

Service émetteur : Direction des usagers, des affaires juridiques et de l'inspection-contrôle Pôle Inspection Contrôle
[REDACTED]

Réf. : DUAJIC-PIC/2024-085

Date : 24 mai 2024

N°PRIC : MS_2023_34_CS_04

Courrier RAR n° [REDACTED]

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et

Le Président du Conseil département de l'Hérault

À
[REDACTED]

Gérante de la société « La Maison Ensoleillée d'Abeilhan »
3 rue Marcel Pagnol
34290 ABEILHAN

Copie de cet envoi à Madame [REDACTED], Directrice de l'EHPAD « La Maison Ensoleillée »

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD « La Maison Ensoleillée »

Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Madame,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date des 14 et 15 novembre 2023, nous vous avons invitée, par lettre d'intention en date du 02 février 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 27 mars 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 Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, 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, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur général



Didier JAFFRE

Pour le Président du Conseil Départemental
Et par délégation
Le Directeur de la Maison Départementale
de l'Autonomie



Emmanuel ROUAULT



Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD « La Maison Ensoleillée »

3 rue Marcel Pagnol - 34290 Abeilhan

Inspection des 14 et 15 novembre 2023

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.

Ecarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision des autorités	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités (ARS/CD34)
<p><u>Ecart 1:</u> Les places autorisées en accueil de jour ne sont pas utilisées à cet effet et il n'existe aucun projet encadrant ce dispositif.</p>	<p>Art. L313-4 CASF, D312-8 et suivants CASF</p>	<p>Prescription 1 : Le gestionnaire doit dans le cadre de son autorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier de manière architecturale et signalétique le dispositif d'accueil de jour, - Définir une organisation et des objectifs de prise en charge conformément à l'article D312-8 et suivants du CASF, - Améliorer la visibilité sur le territoire, de l'existence des six places en accueil de jour. 	<p>3 mois</p>			

<p><u>Ecart 2 :</u> Le règlement de fonctionnement n'indique pas quand il a été soumis aux instances de l'établissement.</p>	<p>Art. R311-33 à R311-37-1 CASF</p>	<p><u>Prescription 2 :</u> Le gestionnaire doit préciser la date de passage du règlement de fonctionnement devant les instances.</p>	<p>1 mois</p>		<p>La prescription est levée. Cependant, le règlement de fonctionnement a été approuvé par le CVS dont la composition n'est pas conforme.</p>
<p><u>Ecart 3:</u> Le projet d'établissement est arrivé à échéance et ne décrit pas précisément la politique de promotion de la bientraitance installée au sein de l'établissement.</p>	<p>Art. L 311-8 du CASF</p>	<p><u>Prescription 3.a :</u> Le gestionnaire doit engager sans délai le travail préparant le nouveau projet d'établissement. 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 	<p>Immédiat</p>		<p>La prescription est levée.</p>

		<p><u>Prescription 3.b :</u></p> <p>Le gestionnaire doit élaborer le nouveau projet d'établissement couvrant la période 2024-2029 en décrivant et déclinant précisément la politique de promotion de la bientraitance notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle, installée au sein de l'établissement.</p> <p>Le document devra être porté à la connaissance des instances avant sa validation.</p>	1er semestre 2024	La prescription est maintenue dans l'attente de la validation du projet d'établissement	

<p><u>Ecart 4 :</u> Les comptes rendus des CVS d'avril et août 2023 n'ont pas été communiqués aux autorités. D 311-5 à D311-16 CASF : La composition du CVS ne respecte pas la réglementation, le CVS siège en absence des personnes requises (D311-17 CASF) et sous la présidence de la direction (D311-9 CASF). Son règlement intérieur n'a pas été établi (D311-19 CASF).</p>	<p>D311-20 CASF D 311-5 à D311-16 CASF D311-17 CASF D311-9 CASF D311-19 CASF</p>	<p><u>Prescription 4 :</u> Le gestionnaire doit respecter les règles de composition et d'organisation du CVS qui doit être instauré et fonctionner conformément à la réglementation. Le règlement intérieur du CVS doit être établi. La copie de la décision d'instauration et des relevés de décisions doivent être transmis aux autorités.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Maintien de la prescription car les règles de composition et de quorum (50% usagers) ne sont pas conformes. En effet, la directrice ne doit pas présider le CVS, ni signer le compte rendu.</p>
<p><u>Ecart 5 :</u> Absence de signalement aux autorités administratives ou judiciaires lorsque la direction a connaissance de faits de maltraitance de la part de salariés. Absence de sanctions disciplinaires à l'encontre du(des professionnel(s).</p>	<p>L331-8-1 CASF, L. 1413-14 CSP</p>	<p><u>Prescription 5 :</u> Le gestionnaire doit garantir que l'accompagnement au sein de l'établissement se réalise conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles et du code de santé publique mais aussi conformément aux dispositions de l'article 434-3 du code pénal. Aussi, le gestionnaire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer, sans réserve, au sein de l'établissement sur le fait que quiconque ayant connaissance de mauvais traitement envers une 	<p>Immédiat</p>		<p>La prescription est levée. L'adresse de signalement au CD 34 est : cd34-eig-essms@herault.fr</p>

		<p>personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison, de son âge, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique et psychique, est tenu de le signaler aux autorités judiciaires ou administratives. Ne pas le faire relève d'une infraction pénale au titre de l'article 434-3 du code pénal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler les responsabilités et les sanctions pénales encourues en cas de défaut de signalement. • S'assurer, par tout moyen, que les professionnels ont bien compris la portée des actes malveillants ou maltraitants. 		
--	--	--	--	--

<u>Ecart 6 : cf supra</u>	L331-8-1 CASF, L. 1413-14 CSP	<u>Prescription 6: cf supra</u>	Immédiat		
<u>Ecart 7:</u> Du personnel non qualifié effectue des tâches relatives au soin réservées au personnel disposant du diplôme d'aide-soignant.	L311-3, L312-1-II, D312-155-0 CASF	<u>Prescription 7 :</u> 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.	1 an		La prescription est levée.
<u>Ecart 8 :</u> Des agents non diplômés occupent des fonctions d'AS et, à ce titre, en exercent les missions.	L4394-1 CSP, L311-3 3°, L312-1 -II al.4 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	<u>Prescription 8 :</u> Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.	Immédiat		Maintien de la prescription car le gestionnaire ne doit pas institutionnalise les FFAS en élaborant une fiche de poste spécifique.

<p><u>Ecart 9 :</u> L'IDEC est absent deux jours/ semaine pour effectuer un remplacement dans un autre établissement du groupe. Pour autant l'IDEC n'est pas remplacé au sein de l'EHPAD "La maison ensoleillée" laissant ainsi l'équipe sans coordination de son IDEC au quotidien. Nonobstant ces absences qui s'élèvent à 40% du temps de l'IDEC, cette situation, génératrice d'excédents pour les deux établissements, n'est pas de nature à garantir la qualité, la continuité et la sécurité des soins 24/24 au sein de l'EHPAD "La maison ensoleillée" comme spécifié dans la fiche de poste de l'infirmier(e) cadre.</p>	<p>L311-3, L312-1-II CASF, Charte des droits et libertés de la personne art.2</p>	<p><u>Prescription 9 :</u> Le gestionnaire ne doit pas réaliser des excédents en s'abstenant de remplacer le personnel, notamment celui dédié au soin, comme c'est le cas pour l'IDEC. Le gestionnaire doit assurer le remplacement de l'IDEC, et de tout autre personnel qualifié assurant la prise en charge relative au soin, afin que soit garantie la qualité, la continuité et la sécurité des soins 24/24 au sein de l'établissement.</p>	<p>Immédiat</p>	<p>La prescription est levée. Toutefois, il est rappelé au gestionnaire que les postes financés au sein de l'établissement doivent profiter à l'établissement et ce, d'autant plus pour l'IDEC qui a une mission prioritaire d'encadrement des équipes soins. En tout état de cause, si des économies sont réalisées par des mutualisations de personnel, elles doivent revenir à l'établissement et profiter au recrutement.</p>	
<p><u>Ecart 10 :</u> La mission constate : - L'absence de procédure d'admission formalisée</p>	<p>Article L311-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne</p>	<p><u>Prescription 10 a :</u> Le gestionnaire doit rédiger une procédure d'admission conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p>	<p>1 mois</p>	<p>La prescription est levée</p>	

<p>- La présence de contrats de séjour non signés par l'usager ou son représentant légal.</p>	<p>accueillie art. 3, RBPP HAS relative à l'accueil et au projet personnalisé en EHPAD</p>				
		<p><u>Prescription 10 b :</u> Le gestionnaire doit veiller à la signature systématique du contrat de séjour et ses annexes.</p>	Immédiat		<p>La prescription est maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.</p>
<p><u>Ecart 11 :</u> Aucun élément dans les dossiers du résident consultés, ne permet de garantir que le recueil du consentement est recherché en amont de l'admission.</p>	<p>L311-4 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.4</p>	<p><u>Prescription 11 :</u> Le gestionnaire doit s'assurer du recueil systématique du consentement éclairé par quelque façon que ce soit. La recherche du recueil du consentement daté et signé par le résident ou son représentant légal doit être tracé ou attesté dans le dossier d'admission du résident.</p>	Immédiat		<p>La prescription est levée</p>

<u>Ecart 12 :</u> L'établissement ne dispose pas du registre des entrées et sorties prévus règlementairement.	Art. L331-2 et R331-5 du CASF	<u>Prescription 12 :</u> L'établissement doit mettre en place et établir le registre des entrées et sorties tel que prévu aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.	1 mois		La prescription est levée.
<u>Ecart 13 :</u> Les dossiers de résidents consultés ne contiennent pas de livret d'accueil.	Art. L311-4 CASF	<u>Prescription 13 :</u> L'établissement doit remettre systématiquement le livret d'accueil et ses annexes à chaque personne accueillie. L'édition d'un nouveau livret d'accueil doit faire l'objet d'une présentation aux instances.	Immédiat aux prochaines réunions des instances		La prescription est maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure et de la transmission du PV du CVS.
<u>Ecart 14 :</u> Absence de projet de soin et de vie spécifique à l'unité de vie protégée.	Art. L311-1 et 3 CASF, Art.2 de la charte des droits et libertés individuelles	<u>Prescription 14 :</u> Le gestionnaire doit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engager une réflexion sur le fonctionnement et l'organisation globale de l'unité de vie protégée y compris sur le programme des activités à visées thérapeutiques proposées en concertation avec les instances. ▪ Former le personnel à la prise en charge des résidents 	Immédiat		La prescription est maintenue dans l'attente de la réalisation de la mesure dans sa totalité.

		<p>souffrant de troubles Alzheimer ou associés.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des réunions d'équipe pluridisciplinaire dédiées à l'UP et formaliser les comptes rendus. ▪ Décliner le projet spécifique de l'UVP dans le projet d'établissement. 	<p>Plan de formation 2024</p> <p>Immédiat</p> <p>calendrier du projet d'établissement</p>		
<p><u>Ecart 15</u> : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation établi de façon pluridisciplinaire en fonction des besoins des résidents et en associant les familles et le CVS. Les actions d'animation ne sont pas intégrées au projet d'accompagnement personnalisé.</p>	<p>Art. L311-3 CASF, Art. 2 de la charte des droits et libertés individuelles</p>	<p><u>Prescription 15</u> :</p> <p>Le projet d'animation est à coconstruire de façon pluridisciplinaire pour être développé par les personnels et les responsables de l'animation en prévoyant également des actions les Week ends. (Cf. RBPP)</p>	<p>3 mois</p>		<p>La prescription est levée</p>

<p><u>Ecart 16</u>: Les relevés de conclusion des séances de CVS ne sont pas transmis aux autorités administratives compétentes.</p>		<p><u>Prescription 16</u> : Le gestionnaire doit veiller à la transmission de relevés de conclusion et d'instauration du CVS aux autorités administratives compétentes.</p>	<p>aux prochaines réunions du CVS</p>		<p>La prescription est levée, toutefois les destinataires ARS ne sont pas les bons. Il convient d'adresser les comptes rendus des CVS à la DDARS 34 et au CD 34 (via mail CD dédié: cd34-cvs-essms@herault.fr)</p>
<p><u>Ecart 17</u>: Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme au regard du nombre de places pour lequel l'EHPAD est autorisé.</p>	<p>D.312-156 du CASF D.312-158, 13° du CASF</p>	<p><u>Prescription 17</u> : Une mise en conformité du temps du médecin coordinateur doit être faite : il doit être présent à minima à 0,6 ETP et le contrat doit être mis à jour.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La prescription est maintenue</p>
<p><u>Ecart 18</u>: La moitié des contrats portant sur les conditions d'exercice entre les prescripteurs et l'établissement ne sont pas conclus.</p>	<p>L.314-12 du CASF et R.313-30-1 du CASF</p>	<p><u>Prescription 18</u> : Les contrats prévus au L314-12 du CASF doivent être établis avec les prescripteurs intervenant au sein de l'EHPAD et seront conformes au R313-30-1 du CASF.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription levée. Il est noté qu'il n'y a plus que 8 prescripteurs. Pour tout nouveau prescripteur un contrat devra être signé.</p>

<p><u>Ecart 19</u>: Une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement n'a pas été établi par le médecin coordonnateur. Il n'existe pas de livret thérapeutique, ni de paramétrage du logiciel NETSoins pour mettre en avant une liste de médicaments à utiliser préférentiellement chez les personnes âgées.</p>	<p>D.312-158 6° du CASF et L.5126-10 du CSP</p>	<p><u>Prescription 19</u>: Une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement sera établi par le médecin coordonnateur en collaboration avec les médecins traitants. Les modalités de diffusion, aux prescripteurs, de cette liste préférentielle seront définies.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription maintenue. Un lien vers le document OMEDIT n'est pas suffisant. Un livret thérapeutique co-construit avec le MEDCO et les prescripteurs doit être établi en tenant compte du contexte de l'établissement.</p>
<p><u>Ecart 20</u>: Une stratégie globale de la qualité de la prescription adaptée au besoin et contexte de la structure travaillé en partenariat avec le pharmacien n'est pas formalisée et partagée largement.</p>	<p>D.312-158 du CASF, Art 2 arrêté du 5 septembre 2011 Arrêté du 30 décembre 2010, R.4235-48 du CSP</p>	<p><u>Prescription 20</u>: Une stratégie globale d'amélioration de la qualité des prescriptions doit être définie avec les acteurs concernés et partagée.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La prescription est maintenue : la convention entre l'EHPAD et le pharmacien ne suffit pas à définir avec l'ensemble des acteurs, y compris les prescripteurs, une stratégie globale de la qualité des prescriptions</p>
<p><u>Ecart 21</u>: La convention entre l'EHPAD et les deux pharmacies approvisionnant l'établissement n'est pas à jour et ne comporte pas tous les éléments nécessaires.</p>	<p>L.5126-10 du CSP, L.5125-1-1A du CSP</p>	<p><u>Prescription 21</u>: Une ou des conventions relatives à la fourniture des produits de santé sera établi entre l'EHPAD et les pharmaciens titulaires des pharmacies concernées. Ces ou cette convention concernera à la fois les médicaments préparés à l'unité et les produits de santé du stock tampon. Les responsabilités et le rôle de chaque pharmacien seront détaillées.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription maintenue car l'annexe 2 "cahier des charges" n'est pas totalement finalisée dans sa version transmise.</p>

	<p>Elle devra notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désigner un pharmacien référent, • Préciser les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur y compris les moyens de traçabilité de l'analyse pharmaceutique, • Définir les modalités d'échanges d'informations entre le pharmacien et l'équipe soignante y compris la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments. • Décrire l'ensemble des modalités de livraisons ainsi que les modalités de retour des médicaments non utilisés. • Décrire l'aide de la pharmacie à la pharmacovigilance et matériovigilance, l'organisation des retraits de lot, la continuité de la prise en charge pharmaceutique, l'aide à la gestion des périmés. <p>A toute fin utile, un modèle de convention a été proposé par l'OMEDIT Normandie ou l'OMEDIT Ile-de-France.</p>				
--	---	--	--	--	--

<u>Ecart 22</u> : Aucun pharmacien titulaire n'est désigné comme pharmacien référent de la prise en charge médicamenteuse (PECM).	L.5126-10 du CSP, L.5125-1-1A du CSP	<u>Cf prescription 21 supra</u>				La prescription est levée
<u>Ecart 23</u> : La convention n'a pas été transmise à l'ARS.	L.5126-10 du CSP, R.4235-60 du CSP	<u>Prescription 23</u> : Une fois mise à jour la convention sera transmise à l'ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et au conseil compétent de l'ordre.	3 mois			La prescription est levée
<u>Ecart 24</u> : Les ordonnances contenant des données de santé et des données à caractère personnel ne sont pas transmises de manière sécurisée à la pharmacie.	Règlement Général sur la Protection des Données	<p><u>Prescription 24</u> : Puisque la pharmacie a accès à Netsoins et après avoir vérifier que le logiciel permet une signature électronique des ordonnances, la transmission /consultation des prescriptions sera faite via Netsoins en temps réel. Si la solution n'est pas réalisable, une messagerie sécurisée sera mise en place.</p> <p><u>Recommandation 28</u> : Une formation des pharmaciens au logiciel Netsoins sera inscrit dans la convention et suivi par ces derniers.</p>	3 mois			Maintien de la prescription dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.
<u>Ecart 25</u> : Des personnes non autorisées peuvent avoir accès aux médicaments.	Art R4312-39 CSP, Article R. 4211-23 du CSP	<u>Prescription 25</u> : Les mesures nécessaires seront prises pour stocker le carton cyclamed dans un endroit sécurisé avant sa remise au pharmacien.	immédiat			La prescription est levée

<p><u>Ecart 26</u> : Les conditions de stockage des médicaments thermosensibles ne permettent pas d'assurer le maintien en continue des températures préconisées dans l'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments et ne permettent pas l'enregistrement précis des températures. En cas d'excursion de température aucune alarme ne se déclenche.</p>	<p>Recommandations Ordre des pharmaciens , Résumés des Caractéristiques Produit</p>	<p><u>Prescription 26</u> : Une enceinte réfrigérée avec suivi de la température adaptée au stockage des produits de santé sera mise en place (alarme et sonde mesurant la température en continue).</p>	<p>3 mois</p>	<p>La prescription est levée</p>	
<p><u>Ecart 27</u> : L'aide à la pris de traitement par les AS ne permet pas de sécuriser la prise en raison de l'absence de délégation de soins des infirmières vers les AS précisant notamment les médicaments dont la distribution et l'administration ne peuvent pas être déléguées aux AS (médicaments à risque, voie d'administration particulière) et les modalités d'écrasement des médicaments.</p>	<p>R.4311-4 du CSP, L.313-26 du CASF</p>	<p><u>Prescription 27</u> : Les protocoles de délégations seront formalisés, diffusés auprès des personnes concernées et leur compréhension sera évalué.</p>	<p>3 mois</p>	<p>Prescription maintenue : les documents fournis ne correspondent pas à des protocoles de délégations de responsabilités.</p>	

<u>Ecart 28</u> : La politique du médicament n'est pas définie avec des objectifs, un calendrier de mise en œuvre et le suivi d'indicateurs éventuels dans le cadre d'un plan d'actions.	Arrêté 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique	<u>Prescription 11</u> : Un politique du médicament conforme à l'arrêté du 5 septembre 2011 sera formalisée et déployée. La commission de coordination gériatrique sera consultée sur les objectifs. Des indicateurs de suivi de cette politique seront définis.	6 mois		La prescription est maintenue
<u>Ecart 29</u> : La commission de coordination gériatrique ne se réunit pas au moins deux fois par an.		<u>Prescription 12</u> : La commission de gériatrie devra se réunir deux fois par an.	Dès 2024		La prescription est levée

<u>Ecart 30</u> : La politique de déclaration et d'analyse des évènements indésirables graves n'est pas définie ni déployée.	Articles R. 1413-67 à R. 1413-73 du CSP Portail : D. 1413-58 du CSP ; Articles L. 331-8-1 (déclaration sans délai de tout EIG), R. 331-9, R. 331-10 du CASF (issus du décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016) Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales	<p><u>Prescription 30</u>: La culture sécurité / qualité des soins doit être déployée au sein de la structure. Cela commencera par la formalisation et diffusion d'une procédure de gestion, de déclaration et de suivi des EIGS. Le personnel sera formé à cette déclaration. La charte d'incitation au signalement des évènements indésirables (EI) sera expliquée et déployée.</p>	6 mois		<p>La prescription est levée.</p> <p>Il est toutefois noté que la procédure fournie est une procédure groupée datant pas de mars 2024. Il conviendra de mettre à jour le document en lien avec la remarque 30 et la recommandation 40.</p>

	Arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute autorité de santé				
<u>Ecart 31</u> : Aucun professionnel de santé n'est désigné pour prendre en charge la responsabilité de la pharmacovigilance (déclarations, ...), de la matériovigilance et au retrait de lot des médicaments et DM.	R.5121-161 du CSP	<u>Prescription 31</u> : Les professionnels en charge de la pharmacovigilance (déclarations, ...), de la matériovigilance et au retrait de lot des médicaments et DM seront désignés et cette tâche sera intégrée à leur fiche de poste.			La prescription est maintenue : il est indiqué dans la procédure groupe fournie de déclaration de pharmacovigilance que le responsable est le médecin coordinateur. De plus la preuve de la modification de la fiche de poste de l'IDEC n'a pas été fournie.

Remarques	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités (ARS/CD34)
<p><u>Remarque 1 :</u> Le personnel ne s'est pas approprié le précédent projet d'établissement. Il n'a aucune information quant au travail concernant le nouveau projet.</p>	<p><u>Recommandation 1:</u> Le gestionnaire doit veiller à améliorer la communication interne et s'assurer que le personnel soit engagé de façon participative autour de la construction du nouveau projet d'établissement.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>La recommandation est levée</p>	

<p><u>Remarque 2 :</u> L'organigramme ne signale pas les liens fonctionnels/liens hiérarchiques.</p>	<p><u>Recommandation 2 :</u> Afin de gagner en clarté dans son organisation et son fonctionnement, l'organigramme de l'établissement peut faire apparaître les liens fonctionnels et les liens hiérarchiques.</p>	<p>1 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 3:</u> Le DUD ne prévoit aucune subdélégation de la directrice au profit de l'adjoint(e) de direction et d'autres cadres éventuellement.</p>	<p><u>Recommandation 3 :</u> Pour les actes courants de l'établissement, une subdélégation limitée de la direction, a minima au profit de la direction adjointe et éventuellement au profit d'autres cadres, pourrait permettre de répondre rapidement à des demandes spécifiques en l'absence de la direction dans le champ de compétence des agents identifiés. Cela permettrait, de plus, de responsabiliser les cadres intermédiaires.</p>	<p>1 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 4 :</u> Absence de document formalisant la continuité de la fonction de direction en cas d'absence de la directrice.</p>	<p><u>Recommandation 4 :</u> Le gestionnaire doit prévoir la rédaction d'un document, daté et signé, formalisant la/les subdélégation(s) au sein de l'établissement, ce qui permettra la continuité de l'établissement en cas d'absence de la directrice.</p>	<p>3 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>

<p><u>Remarque 5 :</u> La mission constate un déficit de communication interne, mais aussi de cohésion et de temps de coordination des équipes pluridisciplinaires.</p>	<p><u>Recommandation 5 :</u> Le gestionnaire doit veiller :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À établir un planning des différentes réunions avec ordre du jour et personnel identifié. • À organiser des temps réguliers d'échanges avec les différentes équipes en distinguant bien les temps dédiés pour les réunions, qu'il s'agisse des réunions de fonctionnement, des réunions d'équipes (Soin/ hôtellerie/ ménage), réunions pluridisciplinaires ou autres • À rédiger des comptes rendus faisant apparaître les personnes présentes/excusées/absentes, les relevés de décision, comptes rendus qui seront facilement disponibles pour les absents ou les nouveaux salariés. 	<p>1 mois</p> <p>3 mois</p> <p>A chaque réunion</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 6 :</u> le CSE ne compte plus qu'un seul représentant du personnel lui-même en congé sabbatique.</p>	<p><u>Recommandation 6 :</u> Veiller à ce que le CSE soit représentatif des personnels en place et conforme aux dispositions du Code du Travail (Code du travail L2311-1 à L2317-</p>	<p>3 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>

	<p>2) pour permettre de formuler des avis conformes.</p> <p>La mission adressera la copie du rapport à l'inspection du travail, compétente pour vérification de la conformité du CSE et la validation de ses décisions.</p>			
<u>Remarque 7 :</u> Le règlement intérieur en vigueur date du 30 mars 2021.	<u>Recommandation 7 :</u> Veiller à ce que le CSE soit représentatif des personnels en place et conforme à aux dispositions du Code du Travail (Code du travail L1311-1 à L133-4-1), pour permettre l'adoption d'un nouveau règlement intérieur. Copie du rapport à l'inspection du travail compétente pour vérification de la conformité du règlement intérieur.	3 mois		La recommandation est levée
<u>Remarque 8 :</u> Le groupe DOMUSVI a mis à disposition de l'établissement plusieurs documents sur la bientraitance. Toutefois, ces documents, au même titre que la politique spécifique de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance, ne	<u>Recommandation 8 :</u> Le gestionnaire doit accentuer sa politique relative à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance en s'appuyant sur les RBPP téléchargeables sur le site de la HAS. Pour ce faire il doit : <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer sa communication concernant cette politique. 	Immédiat		La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.

<p>sont pas bien identifiés par le personnel, voire inconnu par ce dernier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à la diffusion des informations auprès de l'ensemble du personnel, et ce par tout moyen. Adapter l'intégration des contenus par des mini-formations rappelées régulièrement en n'omettant pas les professionnels, qu'ils soient nouvellement arrivés ou en remplacement seulement. Veiller à s'assurer, par tout moyen, de l'appropriation des contenus par l'ensemble du personnel. 	<p>3 mois</p>	<p>A chaque formation</p>	
<p><u>Remarque 9:</u> L'adresse de signalement en ce qui concerne le point focal de l'ARS Occitanie est erronée.</p>	<p><u>Recommandation 9 :</u> Le gestionnaire doit veiller à la mise à jour de ses documents en ce qui concerne l'adresse de messagerie pour les signalements au point focal de l'ARS Occitanie. La nouvelle adresse du point focal est active depuis le 12 juin 2023.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 10 :</u> La mission constate que la dernière évaluation externe transmise en décembre 2020, mentionnant des points saillants d'amélioration - à nouveau</p>	<p><u>Recommandation 10 :</u> Mettre en place un comité de pilotage associant les cadres et désignant des référents en charge du suivi de la démarche continue d'amélioration de la qualité.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>

<p>constatés par la mission d'inspection- n'a pas donné lieu à la mise en place d'une programmation planifiée d'amélioration de la qualité comme le demandaient les autorités dans leur courrier du 24 mai 2022.</p>	<p>Ce comité ayant pour charge d'élaborer et suivre la programmation des actions d'amélioration, élaborée selon des axes de priorités, avec un calendrier fixant des échéances aux actions concrètes d'amélioration.</p> <p>Ces actions seront identifiées et programmées en référence au rapport d'inspection et d'évaluation, ou encore élaborés au regard de l'analyse des EIG, réclamations et incidents, des audits, recommandations des instances ou des autorités.</p>		
<p><u>Remarque 11 :</u> La communication interne a été identifiée comme une faiblesse de l'établissement et donc nécessitant d'être impérativement améliorée.</p>	<p><u>Recommandation 11</u> Le gestionnaire doit mettre tout en œuvre pour l'amélioration de la communication interne. Des outils doivent être déployés et, au besoin, des formations doivent être envisagées au niveau de l'encadrement.</p>	<p>Immédiat</p>	<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 12 :</u> La mission s'interroge: - sur l'absence de formation "sécurité incendie" - sur des formations suivies par la directrice ne relevant</p>	<p><u>Recommandation 12 :</u> Proposer des actions de formations: - sur la "sécurité incendie" - Sur la promotion de la bientraitance, prévention de la maltraitance</p>	<p>Au prochain plan de formation 2024</p>	<p>La recommandation est levée</p>

<p>pas des missions d'un personnel de direction.</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur le peu de formations relatives à la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance. 			
<p><u>Remarque 13 :</u> Le personnel ne bénéficie pas de soutien aux pratiques professionnelles.</p> <p><u>Recommandation 13 :</u> 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.</p> <p>Les GAP et la supervision doivent être assurés par un professionnel extérieur à l'établissement et rompu à cet exercice.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La recommandation est maintenue</p>

<u>Remarque 14 :</u> Les espaces de stockages en rdc sont limités et encombrés, ainsi que l'atelier, également restreint et encombré.	<u>Recommandation 14 :</u> Les locaux doivent rester fonctionnels et une vigilance doit être maintenue sur les espaces de stockage pour limiter le risque d'incendie.	Immédiat		La recommandation est levée
<u>Remarque 15 :</u> Il n'a pas été rapporté à la mission d'exercices d'évacuation incendie depuis plusieurs années, par les personnels.	<u>Recommandation 15 :</u> Maintenir un exercice d'évacuation incendie dans le cadre des formations incendie et maintenir la qualification SSIAP de personnels au sein de l'établissement. Le gestionnaire devra se rapprocher du SDIS 34.	tous les semestres		La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation de l'exercice
<u>Remarque 16 :</u> L'établissement a fait l'objet d'un diagnostic accessibilité en 2017, à l'issue duquel dix points ont été formulés dans le rapport.	<u>Recommandation 16 :</u> Le gestionnaire devra apporter des éléments réponses sur les mesures correctrices apportées sur chaque point du rapport.	1 mois		La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation des travaux
<u>Remarque 17 :</u> Les deux ascenseurs sont en cours de maintenance suite à la vérification annuelle.	<u>Recommandation 17:</u> le gestionnaire transmettra l'attestation de conformité du matériel.	dès la finalisation des travaux		La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation des travaux
<u>Remarque 18 :</u> L'établissement ne dispose pas d'espace sensoriel de type "Snoezelen".	<u>Recommandation 18 :</u> Le gestionnaire doit envisager une réflexion sur l'installation d'un espace sensoriel qui doit être projeté comme un véritable outil de travail favorisant le bien-être et/ou le lâcher-prise des résidents	6 mois		La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation des travaux

	<p>qu'ils soient en situation de crise ou non.</p> <p>L'occupation de cet espace doit faire l'objet d'une planification d'occupation avec des plages libérées susceptibles d'être prises sans réservation, et s'inscrire dans le cadre des PAP en fonction des besoins identifiés. Le personnel identifié doit accéder à la formation ad hoc afin de permettre l'activité sensorielle telle qu'elle doit être envisagée.</p> <p>Cet espace à visée thérapeutique non invasive peut contribuer à faciliter la prise en charge de certains résidents dans le cadre d'une aggravation de leur état.</p>			
<u>Remarque 19</u> : Le compte rendu de la commission menu affiché date du 9 avril 2021	<u>Recommandation 19</u> : Le gestionnaire doit instaurer une commission des menus.	1 mois		La recommandation est levée
<u>Remarque 20</u> : Il a été signalé à la mission, la suppression ou le remplacement de certaines denrées générant des insatisfactions au niveau des résidents et des salariés.	<u>Recommandation 20</u> : Le gestionnaire doit évoquer la question de la suppression ou le remplacement des denrées lors des commissions des menus et des CVS.	Lors de la prochaine commission des menus et du CVS		La recommandation est levée

<u>Remarque 21</u> : Les protocoles ne sont pas à jour et pas adaptés au contexte spécifique de la structure. Ils ne sont pas rédigés par le personnel de la structure.	Recommandation 21 : Les protocoles seront triés, mis à jour et une réelle appropriation par les équipes sera faite (pour cela, les soignants doivent prendre les documents Domusvi comme modèles et participer à leur rédaction pour les adapter)	1 an		La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation totale de la mesure.
<u>Remarque 22</u> : Un protocole de prise en charge des patients sous insuline n'est pas établi.	Recommandation 22 : Un protocole de prise en charge des patients sous insuline sera établi.	3 mois		Recommandation maintenue. Le protocole individuel n'est pas suffisant. Un protocole, concerté avec les prescripteurs, de prise en charge de manière large des patients sous insuline doit être discuté et formalisé.
<u>Remarque 23</u> : Un mode opératoire n'est pas un protocole.	Recommandation 23 : Le protocole de prise en charge des patients sous traitement AVK devra être établi dans le cas où des résidents sont mis sous AVK.			La recommandation est levée

<p><u>Remarque 24</u>: Un protocole d'antibiothérapie de première intention pour les infections courantes n'est pas établi.</p>	<p><u>Recommandation 24</u>: Un protocole d'antibiothérapie de première intention pour les infections courantes sera établi.</p>	<p>3 mois</p>		<p>La recommandation est maintenue. Un protocole uniquement pour les les IRA ne suffit pas.</p>
<p><u>Remarque 25</u>: La réévaluation de l'antibiothérapie à J3 et J7 n'est pas tracée alors que le logiciel Netsoins permet non seulement d'être alerté sur les réévaluations à faire et permet la traçabilité de ces réévaluations.</p>	<p><u>Recommandation 25</u> : La fiche de réévaluation de l'antibiothérapie sera mise à jour, adapté au contexte de la structure, mentionnera la traçabilité de la réévaluation et les aides possibles du logiciel Netsoins seront prises en compte.</p>	<p>3 mois</p>		<p>La fiche n'a pas été revue et adaptée. La recommandation est maintenue.</p>
	<p><u>Recommandation 26</u> : Le médecin coordinateur mais aussi l'ensemble du personnel utilisant NetSoins seront formés à l'utilisation du logiciel et à ses différentes fonctionnalités.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La recommandation est maintenue jusqu'à la réalisation de la formation.</p>
<p><u>Remarque 26</u>: la procédure liée à la mise en place de l'automédication est incomplète.</p>	<p><u>Recommandation 26</u> : la procédure liée à la mise en place de l'automédication sera complétée. La fréquence de réévaluation du bénéfice risque sera questionnée. La bonne mise en œuvre de la procédure sera évaluée.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La recommandation est maintenue. La procédure fournie n'indique pas les éléments manquants - Les IDE ou le pharmacien lui expliquent le traitement et s'assurent de sa compréhension. - La prise effective des médicaments est</p>

					vérifiée). Les réflexions sur la fréquence de réévaluation du bénéfice risque n'ont pas été fournie
<u>Remarque 27</u> : La convention actuelle ne précise pas suffisamment les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments.	<u>Recommandation 27</u> : En lien avec la prescription 5, Le gestionnaire doit établir une convention comprenant les points décrits dans le constat ci-contre.				La recommandation est levée
<u>Remarque 28</u> : Il n'y a pas de traçabilité de l'analyse pharmaceutique.	<u>Recommandation 29</u> : Le pharmacien réalisant l'analyse pharmaceutique alimentera le dossier patient sur Netsoins.				La recommandation est levée
<u>Remarque 29</u> : En tant que donneur d'ordre, l'EHPAD doit s'assurer que le prestataire rempli son rôle, à savoir ici ; « Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance : 1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;	<u>Recommandation 30</u> : Un audit des pratiques par le médecins coordinateur et l'IDEC sera réalisé auprès de la pharmacie préparant les piluliers.	dans l'année suivante la mise à jour de la convention			La recommandation est maintenue

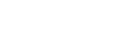
2° La préparation éventuelle des doses à administrer ; 3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. »					
<u>Remarque 30</u> : Le mode opératoire « Livraison par la pharmacie et contrôle par l'IDE –Version 3 – 17/07/18 » n'est pas à jour ni en accord avec la convention.	<u>Recommandation 31</u> : Le mode opératoire « Livraison par la pharmacie et contrôle par l'IDE –Version 3 – 17/07/18 » sera actualisé et en lien avec la convention EHPAD-Pharmacie.	3 mois			Recommandation maintenue : le mode opératoire n'a pas été actualisé
<u>Remarque 31</u> : L'IDEC et les IDE n'ont pas la responsabilité des tâches afférentes aux contrôles des livraisons de médicament dans les fiches de postes respectives.	<u>Recommandation 32</u> : Les fiches de postes de l'IDEC et des IDE doivent intégrer leurs rôles et responsabilités quant au circuit du médicament.	3 mois			La recommandation est maintenue : la fiche de poste de l'IDEC n'a pas été fournie. La fiche de poste des IDE fournie mentionne la réception des caisses mais pas la responsabilité du contrôle des livraisons.
<u>Remarque 32</u> : Au moins une partie des portes sécurisées de la structure comporte le même code à quatre chiffre (la pharmacie, les deux locaux de soins, le bureau du médecin coordonnateur).	<u>Recommandation 33</u> : Chaque porte sécurisée doit comporter un code dédié et le code du local à pharmacie ne doit être connu que des personnes autorisées.				La recommandation est maintenue. Rien n'indique que les codes sont dédiés

<p><u>Remarque 33</u> : Il est de la responsabilité de l'EHPAD de s'assurer que la pharmacie est en capacité de retrouver les lots et dates de péremption des produits de santé préparés à l'unité et en capacité d'avertir l'EHPAD chaque fois que nécessaire.</p>	<p><u>Recommandation 34</u> : La nouvelle convention devra décrire la coopération prévue entre la pharmacie et l'EHPAD en cas de rappel et retrait de lot des sachets contenant les médicaments à l'unité mais aussi des produits de santé non à l'unité.</p>	<p>3 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 34</u> : Les conditions de stockage des médicaments injectables ne permettent pas d'éviter tout risque de confusion du mode d'injection.</p>	<p><u>Recommandation 35</u> : Un rangement par mode d'injection sera mis en place.</p>	<p>1 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 35</u> : En cas de non-respect des températures de conservation, la conduite à tenir n'est pas définie.</p>	<p><u>Recommandation 36</u> : Les mesures à prendre en cas d'excursion de température seront définies et diffusées aux équipes.</p>	<p>3 mois</p>		<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 36</u> : Il relève de la responsabilité du donneur d'ordre de s'assurer qu'un contrôle en fin de production est réellement fait par le pharmacien.</p>	<p><u>Recommandation 37</u> : les modalités de double contrôle des piluliers sera discuté lors de la mise à jour de la convention (cf prescription 21) et évaluer lors de l'audit.</p>	<p></p>		<p>La recommandation est maintenue dans l'attente de la réalisation de l'audit.</p>

<p><u>Remarque 37 :</u> La distribution et l'administration des traitements sont insuffisamment contrôlées en l'absence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De vérification de la prescription au moment de la distribution ; • D'une traçabilité immédiate, de la distribution et administration des traitements afin d'éviter les risques d'inversion de prises et/ou les prises incomplètes ou erronées, de jour comme de nuit. Ce point est particulièrement important pour éviter les risques d'erreurs médicamenteuses ; 	<p><u>Recommandation 38 :</u> Il est nécessaire de mettre en place dès que possible, au moment de la distribution des traitements, un contrôle de la concordance identité – préparation – prescription et une traçabilité des administrations y compris pour les AS.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>La recommandation est levée. Les efforts doivent être poursuivis.</p>
<p><u>Remarque 38 :</u> Le dispositif actuel en version papier et en version dématérialisée ne garantit pas la sécurisation des informations notamment la mise à jour des documents simultanément.</p>	<p><u>Recommandation 39 :</u> le gestionnaire doit veiller à sécuriser les informations liées aux protocoles/procédures.</p>			<p>La recommandation est levée</p>
<p><u>Remarque 39 :</u> Le manuel d'assurance qualité n'est pas à jour ni complet. D'une manière générale, il existe des lacunes quant à la gestion du manuel qualité témoignant d'une culture d'assurance qualité peu</p>	<p><u>Recommandation 40 :</u> La procédure des procédures sera formalisée. Le contenu du manuel qualité sera revu et complété. Les procédures seront mises à jour par le personnel de la structure, appropriées au contexte de la structure et</p>	<p>1 an</p>		<p>La recommandation est maintenue</p>

développée dans la structure.	diffusées au personnel. Cette diffusion sera tracée. Une évaluation de la bonne application des procédures sera planifiée.			
<u>Remarque 40</u> : la formation du personnel à la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse n'est pas tracée ni évaluée.	<u>Recommandation 41</u> : Une traçabilité des formations ainsi qu'une évaluation de la bonne compréhension des formations est à mettre en place.			La recommandation est maintenue : il n'est pas précisé comment la bonne compréhension est évaluée.
<u>Remarque 41</u> : il n'y a pas de responsable qualité.	<u>Recommandation 42</u> : un responsable assurance qualité doit être nommé.	3 mois		La remarque est levée
<u>Remarque 42</u> : la politique de gestion des risques n'est pas suffisamment structurée.	<u>Recommandation 43</u> : les moyens doivent être donnés au médecin coordinateur pour élaborer une politique de gestion des risques en lien avec les acteurs concernés et cette politique doit être formalisée, déployée, suivie et évaluée. Une cartographie des risques sera établie.	1 an		Il ne s'agit pas là d'une politique définissant les modalités de gestion des risques. Les risques identifiés ne sont pas formalisés et les mesures nécessaires de prévention, de surveillance et de prise en charge ne

					sont pas consensuellement définies, suivis et évaluées La recommandation est maintenue
<u>Remarque 43</u> : Il n'y a pas de personne en charge de la sécurisation de la PEPM.	<u>Recommandation 44</u> : Un responsable de la PEPM sera désigné et cela sera intégré dans la fiche de poste.	6 mois	[REDACTED]		La recommandation est maintenue : la fiche de poste n'a pas été modifiée
<u>Remarque 44</u> : Aucune cartographie des risques de la PEPM, en équipe pluridisciplinaire et débouchant sur un plan d'action avec des échéances de mise en place et des indicateurs d'évaluation n'a été réalisé.	<u>Recommandation 45</u> : réaliser la cartographie des risques et définir le plan d'action qui en découle.	6 mois	[REDACTED]		Il ne s'agit pas là d'une cartographie des risques de la PEPM. Recommandation maintenue A toute fin utile : consulter le site de l'ANAP : <u>Outil diagnostic de la prise en charge médicamenteuse du résident en Ehpad (anap.fr)</u>

<p><u>Remarque 45</u> : Aucune procédure n'est en place pour réaliser des retraits de lot si nécessaire.</p>	<p><u>Recommandation 46</u> : En lien avec la mise à jour de la convention pharmaceutique, une procédure interne de retrait de lot sera travaillée et diffusé au personnel. Les formations nécessaires seront délivrées.</p>	<p>6 mois</p>			<p>La procédure interne n'a pas été établie. La recommandation est maintenue</p>
--	--	---------------	---	---	--