

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de
l'inspection contrôle et de la qualité - Pôle Inspections- Contrôles
Délégation départementale du Lot
Conseil départemental du Lot

Président du Conseil d'Administration
Représentant légal de l'EHPAD « Résidence d'Olt »
182 impasse du Maréchal de Lattre de Tassigny
46000 CAHORS

Téléphone : 05.81.02.30.03

Date :

24 JUL. 2025

N° PRIC : MS_2024_46_CS_02

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Monsieur le directeur de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD « Résidence d'Olt » à Cahors (46)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

À la suite de l'inspection réalisée dans votre établissement en date des 19 et 20 novembre 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention du 26 février 2025 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 25 mars 2025.

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 correctives énumérées dans le tableau en annexe, 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 le Ministre chargée de l'Autonomie et du Handicap ainsi qu'auprès de Monsieur le Président du Conseil départemental du Lot, 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 « Télérecours 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.

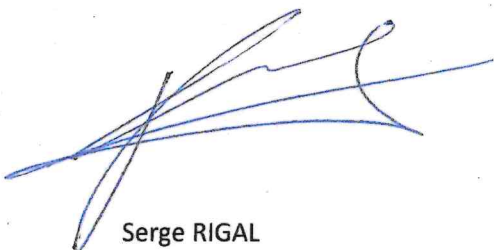
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général et par délégation,
Le Directeur départemental du Lot

Le Président du Conseil départemental du Lot



Quentin DELACOUR



Serge RIGAL

Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Régional « Inspections-Contrôles »
Délégation départementale du Lot
Conseil départemental du Lot

Annexe à la lettre d'intention

Tableau de synthèse des écarts et remarques et des mesures correctives envisagées

Inspection de l'EHPAD « Résidence d'Olt »
182 impasse du Maréchal de Lattre de Tassigny – 46000 Cahors

19 et 20 novembre 2024

N° PRIC : MS_2024_46_CS_02

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 réglementation	Mesures (prescription, injonction) et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement	Décisions des autorités (ARS / CD 46)
Écart Majeur n° 1 : Les pratiques constatées relatives à l'écrasement des médicaments ou l'ouverture des gélules sont inappropriées, et font courir un risque pour la qualité des soins et la sécurité des résidents.	L.311-3 CASF	Prescription de l'écart Majeur n° 1 : Sécuriser les pratiques de soins relatives à l'écrasement des médicaments et l'ouverture des gélules, (prescription, dispensation, préparation, administration).	Immédiat		Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection notamment en donnant des documents de preuve des actions engagées.
Écart majeur n° 2 : La qualité de conservation des traitements stockés dans l'enceinte réfrigérée du bâtiment B n'est pas garantie et compromet la sécurité des résidents.	L.311-3 CASF	Prescription de l'écart Majeur n° 2 : Informer sans délai la mission des actions correctives immédiates et des mesures mises en place à la suite de l'information d'excursion de température donnée le jour même de l'inspection.	Immédiat		Mesure levée. La pérennité de cette mise en œuvre sera objectivée dans le cadre du suivi.

<p>Écart n° 1 : Le règlement de fonctionnement dans son format de mai 2023 n’a pas fait l’objet de consultation aux instances représentatives du personnel et du conseil de la vie sociale.</p> <p>L’établissement contrevient aux dispositions de l’article L.311-7 du CASF.</p>	L.311-7 CASF	<p>Prescription n° 1 : S’assurer de la mise en œuvre de la présentation du règlement de fonctionnement « dernier format » au CVS.</p>	3 mois		Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l’inspection.
<p>Écart n° 2 : L’absence de document intitulé « projet d’établissement sur la période de l’inspection contrevient aux dispositions de l’article L.311-8 du CASF.</p> <p>Écart n° 12 : Le projet général de soins, intégré dans le projet d’établissement, n’a pas été actualisé. Sa durée est supérieure à 5 ans. Il ne définit pas les mesures propres à assurer les soins palliatifs que l’état des personnes accueillies requiert, en ne mentionnant pas les plans de formation spécifique des personnels et en citant des partenariats obsolètes.</p>	L.311-8 CASF D.311-38-5 CASF	<p>Prescription n° 2 : Dans la continuité de l’évaluation réalisée de l’ancien projet d’établissement qui couvrait la période 2016-2020, s’assurer de la formalisation d’un nouveau projet d’établissement et remédier à son absence actuelle.</p> <p>Ce nouveau projet d’établissement devra contenir un projet général de soins complet, qui prend en considération les axes d’amélioration et de mise en conformité mentionnés à l’écart n° 12.</p> <p>Le transmettre aux autorités.</p>	6 mois		Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l’inspection.
<p>Écart n° 3 : L’absence de réunions du CVS (à hauteur d’au moins trois séances par an) contrevient à l’article D.311-16 du CASF.</p>	D.311-16 CASF	<p>Prescription n° 3 : S’assurer de la mise en place de trois séances de CVS minimum par an au sein de l’établissement.</p>	12 mois		Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l’inspection.
<p>Écart n° 4 : La procédure (et sa mise en œuvre), relative à la gestion des EIG n’est pas conforme aux dispositions de l’article L331-8-1 du CASF et de l’arrêté du 28 décembre 2016 relatifs à l’obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales (obligation de signaler aux autorités administratives CD et ARS).</p>	Article L331-8-1 du CASF Arrêté du 28 décembre 2016	<p>Prescription n° 4 : Signaler à l’ARS et au Conseil départemental :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l’organisation des activités susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents, leur accompagnement ou le respect de leurs droits ;• Tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.	Immédiat		Mesure levée.

<p>Écart n° 5 : L'établissement ne signale pas tous les EIAS/EIGS.</p> <p>De plus, les procédures mises en place ne sont pas complètes ni opérationnelles</p>	<p>L.1413-14 CSP R.1413-68 CSP R.1413-69 CSP</p>	<p>Prescription n° 5a : Procéder aux signalements des EIAS/EIGS à l'ARS, sans délai, conformément aux dispositions législatives et réglementaires.</p> <p>Prescription n° 5b : Revoir les procédures liées à la déclaration, à la gestion et au traitement des dysfonctionnements graves et EIAS/EIGS afin de permettre l'opérationnalité requise dans un établissement médico-social dans le cadre d'un évènement nécessitant une déclaration à l'ARS.</p>	<p>Immédiat</p> <p>Immédiat</p>		<p>Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection.</p>
<p>Écart n° 6 : En ne mentionnant pas l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement, le contrat de travail du MEDEC n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-159-1 du CASF.</p>	<p>D.312-159-1 CASF</p>	<p>Prescription n° 6 : Mettre en conformité le contrat de travail du MEDEC en y mentionnant les actes de prescriptions médicales auprès des résidents de l'EHPAD afin de se mettre sans délai en conformité.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Mesure levée.</p>
<p>Écart n° 7 : L'absence de preuve de recherche systématique à l'embauche et régulière de casiers judiciaires des personnels, contrevient à l'article L.133-6 du CASF.</p>	<p>L.133-6 CASF</p>	<p>Prescription n° 7 : Rechercher systématiquement à l'embauche le casier judiciaire des professionnels et garder la preuve de cette recherche.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Mesure levée.</p>
<p>Écart n° 8 : L'absence d'affichage du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement contrevient aux articles R.311-34 et D311-38-4 du CASF</p>	<p>R.311-34 CASF D311-38-4 CASF</p>	<p>Prescription n° 8 : Afficher le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Mesure levée. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection.</p>

Écart n° 9 : L’absence d’avenant au contrat de séjour, comprenant les objectifs et prestations adaptées à la personne, contrevient à l’article D311 du CASF.	D.311 CASF	Prescription n° 9 : Réaliser un avenant au contrat de séjour qui doit comprendre les objectifs et les prestations adaptées à la personne.	6 mois		Mesure maintenue.
Écart n° 10 : L’annexe prévue au contrat de séjour dans le cas de contentions, et donc de restrictions de la liberté d’aller et venir, n’est pas présente.	L311-4-1 CASF R311-0-6 à 0-9 CASF	Prescription n° 10 : Renseigner autant que de besoin l’annexe prévue réglementairement au contrat de séjour dans le cas de contentions, et donc de restrictions de la liberté d’aller et venir.	Immédiat		Mesure maintenue. La mise en œuvre corrective sera constatée dans le cadre du suivi de l’inspection notamment en donnant des documents de preuve des actions engagées.
Écart n° 11 : La commission de coordination gériatrique n’est pas réunie au minimum une fois par an.	D.312-158 CASF	Prescription n° 11 : Mettre en place des réunions de la commission de coordination gériatrique selon les modalités prévues réglementairement.	6 mois		Mesure maintenue.
Écart n° 13 : La participation du MEDEC aux actions d’information des professionnels de santé n’est pas identifiée.	D.312-158 CASF	Prescription n° 13 : Veiller à rendre lisible la contribution du MEDEC à la mise en œuvre d’une politique de formation et sa participation aux actions d’informations des professionnels de santé de la structure.	3 mois		Mesure maintenue.

<p>Écart n° 14 : L'absence de formalisation de la graduation des accès aux informations nominatives ne permet pas de garantir le respect du secret des informations le concernant ni la sécurité du partage des informations nominatives.</p>	<p>L.1110-4 CSP L.311-3 CASF</p>	<p>Prescription n° 14 : Formaliser les conditions d'accès aux dossiers des personnes accueillies afin de garantir la confidentialité des informations, dans le respect de la réglementation.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Mesure maintenue. Le contenu de la procédure n'est pas conforme aux règles de partage des informations. Par exemple accès complet et donc aux données médicales par la direction.</p>
<p>Écart n° 15 : L'archivage des dossiers médicaux papier ne garantit pas le secret des informations médicales concernant les résidents.</p>	<p>L 1110-4 CSP</p>	<p>Prescription n° 15 : Prendre toutes les mesures et précautions utiles pour empêcher que des tiers non autorisés aient accès aux données de santé des résidents.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Mesure levée.</p>
<p>Écart n° 16 : Les risques éventuels pour la santé publique de la population hébergée ne sont pas clairement identifiés.</p>	<p>D.312-158 CASF</p>	<p>Prescription n° 16 : Veiller à ce que les risques éventuels pour la santé publique soient identifiés et à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Mesure maintenue.</p>
<p>Écart n° 17 : L'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, n'est pas sécurisée, ni évaluée pour garantir la sécurité des soins. Toute recommandation utile dans ce domaine n'est pas formulée.</p>	<p>D.312-158 CASF</p>	<p>Prescription n° 17 : Garantir que le MEDEC veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels. Il doit également formuler toute recommandation utile dans ce domaine et doit contribuer à l'évaluation de la qualité des soins.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Mesure maintenue.</p>

Écart n° 18 : Les protocoles mis à disposition du personnel ne permettent pas de garantir la prévention, l'évaluation, la prise en compte et le traitement de la douleur des résidents.	L.1110-5 CSP	Prescription n° 18 : Formaliser des procédures claires et suffisantes afin que tous les résidents reçoivent des soins visant à soulager la douleur. Cette dernière doit être, en toutes circonstances, prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.	Immédiat		Mesure levée. La pérennité de cette mise en œuvre sera objectivée dans le cadre du suivi.
Écart n° 19 : L'absence de stratégie définie et de procédure formalisée par l'établissement sur les soins palliatifs ne permettent pas de garantir le respect du droit des résidents à avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.	L.1110-5 CSP	Prescription n° 19 : Veiller à ce que tous les moyens à la disposition des professionnels de santé soient mis en œuvre pour respecter le droit du résident concernant sa fin de vie. Une procédure doit être rédigée en ce sens.	Immédiat		Mesure levée. La pérennité de cette mise en œuvre sera objectivée dans le cadre du suivi.
Écart n° 20 : L'absence de formalisation actualisée, claire, adaptée et suffisante des procédures de soins ne garantit pas au résident une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité. Elle peut également compromettre son développement, son autonomie et la sécurité des soins.	L.311-3 CASF	Prescription n° 20 : Formaliser clairement et actualiser les procédures de soins afin de garantir une prise en charge de qualité.	6 mois		Mesure maintenue.
Écart n° 21 : L'établissement ne dispose pas d'une liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans les prescriptions dispensées aux résidents.	D.312-158 7° CASF Arrêté du 5 septembre 2011, 2° article 2	Prescription n° 21 : Établir une liste des médicaments à utiliser préférentiellement afin de garantir une bonne adaptation aux impératifs gériatriques.	3 mois		Mesure maintenue.
Écart n° 22 : Les modalités observées de livraison des médicaments, en particulier la gestion des traitements complémentaires à l'ordonnance chronique, ne permettent pas de garantir la sécurité du circuit du médicament.	L 5125-47 et 48 CSP	Prescription n° 22 : Sécuriser, en concertation avec l'officine avec laquelle l'établissement a conventionné, le circuit du médicament, y compris la livraison.	Immédiat		Mesure maintenue.
Écart n° 23 : La prise des traitements la nuit et en l'absence de l'IDE ainsi que l'aide à la prise ne sont pas sécurisées.	R.4311-3 et 4 CSP L.313-26 CASF	Prescription n° 23 : Formaliser un protocole de collaboration entre les infirmiers et aides-soignants ou accompagnants éducatifs et sociaux qu'ils encadrent, et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation, concernant l'aide à la prise des traitements en son absence et à ce que l'aide à la prise soit encadrée par le libellé de la prescription (acte de la vie courante).	3 mois		Mesure maintenue. La procédure attendue doit comporter la notion de collaboration et non de délégation de tâche.

Écart n° 24 : Des médicaments, autres que ceux attribués nominativement aux résidents pour leur traitement en cours et ceux détenus dans l'établissement au titre du stock de médicaments pour soins urgents, sont présents dans l'établissement.	L.5126-10 CSP	Prescription n° 24 : Sécuriser le circuit des traitements non utilisés en arrêtant de procéder à de la réattribution et au stockage des médicaments non utilisés.	Immédiat		Mesure levée. Sera constaté dans le cadre du suivi.
Écart n° 25 : L'établissement ne dispose pas de convention avec les filières gériatrique et soins urgents et non programmés. De plus, certaines conventions sont obsolètes.	L.311-8, D.311-38, L.312-7 CASF	Prescription n° 25 : Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires par convention et actualiser les conventions en vigueur.	12 mois		Mesure maintenue.

Remarques	Recommandations - Mesures attendues	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement	Décisions des autorités (ARS / CD 46)
Remarque Majeure n° 1 : Les prescriptions des contentions (non actualisées, non réévaluées, durée de validité) ne sont pas conformes aux recommandations ANAES <i>Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé / Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée - octobre 2000</i>	Recommandation de la remarque Majeure n° 1 : Veiller à la conformité des prescriptions de contention, qui doivent être motivées, et d'une durée d'un mois maximum. Leur réévaluation et leur actualisation doivent être tracées dans le dossier médical.	Immédiat		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi et plus précisément concernant la réévaluation et la durée de la prescription de la contention.
Remarque n° 1 : Conformément au critère 3.12.1 du manuel de la HAS d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de mars 2022, l'établissement ne dispose d'outil formalisé de traçabilité et de suivi des réclamations et des plaintes.	Recommandation n° 1 : Mettre en place un outil fiable de traçabilité et de suivi des réclamations et des plaintes comme le préconise le manuel de bonnes pratiques professionnelles de la HAS dans son critère dédié.	3 mois		Mesure maintenue. La traçabilité sera constatée dans le cadre du suivi de l'inspection.
Remarque n° 2 : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques à l'établissement, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM.	Recommandation n° 2 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'établissement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM/HAS	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 3 : La formation du personnel à l'usage des DAE n'est pas organisée.	Recommandation n° 3 : Organiser La formation relative à l'usage des DAE pour l'ensemble du personnel.	6 mois		Mesure maintenue.

Remarque n° 4 : La procédure d’admission est incomplète.	Recommandation n° 4 : Détailler les modalités de gestion de la liste d’attente dans sa procédure d’admission.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 5 : Il n’existe pas de procédure formalisée des modalités d’interventions du MEDEC en cas d’urgence et/ou absence du médecin traitant garantissant à la fois les objectifs de continuité des soins et la déontologie.	Recommandation n° 5 : Formaliser les modalités d’intervention du MEDEC en cas d’urgence et/ou absence du médecin traitant pour garantir la continuité des soins et la déontologie.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 6 : L’absence de procédure de lutte contre la dénutrition et la déshydratation et l’absence d’actualisation des critères diagnostiques de dénutrition ne garantissent pas la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles. <i>Direction Générale de la Santé - Direction Générale de l’Action Sociale - Société Française de Gériatrie et Gériatologie - Octobre 2007</i> <i>Les bonnes pratiques de soins en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes</i> <i>Recommandations HAS - 2007 : stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.</i>	Recommandation n° 6 : Mettre en place une procédure de lutte contre la dénutrition et sensibiliser le personnel à son application afin d’assurer la prise en charge.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 7 : L’établissement n’a pas mis en place d’évaluation du risque de chute ni de procédure d’analyse pluriprofessionnelle des chutes.	Recommandation n° 7 : Formaliser une procédure de prévention des chutes avec évaluation systématique et régulière du risque de chute et mettre en place un temps d’échange pluriprofessionnel d’analyse des chutes.	1 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 8 : L’établissement ne dispose pas de protocole de prise en charge des troubles du comportement. <i>Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d’Alzheimer ou à une maladie apparentée, HAS, Mai 2018.</i>	Recommandation n° 8 : Élaborer un protocole de prise en charge des troubles du comportement conforme aux recommandations en gériatologie.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 9 : L’absence de protocole prévoyant les conduites à tenir en cas d’incident grave ou de situation aigue ainsi que l’absence de procédure graduée de l’accès aux services de soins ne permettent pas l’organisation d’une chaîne de responsabilité, l’anticipation et une bonne gestion des situations d’urgence. <i>DGS/DGAS/Société Française de Gériatrie et Gériatologie : Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - octobre 2007</i>	Recommandation n° 9 : Mettre en place une formalisation claire, adaptée et suffisante des procédures de soins pour les urgences et soins non programmés afin de permettre une lisibilité des rôles et missions des équipes, de sécuriser les soins, d’améliorer la coordination des soins et d’entretenir une dynamique d’amélioration.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 10 : L’absence de réflexion institutionnelle sur les admissions directes des résidents sans passage en service d’urgence n’est pas conforme à l’INSTRUCTION N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences.	Recommandation n° 10 : Proposer un circuit d’admissions directes en hospitalisation des résidents sans passage par les urgences.	3 mois		Mesure levée.
Remarque n° 11 : Les procédures du circuit du médicament ne sont pas actualisées (péremptions, identitovigilance).	Recommandation n° 11 : Actualiser et réviser régulièrement les procédures du circuit du médicament.	3 mois		Mesure maintenue.

Remarque n° 12 : L'établissement ne dispose pas de procédure formalisée définissant les mesures d'identitovigilance et garantissant la qualité et la sécurité des soins. <i>Guide régional -ARS Auvergne-Rhône-Alpes- Mis à jour juin 2023 « Le circuit du médicament en EHPAD »</i>	Recommandation n° 12 : Formaliser une procédure relative à l'identitovigilance et s'assurer de son appropriation par les équipes de soins.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 13 : La réévaluation des traitements n'est pas tracée dans les dossiers médicaux.	Recommandation n° 13 : Veiller à la traçabilité des réévaluations des prescriptions, ainsi que de la révision des ordonnances (médecin traitant, MEDEC), notamment après la survenue de tout évènement (confusion, chute, agitation, somnolence...).	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 14 : Les modalités de mise en œuvre des traitements prescrits en « <i>si besoin</i> » ne sont pas précisées dans un protocole ou dans la prescription.	Recommandation n° 14 : Veiller à ce que les modalités de mise en œuvre d'un traitement prescrit en « <i>si besoin</i> » soient précisées (dans la prescription ou dans un protocole).	1 mois		Mesure levée.
Remarque n° 15 : Les formes pharmaceutiques multidoses ne portent pas systématiquement l'identification du patient.	Recommandation n° 15 : Veiller à ce que le flacon de solution buvable multidoses soit identifié avec l'étiquette du patient (nom, prénom) sans masquer d'inscription.	1 mois		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Remarque n° 16 : Les modalités de gestion des antiseptiques ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques.	Recommandation n° 16 : Respecter la durée d'utilisation des antiseptiques après ouverture du flacon en indiquant sur le flacon la date d'ouverture et/ou la date limite d'utilisation après ouverture	1 mois		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Remarque n° 17 : L'utilisation des dispositifs doseurs n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques.	Recommandation n° 17 : S'assurer que chaque dispositif doseur soit spécifiquement associé à un flacon et à un résident.	Immédiat		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.

Remarque n° 18 : Les boites de médicaments des casiers individuels ne sont pas systématiquement identifiées par le nom du résident.	Recommandation n° 18 : Identifier le nom du résident sur chaque boite de médicaments délivrée sur prescription nominative.	Immédiat		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Remarque n° 19 : La continuité de la prise en charge (traitements chroniques) n’est pas garantie (rupture d’approvisionnement).	Recommandation n° 19 : Formaliser, en collaboration avec l’officine avec laquelle l’établissement a passé une convention, une procédure sécurisant la continuité des prises en charge et notamment en matière d’approvisionnement en médicaments (anticipation).	1 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 20 : Le coffre à toxiques n’est pas strictement dédié aux médicaments (présence d’objets personnels).	Recommandation n° 20 : Réserver le lieu de stockage des stupéfiants à leur seul stockage.	Immédiat		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Remarque n° 21 : Les modalités de gestion de la chaine du froid (entretien, suivi des péremptions, suivi des températures des réfrigérateurs dédiés aux médicaments, conduite à tenir en cas d’excursion, appropriation par les équipes) ne permettent pas de garantir la sécurité du circuit du médicament	Recommandation n° 21 : Sécuriser la chaine du froid relative au circuit du médicament, en collaboration avec le pharmacien de l’officine avec lequel l’établissement a conventionné, en formalisant une procédure d’entretien et de suivi des péremptions, en affichant à proximité des enceintes réfrigérées une procédure claire et complète de la conduite à tenir en cas d’excursion de la température et en s’assurant de la bonne appropriation de ces informations par les équipes de soins.	Immédiat		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Remarque n° 22 : La procédure “ <i>Gestion pour dotation des soins urgents – MQR4-PCSU-01</i> ” prévoit l’utilisation des traitements stockés dans le sac d’urgence pour des situations hors urgence vitale.	Recommandation n° 22 : Formaliser une procédure conforme aux recommandations en réservant le sac d’urgence (« sac rouge ») aux seules situations d’urgence vitale.	1 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 23 : La procédure et les outils de vérification du sac d’urgence ne permettent pas la sécurisation de son utilisation.	Recommandation n° 23 : Garantir la sécurité des médicaments et dispositifs médicaux du sac d’urgence (fiche de suivi des péremptions, fiches de vérification du sac, datées et signées).	Immédiat		Mesure levée. Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.
Remarque n° 24 : Les procédures « Hygiène » et « Gestion du risque infectieux » ne sont pas complètes et celles en vigueur ne permettent pas une gestion efficiente de la maitrise du risque.	Recommandation n° 24 : Développer les procédures « Hygiène » et « Gestion du risque infectieux » et s’assurer de l'actualisation des procédures en vigueur.	3 mois		Mesure maintenue.
Remarque n° 25 : Le document de traçabilité du bio-nettoyage est non disponible. Cet élément n’est pas en adéquation avec les recommandations de la HAS et du CEPIAS.	Recommandation n° 25 : Mettre en place le document de traçabilité du bio-nettoyage.	1 mois		Mesure levée Cette mise en œuvre sera constatée dans le cadre du suivi.

Remarque n° 26 : L'IDEC ne possède pas de formation spécifique à la coordination.	Recommandation n° 26 : Veiller (dans un souci de développement des carrières et dans une volonté de développer les technicités attendues de ses agents), à la réalisation d'une formation spécifique en coordination des IDEC afin d'assurer et de garantir la spécificité et la qualité de ce poste.	1 an		Mesure maintenue. Cet élément sera constaté dans le cadre du suivi.
--	--	-------------	--	--

AUTRE			
<p>Le DUERP n'est pas révisé annuellement. Il s'agit d'une non-conformité à l'article R.4121-2 du Code du travail.</p> <p>Le DUERP n'est pas transmis aux autorités énoncées à l'article R.4121-4 du Code du travail. Il s'agit d'une non-conformité.</p>	<p>→ Transmission de ces non-conformités aux autorités compétentes en la matière.</p>		