

Service émetteur : Délégation Départementale de l' Hérault



Date : 19/03/2022

N PRIC 2023 : MS_2023_34_CS_02 34

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

Le Président du Conseil Département de l'Hérault

À

Monsieur le Président de PHILOGERIS

44 rue de Cambronne
75 015 PARIS CEDEX

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'EHPAD les Acacias à MAGALAS

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD les ACACIAS à MAGALAS

Notification des décisions suite:

- aux observations de l'établissement reçues par mail du 6 décembre et 6 février 2024
- au contrôle d'effectivité du 26 février 2024

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 20 mars 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 2 juin 2023, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives,

Dans le cadre de des suites de cette inspection, vous avez adressé par mail de décembre 2023 et du 6 février 2024) informant les autorités des mesures correctives mises en œuvre.

Une visite de suivi d'effectivité post-contrôle a été menée le à l'EHPAD LES ACACIAS par les services de l'ARS le 26 février 2024.

Malgré des points d'avancée relevés, les constats établis par la mission démontrent la nécessité de poursuivre et achever les corrections attendues. Vous trouverez, dans le tableau des écarts et remarques, la liste des écarts totalement levés et partiellement levés par la mission d'inspection.

Au regard des constats effectués, il vous est accordé un nouveau délai de 3 mois à compter de la réception de ce courrier pour transmettre les éléments attestant de l'effectivité de la mise en œuvre de la totalité des mesures correctives demandées. Ces mesures vous sont rappelées et actualisées dans le rapport ci-joint, faisant suite à la dernière visite d'effectivité en date du 26 février 2024.

A défaut de réponse, les autorités seront fondées à prendre les mesures de contrôle nécessaires en vue d'appliquer les sanctions prévues à l'article L 313-14 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, nous vous informons qu'une copie du présent courrier ainsi que ses annexes seront transmis pour information au Président du Conseil de vie social de l'établissement.

Les services de la direction du Département et les services de la délégation départementale ARS de l'Hérault sont à votre disposition pour répondre à vos interrogations autant que nécessaire.

A défaut de réalisation des prescriptions dans les délais impartis à compter de la réception du présent courrier, vous vous exposeriez aux sanctions suivantes, en application des articles L313-14 I et III du CASF :

- Obligation d'affichage des mesures correctives et information régulière systématique des autorités et du CVS des actions non engagées ou partiellement réalisées
- Astreintes pour retard de mise en œuvre des prescriptions liées aux écarts, de 100€ par jour par écart non corrigé et de 50€/jour par recommandation non suivie de correction matériellement constatable
- Mise sous administration provisoire de l'établissement

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.

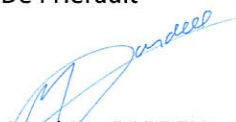
Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré 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 de la Santé et de la Prévention, 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 « Télé recours 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'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur Général
De l'Agence Régionale de Santé Occitanie,
Le Directeur de la Délégation Départementale
De l'Hérault



Mathieu PARDELL

Le directeur de la maison départementale
de l'autonomie



Emmanuel ROUAULT

Direction départementale de l'Hérault

DGA - Solidarités

Tableau de synthèse des écarts/remarques et des mesures correctrices envisagées Inspection de l'EHPAD Les ACACIAS géré par PHILOGERIS à MAGALAS

Écarts et référentiels juridiques opposables

Nature	N°	Constats	Nature de la mesure attendue (injonction, prescription, recommandation)	Délai envisagé de mise en œuvre	Réponse EHPAD	REPONSE ARS
Ecart	1	Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux articles R311-33 et article R311-35 du CASF	<u>Prescription :</u> Faire valider le règlement de fonctionnement par les instances requises (le conseil de la vie sociale et les représentants du personnel) et assurer sa mise à jour, au moins tous les cinq ans. (Art. R. 311-33 du CASF) Indiquer les prestations minimales doivent être indiquées dans le règlement de fonctionnement.	6 mois		Le règlement de fonctionnement actualisé et signé par les instances en date de septembre 2023 a été transmis. Prescription levée

Ecart	2	Le projet d'établissement n'est pas conforme aux article L311-8 du CASF et article D311-26 du CASF	<u>Injonction :</u> Mettre à jour le projet d'établissement conformément aux articles L311-8 et D311-26 du CASF en sollicitant le conseil de la vie sociale pour avis.	6 mois		
Ecart	3	En ne disposant pas de l'ensemble des bulletins du casier judiciaire national dans les dossiers de tous les personnels, l'établissement n'est pas en mesure de vérifier les aptitudes des professionnels à exercer auprès de personnes vulnérables (article L133.6 du CASF).	<u>Injonction :</u> S'assurer de disposer de l'extrait de casier judiciaire de tous les professionnels et l'insérer dans tous les dossiers administratifs.	1 mois		L'établissement a fourni une liste d'émargement du personnel qui ne permet pas de savoir si les vérifications des casiers judiciaires ont été faites.
Ecart	4	Il existe parfois des glissements de tâches en cas d'absentéisme.	<u>Injonction :</u> Se conformer aux actes et soins définis par l'article R4311-4 du code de la santé publique	1 mois		L'établissement n'a pas fourni la preuve qu'aucun glissement de tâche de tâches existait. Une partie des diplômes du personnel présent a été transmis mais il manque 8 diplômes d'As ainsi que les diplômes des infirmiers. Injonction maintenue.
Ecart	5	La procédure d'admission ne prévoit pas l'information, la recherche et le recueil du consentement de la personne avant son entrée.	<u>Recommandation :</u> Procéder à une mise en conformité des documents contractuels avec la réglementation (notamment les articles L311-4, L314-2, L342-1 à 5 et D311 du CASF et L612-1 Code de la consommation)	3 mois		Une information et un formulaire de consentement ont été créés et transmis à la mission. Prescription levée

Ecart	6	En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF	<u>Prescription :</u> Mettre en œuvre l'ensemble des projets personnalisés ainsi que leur actualisation.	12 mois	L'établissement a fourni un extrait de Netsoins indiquant que, en date du 25 janvier 2024, 74 personnes accueillies sur 79 avaient au moins un projet de soins actif. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la liste nominative des résidents dont le projet d'accueil personnalisé a été mis à jour a été fournie ; elle comporte 64 noms. La directrice a précisé que la mise à jour avait été supervisée par le psychologue. Prescription levée.
Ecart	7	Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas conforme au temps réglementaire défini dans l'article D312-156 du CASF.	<u>Recommandation :</u> La capacité autorisée de l'EHPAD Les Acacias étant de 70 places, le temps effectif de présence du médecin coordonnateur doit être augmentée à 0,60 ETP.	12 mois	Recommandation maintenue
Ecart	8	Seuls trois contrats prévus à l'article L314-12 du CASF ont été présentés à la mission d'inspection, alors que le nombre annoncé de médecins généralistes libéraux intervenant dans l'EHPAD en tant que médecin traitant est de 8.	<u>Prescription :</u> signer avec chacun des médecins généralistes traitants intervenant dans l'EHPAD le contrat prévu à l'article L314-12 du CASF.	6 mois	Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a présenté 4 contrats médecin traitant signés, et 2 refus. Les documents doivent être transmis par voie électronique à la mission.

Ecart	9	Une convention avec deux établissements de santé a été évoquée lors d'un entretien avec une des infirmières ; les documents n'ont pas été transmis. Dans le cas où l'EH PAD n'aurait pas conventionné avec un établissement de santé, mentionné à l'article D312-158 10° du CASF, et définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement contreviendrait aux dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	<u>Prescription</u> : Conventionner avec un établissement de santé pour définir les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences.	3 mois	Les deux conventions transmises ont été signées, l'une avec le centre hospitalier de Bédarieux, l'autre avec celui de Pézenas, dans le cadre d'une filière de soins gériatrique. Aucune convention signée avec un établissement de santé siège d'un service d'accueil des urgences, dans le cadre de l'organisation de la prise en charge des résidents en situation d'urgence, n'a été fournie. Prescription maintenue.	
Ecart	10	Le jour de l'inspection, il a été relevé la présence de plusieurs médicaments périmés, autant dans le réfrigérateur que dans la pharmacie et dans le chariot d'urgence. La présence de médicaments périmés est contraire aux dispositions de l'article R4312-29 du code de la santé publique	<u>Prescription</u> : le contrôle des péremptions doit être effectuée de manière mensuelle par les IDE	1 mois	La mission d'inspection prend note de la mise en place du contrôle mensuel et tracé des péremptions par les IDE. Prescription levée.	

		: « l'infirmier ... vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise ».																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Remarque	1	L'organigramme n'est pas affiché dans les locaux	<u>Recommandation :</u> Afficher l'organigramme dans les locaux	2 semaines		Recommandation levée.
Remarque	2	L'absence de réunions régulières de l'équipe de direction ne permet pas d'assurer efficacement le suivi des difficultés rencontrées ainsi que la qualité de la prise en charge.	<u>Recommandation :</u> Mettre en place des réunions régulières avec l'équipe de direction et tracer le contenu de ces réunions pour assurer un suivi des prises en charge.	1 mois		L'établissement a communiqué un CR de CODIR de juin qui ne permet pas de prouver la régularité de réunion. Recommandation maintenue.
Remarque	3	Le turn over du personnel et l'absentéisme des cadres reflète le climat social tendu et des conflits internes qui ne facilite pas la sécurisation des pratiques.	<u>Recommandation :</u> Mettre en place des actions et une organisation pour régler le climat de tensions qui règne au sein de l'équipe encadrante et des équipes des personnels.	6 mois		
Remarque	4	L'établissement n'a pas mis en place une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure.	<u>Recommandation :</u> Mettre en place une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, connue et opérationnelle au sein de la structure.	3 mois		L'établissement a communiqué les listes d'émargement de 2 formations bientraitance ainsi qu'une fiche gestion du risque bientraitance. Remarque levée.
Remarque	5	L'établissement n'a pas mis en place un dispositif de traitement des ELG.	<u>Recommandation :</u> Réviser la procédure de traitement d'un évènement indésirable et la porter à la connaissance des professionnels.	3 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, l'équipe IDE et administrative, bien qu'au courant de la procédure, n'a pas été en mesure de

						présenter le document correspondant.
Remarque	6	L'établissement n'a pas mis en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.	Recommandation : Mettre en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers.	3 semaines		
Remarque	7	La procédure de signalement d'un évènement indésirable n'est pas connue par les professionnels de l'établissement.	Recommandation : Réviser la procédure de signalement d'un évènement indésirable afin d'en garantir l'utilisation et d'en assurer l'appropriation par l'ensemble des professionnels de l'établissement.	3 mois		Voir remarque 5 et constat fait lors de la visite du 26 février 2024
Remarque	8	L'absence d'évaluation des agents ne facilite pas l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents	Recommandation : Rendre effective l'évaluation de tous les professionnels de l'établissement.	6 mois		
Remarque	9	Si des fiches de poste et / ou de tâches existent pour certains agents, elles ne sont manifestement pas bien communiquées auprès des équipes.	Recommandation : Mettre à jour l'intégralité des fiches de poste et de tâche. Mettre en place une procédure permettant de garantir que chaque salarié a bien été destinataire des fiches lui correspondant et se les soit appropriées.	2 mois		La mission souhaitait être destinataire des fiches de poste et de tâches mises à jour. La visite post inspection réalisée le 26 février 2024 a permis d'en prendre connaissance. Recommandation levée.

Remarque	10	L'établissement ne dispose pas d'une stratégie, des outils et d'un plan de formation incluant la bientraitance afin de favoriser la bonne prise en charge des résidents.	<u>Recommandation :</u> Inclure la bientraitance au programme de formation du personnel. Etablir, valider et diffuser des protocoles de prises en charge d'accompagnement dans le cadre de la bientraitance.	6 mois		
Remarque	11	Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel.	<u>Recommandation :</u> Formaliser un dispositif de soutien professionnel du personnel.	3 mois		Les coordonnées du médecin et du psychologue du travail sont désormais affichées à l'attention du personnel. Recommandation levée.
Remarque	12	L'espace Snoezelen est inaccessible : les locaux font office de stockage.	<u>Recommandation :</u> Rendre accessible l'espace Snoezelen afin de garantir un espace rassurant pour les résidents qui en auraient besoin.	6 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a précisé que le local était bien débarrassé, mais non utilisé, étant donné la demande des professionnels d'être formés à son utilisation. Cette formation n'est pas encore programmée. Recommandation levée, cependant la mission d'inspection souhaite être informée de la date de reprise de l'activité Snoezelen.
Remarque	13	L'absence de serrure de certaines portes de chambres ne permet pas le respect de l'intimité des résidents concernés.	<u>Recommandation :</u> Rendre opérationnelles les serrures des chambres afin de respecter l'intimité de tous les résidents.	3 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a fait constater la pose de nouvelles serrures sur les portes des chambres concernées. Recommandation levée.

Remarque	14	Le personnel présent de nuit est limité à un agent AS et un ASH (avec possibilité de joindre un infirmier d'astreinte) , ce qui, compte tenu de l'organisation des locaux et du nombre de résidents, ne paraît pas suffisant pour assurer une sécurisation et une prise en charge nocturne optimale.	<u>Recommandation :</u> Revoir les effectifs de nuits en organisant la présence à minima de trois personnes pour permettre une prise en charge cohérente dans le pavillon central et dans le pavillon annexe.	6 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué avoir procédé à une ouverture de poste d'AS de nuit. 2 personnes sont recherchées, avec un profil d'AS diplômée. Une candidate interne serait déjà identifiée. La mission d'inspection souhaite être informée de la finalisation du recrutement.
Remarque	15	L'ensemble des chambres ne disposent pas de dispositif d'alerte.	<u>Recommandation :</u> Proposer une alternative aux résidents leur permettant d'alerter si besoin dans l'attente du déménagement.	1 mois		La mission a pris connaissance du bon attestant de la livraison de 40 appels malades avec pendentif. Recommandation levée.
Remarque	16	Les dossiers d'admission comportent des éléments médicaux.	<u>Recommandation :</u> Dissocier le dossier d'admission du dossier médical. Le dossier d'admission doit se trouver à l'accueil et le dossier médical à l'infirmierie.	2 semaines		La mission prend acte de la dissociation du dossier médical et du dossier administratif. Recommandation levée.
Remarque	17	Les habitudes de la personne ne font pas l'objet d'un recueil formalisé.	<u>Recommandation :</u> Procéder au recueil formalisé des habitudes de la personne afin de favoriser un accompagnement personnalisé.	1 mois		
Remarque	18	Le temps de transmission du matin est insuffisant et ne permet pas un relais optimal.	<u>Recommandation :</u> Revoir l'organisation des temps de transmission	1 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que l'horaire du poste AS de nuit avait été modifié

					avec une fin à 6h40 au lieu de 6h30, permettant ainsi un temps de transmission de 15 minutes entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour. Recommandation levée.
Remarque	19	Aucune réunion de concertation pluri professionnelle n'est en place.	<u>Recommandation :</u> Des échanges réguliers impliquant tous les membres de l'équipe soignante, l'IDEC, le médecin coordonnateur et la direction, sont préconisés pour créer une réelle complémentarité et favoriser une prise en charge de qualité. Ceci permet de limiter l'impact des relations interpersonnelles et des conflits personnels éventuels dans la manière dont les professionnels articulent leurs actions et de limiter les risques d'omission ou de contradiction entre les approches adoptées.	1 mois	L'organisation de la semaine a été modifiée avec une réunion pluriprofessionnelle quotidienne de 30 minutes (de 15h à 15h30), semaine et week end. Recommandation levée. Néanmoins, lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission a recommandé la mise en place de comptes rendus écrits de cette réunion.
Remarque	20	La traçabilité dans Netsoins est faite de façon décalée, parfois plusieurs heures après le fait signalé, avec un risque important de perte d'informations.	<u>Recommandation :</u> doter les équipes du matériel nécessaire pour une traçabilité des soins, des traitements ...en temps réel.	2 mois	Recommandation levée. Cependant, lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission a pu constater, en échangeant avec certains professionnels, que les tablettes n'étaient pas utilisées par tous. Le besoin d'un support de tablette adapté au chariot de soins a été remonté.

Remarque	21	Le temps de jeûne nocturne est supérieur à 12h, et la collation nocturne n'est prévue que sur demande.	<u>Recommandation</u> : limiter le temps de jeûne nocturne à 12 heures, et proposer une collation de nuit de façon systématique.	3 mois		Recommandation levée
Remarque	22	Les régimes mixés sont mis en place sans prescription médicale.	<u>Recommandation</u> : rédiger un protocole précisant le repérage du risque de fausse route, la conduite à tenir, les modalités de prescription du test de déglutition et du régime adapté.	1 mois		La mission a noté que le protocole fausses route n'était pas signé par le médecin coordonnateur. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que l'ensemble des protocoles était en cours de révision avec le médecin coordonnateur. La mission demande la transmission des protocoles révisés et signés.
Remarque	23	Le seul temps de briefing formalisé quotidien, d'une durée de 15 minutes, est supposé permettre à la fois les transmissions, les échanges pluri professionnels sur la situation des résidents, le partage des nouveaux protocoles. Ce temps consacré au travail pluri professionnel est insuffisant pour permettre des échanges de qualité.	<u>Recommandation</u> : mettre en place de réels temps d'échanges pluri professionnels.	3 mois		Recommandation levée.

Remarque	24	Tous les médecins traitants ne prescrivent pas directement dans Netsoins. Les prescriptions manuscrites sont scannées par l'IDE et retranscrites en précisant « retranscription pour le médecin ». Cette procédure comporte un risque d'erreur. En retranscrivant les prescriptions médicales, et, au minimum, en ne contrôlant pas cette retranscription, l'établissement n'est pas en conformité avec la directive de suppression de toute retranscription formulée par la Haute Autorité de Santé.	<u>Recommandation :</u> sensibilisation des médecins traitants, par le médecin coordonnateur, à la prescription directe dans Netsoins.	3 mois		La mission d'inspection recommande un suivi de cette sensibilisation et de son impact.
Remarque	25	Le protocole douleur n'a pas été revu depuis 2020. Dans les dossiers étudiés, il n'est jamais fait référence à ce protocole ; une « évaluation mensuelle de la douleur », en équipe, est mentionnée ; elle n'est accompagnée d'aucune mesure (échelle d'évaluation de la douleur) et les décisions prises à l'issue de cette évaluation ne sont pas tracées.	<u>Recommandation :</u> mettre à jour le protocole douleur et en informer les équipes pour une mise en œuvre effective.	3 mois		La mission a noté que le protocole douleur transmis n'était pas signé. Les modalités d'information de l'équipe soignante n'ont pas été précisées. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que l'ensemble des protocoles était en cours de révision avec le médecin coordonnateur. La mission demande la transmission des protocoles révisés et signés.

Remarque	26	Les traitements sont pilés pour certains résidents sans vérification préalable auprès de la pharmacie de l'impact éventuel sur le principe actif. La section ou l'écrasement de médicaments sans consultation préalable d'une liste de médicaments à précautions particulières expose à une perte d'efficacité ou à une toxicité du médicament.	<u>Recommandation</u> : demander à la pharmacie la liste des médicaments ne pouvant être pilés ; pour ceux-ci, avoir recours à une autre forme galénique. Procéder à un lavage minutieux des cupules, du broyeur et du pilon entre deux utilisations.	3 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, il a été constaté la méconnaissance de la liste des médicaments pilables par le personnel IDE présent, et la non disponibilité de la liste dans l'infirmierie. La mission recommande qu'un lien soit fait entre la pharmacie et l'EHPAD, afin de s'assurer de la possibilité de piler les traitements. Le médecin coordonnateur rencontré le 26 février 2024 a indiqué avoir préparé des documents pédagogiques sur ce sujet des médicaments pouvant être pilés ; ces documents ne semblent pas connus du personnel. Recommandation maintenue.
Remarque	27	Les traitements sous forme liquide sont préparés par les IDE. Cette préparation a lieu en milieu d'après-midi pour la distribution du soir.	<u>Recommandation</u> : La préparation de ce type de traitements doit être réalisée au plus près de la prise.	1 mois		Recommandation levée
Remarque	28	La surveillance de la température de l'enceinte réfrigérée dédiée au médicament n'était tracée que pour le jour de l'inspection. Aucune antériorité n'a pu être présentée.	<u>Recommandation</u> : La traçabilité des relevés de température du réfrigérateur dédié aux médicaments fait partie des recommandations de bonne pratique. Les médicaments ne doivent pas être entreposés dans le bac	1 mois		Les relevés de température transmis font état de plusieurs dépassements importants de la température recommandée, justifiant un changement urgent du réfrigérateur.

		Le thermomètre présent dans l'enceinte réfrigérée ne permet pas de s'assurer du maintien de la température entre 2 et 8°C.	à légumes, dans la porte du réfrigérateur, ni être au contact du compartiment congélateur ou de la paroi du fond du réfrigérateur. Pour s'assurer d'une conservation optimale des traitements thermolabiles, il est recommandé de se doter d'une enceinte réfrigérée équipée d'un système d'enregistrement de la température en continu.		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission a constaté qu'un nouveau réfrigérateur avait été acheté, avec affichage continu de la température et dispositif d'enregistrement via clé USB. Recommandation levée.
Remarque	29	Lors de la visite, un local de ménage situé au premier étage de l'extension n'était pas fermé à clé, alors qu'il renfermait des produits ménagers.	<u>Recommandation</u> : les locaux de ménage doivent être sécurisés, les produits ménagers accessibles représentant un danger pour les résidents déambulants et les familles.	1 mois	Recommandation levée.
Remarque	30	Une trousse d'urgence, non scellée, est présente dans l'infirmerie principale. Un chariot d'urgence fermé à clé se trouve au 1er étage de l'extension, dans un local de stockage pour le ménage. Lors de la visite, il manquait des médicaments dans le sac d'urgence, utilisés et non remplacés.	<u>Recommandation</u> : L'accès aux médicaments d'urgence doit être sécurisé. La complétude et les péremptions doivent être régulièrement vérifiées.	1 mois	La mission d'inspection a pris connaissance des mesures d'amélioration prises. Elle note toutefois que la liste des médicaments du chariot d'urgence et du sac d'urgences transmise paraît être un document de travail non finalisé. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission s'est vu remettre la liste du contenu du chariot d'urgence et du sac à dos. Cependant, à l'ouverture du chariot comme du sac à dos, elle a constaté l'absence de plusieurs

						médicaments mentionnés sur la liste. Les professionnels présents n'ont pas su expliquer cette absence. Recommandation maintenue.
Remarque	31	Le protocole d'urgence de présenté lors de l'inspection n'a pas été mis à jour depuis 2019. Il manque d'opérationnalité.	<u>Recommandation :</u> le protocole d'urgence doit être réactualisé et davantage opérationnel, afin de permettre au personnel de savoir rapidement qui fait quoi, quand, comment, pourquoi, pour qui et avec qui. Ce protocole peut prendre la forme d'un logigramme, affiché dans l'infirmierie, afin de permettre au personnel (notamment remplaçant) de prendre toutes les mesures nécessaires rapidement. Il est également recommandé d'afficher dans l'infirmierie les numéros d'urgence.	3 mois	Le document « conduite à tenir en cas d'urgence médicale » n'est pas signé. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que l'ensemble des protocoles était en cours de révision avec le médecin coordonnateur. La mission demande la transmission des protocoles révisés et signés.	
Remarque	32	Les dossiers de liaison présentés à la mission d'inspection comprenaient plusieurs dizaines de pages et ne répondaient pas au modèle synthétique (2 pages) de l'HAS.	<u>Recommandation :</u> le DLU doit être conforme au modèle synthétique de l'HAS.	3 mois	L'exemplaire du DLU communiqué ne comporte pas les traitements en cours. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission d'inspection a demandé que soit édité un exemplaire du DLU, qui comptait 15 pages. Recommandation maintenue.	

Remarque	33	Le protocole d'hygiène des mains et les précautions standard et complémentaires ne sont pas affichés dans l'infirmierie.	<u>Recommandation :</u> Le protocole d'hygiène des mains et les précautions standard et complémentaires doivent être affichés dans l'infirmierie.	1 mois		Recommandation levée.
Remarque	34	L'IDEC a indiqué à la mission d'inspection qu'elle était en cours de rédaction des projets personnalisés.	<u>Recommandation :</u> L'élaboration de ce projet de soins nécessite un travail de coordination en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, IDEC, médecin traitant, IDE, AS, psychologue, ergothérapeute...) en lien avec le résident ou son représentant légal.	3 mois		
Remarque	35	Le jour de l'inspection était affichée dans l'infirmierie principale une liste de 28 résidents sous contention.	<u>Recommandation :</u> Une réévaluation journalière des bénéfices et des risques de la contention est indispensable, étant donné notamment les répercussions psychologiques pour la personne âgée.	3 mois		La réévaluation journalière des bénéfices/risques des contentions doit être assurée par le personnel soignant, et les signes d'alerte remontés à l'IDE et au médecin traitant s'il y a lieu. Le mail de sensibilisation, communiqué à la mission d'inspection par l'établissement et adressé aux médecins traitants, peut prêter à confusion en leur donnant à penser que l'évaluation journalière ne repose que sur eux, ce qui est évidemment impossible. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission d'inspection a pu expliquer à

					la directrice ce qu'elle entendait par réévaluation journalière des bénéfices et des risques des contentions. Recommandation maintenue.
Remarque	36	L'analyse des dossiers des résidents révèle pour certains l'absence de pesée mensuelle, avec des périodes de 4 à 5 mois sans aucun relevé de poids.	<u>Recommandation :</u> L'HAS préconise une surveillance mensuelle du poids en institution. La prise en charge d'une dénutrition nécessite un travail concerté en équipe pluridisciplinaire (aide technique ou humaine, réévaluation des médicaments et des régimes, soins buccodentaires, prise en charge des pathologies sous-jacentes).	3 mois	Lors de la visite du 26 février 2024, des dossiers tirés au hasard ont été consultés, ce qui a permis de constater que les pesées mensuelles n'étaient pas effectives pour tous les résidents. Un de ces dossiers concernait un résident avec un IMC bas, qui aurait dû justifier une surveillance hebdomadaire du poids. Recommandation maintenue.
Remarque	37	Aucun protocole déshydratation n'a pas été transmis.	<u>Recommandation :</u> élaborer en équipe pluri professionnelle un protocole déshydratation.	3 mois	La mission d'inspection a pris connaissance du protocole déshydratation. Ce protocole, bien fait, n'est pas signé. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que l'ensemble des protocoles était en cours de révision avec le médecin coordonnateur. La mission demande la transmission des protocoles révisés et signés.
Remarque	38	Un protocole escarres plaies datant de 2011 a été présenté ; sa dernière mise à jour paraît dater de 2016.	<u>Recommandation :</u> La mise à jour du protocole escarres plaies et son appropriation par l'ensemble de l'équipe est nécessaire, d'autant que l'établissement compte une	3 mois	Le protocole transmis est non signé. Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que l'ensemble des

			proportion élevée de résidents sous contention.			protocoles était en cours de révision avec le médecin coordonnateur. La mission demande la transmission des protocoles révisés et signés.
Remarque	39	L'établissement n'a pas fourni de protocole ni de convention avec une équipe mobile ou un réseau de soins palliatifs.	<u>Recommandation</u> : L'établissement d'une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs est recommandée.	6 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la direction a indiqué que les prises en charge en soins palliatifs étaient assurées par l'HAD. La mission recommande que la convention déjà existante avec l'HAD précise bien cette prise en charge, et souhaite avoir transmission de la convention actualisée. Recommandation maintenue.
Remarque	40	Le personnel interrogé a indiqué que les formations n'étaient pas proposées chaque année. Il a été retrouvé dans plusieurs dossiers examinés par la mission d'inspection des transmissions évoquant des états d'agitation ou des cris chez des résidents, sans pour autant que la recherche des causes et les mesures mises en place pour y remédier soient tracées.	<u>Recommandation</u> : Mettre en place une formation des personnels sur la prise en charge des troubles psycho comportementaux et rédiger un protocole.	6 mois		Lors de la visite post inspection réalisée le 26 février 2024, la mission d'inspection a constaté que rien n'était prévu sur le sujet pour l'instant.