de l'équipe pluridisciplinaire.	Recommandation 15 : Organiser la communication et l'information de l'équipe pluridisciplinaire.	6 mois		Recommandation levée malgré l'absence de calendrier planifiant les différents temps d'échanges

<p>Remarque 16 : La mission d'inspection n'a pas été destinataire de documents décrivant une organisation et un fonctionnement spécifique de l'unité protégée et notamment les critères d'admission et de sortie des résidents.</p> <p>Par ailleurs, elle a constaté que l'aménagement des espaces et la vétusté des matériels ne favorisent pas un accompagnement optimal des résidents.</p>	<p>Recommandation 16 : L'établissement doit élaborer l'ensemble des documents fixant l'organisation et le fonctionnement de l'UP y compris une réflexion sur la conception et l'utilisation des espaces. Ce travail doit être mis en lien avec le projet d'animation et l'élaboration des PAP.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</p>
<p>Remarque 17 : Il est constaté un décalage entre les objectifs déterminés dans le cadre du projet d'animation et du projet d'établissement, et les actions effectivement mises en œuvre.</p> <p>L'établissement n'a pas donné d'éléments permettant de constater que les animatrices étaient détentrices d'un des diplômes reconnus pour les fonctions d'animateur en EHPAD.</p> <p>L'établissement ne distingue pas la pratique religieuse du programme d'animation.</p>	<p>Recommandation 17 : Il est demandé à l'établissement de mettre en place les actions prévues dans le PE et le PA et de veiller particulièrement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La qualification des animatrices chargée de la coordination des acteurs de la vie sociale, ▪ Proposer des actions d'animation à tous les résidents quels que soient leur niveau et la nature de leur dépendance selon un rythme régulier tout au long de la semaine ▪ Produire un rapport d'activité annuel relatif à l'animation ▪ Distinguer ce qui relève de la pratique religieuse et du programme d'animation. 	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</p>
<p>Remarque 18 : Aucune étude préalable des risques liés à la prise en charge médicamenteuse n'a été réalisé pour permettre d'identifier ses risques et améliorer sa sécurisation.</p>	<p>Recommandation 18 : Réaliser une cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse et élaborer un plan d'action afin de sécuriser le circuit du médicament.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure</p>
<p>Remarque 19 : Il n'existe pas de dossier de liaison d'urgence des résidents.</p>	<p>Recommandation 19 : Etablir un dossier de liaison d'urgence pour chacun des résidents.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Recommandation levée</p>
<p>Remarque 20 : Le contrôle et l'enregistrement des températures du réfrigérateur de stockage des médicaments thermosensibles n'est pas effectué quotidiennement.</p>	<p>Recommandation 20 : Contrôler et enregistrer les températures du réfrigérateur quotidiennement.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation levée</p>

Remarque 21 : Des pots de compote sont stockés dans le réfrigérateur dédié au stockage des médicaments thermosensibles de la salle de soins du 1 ^{er} étage.	Recommandation 21 : Stocker uniquement des médicaments dans le réfrigérateur dédié au stockage des médicaments thermosensibles. Stocker séparément les médicaments et la nourriture.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 22 : La vérification du chariot d'urgence du 1 ^{er} étage n'est pas faite mensuellement tel que cela est défini dans la procédure de l'établissement.	Recommandation 22 : Effectuer la vérification mensuelle du chariot d'urgence tel que cela est définie dans la procédure de l'établissement.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 23 : Pour les médicaments multidoses, l'identité des résidents et la date d'ouverture ne sont pas indiqués sur le conditionnement de tous les médicaments multidoses détenus au sein de l'établissement.	Recommandation 23 : Indiquer l'identité des résidents et la date d'ouverture sur le conditionnement de tous les médicaments multidoses.	Immédiat		Recommandation levée
Remarque 24 : En déposant des médicaments sans les noms des résidents et en identifiant les plateaux repas des résidents sur la nappe en papier au stylo bille, le risque lié à l'identitovigilance (interversion de plateaux repas par exemple) lors de l'aide à la prise des médicaments par les AS n'est pas exclu.	Recommandation 24 : Mettre en place une organisation permettant de sécuriser le risque lié à l'identitovigilance lors de l'aide à la prise des médicaments en chambre par les aides-soignants.	1 mois		Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
Remarque 25 : La taille des chariots de distribution ne permet pas de stocker les médicaments qui ne sont pas dans les piluliers. Ils sont accessibles à tous lors de la distribution des médicaments lorsque l'infirmier est occupé à administrer les médicaments à un résident.	Recommandation 25 : Envisager d'acquérir des chariots de distribution permettant de stocker l'ensemble des traitements des résidents afin de s'assurer de leur sécurisation lors de la distribution des médicaments.	4 mois		Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
Remarque 26 : L'établissement n'a pas défini d'organisation spécifique permettant de garantir que le personnel infirmier chargé de l'administration des médicaments ne soit pas dérangé pendant cette opération.	Recommandation 26 : Mettre en place une organisation permettant de garantir que le personnel infirmier ne soit pas dérangé pendant l'administration des médicaments.	1 mois		Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure
Remarque 27 : Malgré l'existence d'une procédure d'écrasement des comprimés et d'ouverture de gélules, les IDE ne l'utilisent pas lors de l'administration des médicaments. Les prescriptions ne font pas mention de la nécessité ou non d'écraser les médicaments. Les IDE n'évaluent pas systématiquement la faisabilité d'écraser un comprimé ou d'ouvrir une gélule avant administration.	Recommandation 27 : Vérifier la faisabilité d'une opération de broyage ou d'ouverture de gélule avec la procédure, en cas de nécessité d'une telle opération.	Immédiat		Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure