



Réf : 2024-D3SE-SDIC-
Mission 2024_HDF-00081

Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et

le président du conseil
départemental

à

Madame la directrice de l'EHPAD
Le Vert Buisson rue
du Général Patton
02270 Crécy-sur-Serre

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite à l'inspection des 25 et 26 janvier 2024 et à la lettre de mesures urgentes du 4 mars 2024 de l'EHPAD Le Vert Buisson à Crécy-sur-Serre (02270).

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2024, l'EHPAD Le Vert Buisson à Crécy-sur-Serre (02270) a fait l'objet d'une inspection sur site inopinée le 25 et 26 janvier 2024 en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

A l'issue de l'inspection, la mission a constaté des dysfonctionnements et des facteurs de risques susceptibles de compromettre la sécurité des résidents accueillis au regard des dispositions de l'article L. 311-3 du CASF, principalement liés à l'absence de sécurisation des issues de secours des différentes ailes du bâtiment, avec des portes s'ouvrant directement soit sur des escaliers abrupts, soit sur des débarras isolés non chauffés, le tout dans un contexte de locaux étendus ne permettant pas une surveillance optimale des résidents.

Au regard de ces risques, une lettre de mesures urgentes vous a donc été transmise le 4 mars 2024 dans laquelle il vous était demandé, de communiquer, sans délai et sans attendre la transmission du rapport d'inspection, les mesures prises afin de :

- Sécuriser les issues de secours de l'EHPAD, en lien avec la commission de sécurité ;
- Mettre en place d'une vérification quotidienne des issues de secours de l'établissement.

Le 21 mars, vous nous avez fait part de vos réponses à la lettre de mesures urgentes.

La mission d'inspection a noté des avancées avec la mise en place d'une vérification quotidienne des issues de secours, d'un cahier d'émargement de cette vérification et des consignes détaillées ; et d'autre part avec la prise de contact avec un lieutenant du service prévention du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de l'Aisne, membre de la commission de sécurité de l'EHPAD, pour la sécurisation des issues de secours de l'EHPAD.

Vous nous aviez indiqué envisager le remplacement des barres antipaniques desdites issues par des boutons moletés permettant de satisfaire les injonctions de sécurité d'ouverture des issues de secours par les pompiers tout en étant plus sécurisants que les barres antipaniques pour les résidents.

Depuis nous n'avons pas eu de suites concernant un délai de réalisation de ces mesures alors qu'il s'agissait d'une mesure immédiate à mettre en œuvre ; vous nous avez informés que cette option était en cours car elle posait des complications sur certaines portes anciennes et qu'en conséquence des devis et une aide de l'ARS au titre de CNR avait été demandés.

En l'absence de visibilité quant à la réalisation d'une mesure urgente, nous vous demandons de nous transmettre un état d'avancement de la sécurisation des issues de secours avec un échéancier précis des mesures prises et celles restant à mettre en œuvre.

En l'absence de transmission de ces documents sous un délai de 15 jours, nous serions amenés à prononcer une injonction, assortie de la suspension des nouvelles admissions.

Plus globalement, nous vous avons transmis le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées que vous avez reçues le 23 septembre dernier.

Vous nous avez fait part de vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées le 22 octobre.

Nous avons bien pris note des mesures engagées et prévues mais avons décidé de maintenir la majorité des mesures correctives envisagées, dans l'attente de la totalité de leur mise en œuvre.

En conséquence, vous trouverez ci-joint les mesures correctives à mettre en œuvre, qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Nous vous précisons qu'au regard de l'ensemble de vos réponses, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de l'Aisne de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Aisne, par le chargé de mission contrôle, évaluation et efficience des ESMS de la direction de l'Autonomie et de la MDPH.

Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre le rapport d'inspection au président du conseil d'administration.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que le directeur général de l'agence régionale de santé préside.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Nous vous précisons qu'un courrier d'information au président du CVS est également transmis

Le président du conseil départemental


Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Nicolas FRICOTEAUX

Pièce jointe : le tableau listant les mesures correctives demandées.

Mesures correctives

Inspection des 25 et 26 janvier 2024 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Le Vert Buisson à Crécy-sur-Serre

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
<u>Ecart n° 1 :</u> En disposant d'une capacité d'accueil installée inférieure à sa capacité autorisée et financée, l'établissement ne respecte pas la capacité définie par l'arrêté d'autorisation en date du 28 juillet 2017.		<u>Prescription n°1 :</u> Respecter ou revoir la capacité autorisée en lien avec l'ARS et le Conseil départemental de manière à mettre en adéquation capacité autorisée, installée et financée.	6 mois	
<u>Ecart n°2 :</u> En ne disposant pas de règlement de fonctionnement de moins de cinq ans et en ne l'affichant pas au sein de l'établissement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-7 du CASF et de l'article R311-34 du CASF.		<u>Prescription n° 2 :</u> Actualiser le règlement de fonctionnement, le communiquer aux résidents et l'afficher au sein de l'établissement.	6 mois	
<u>Remarque n°1 :</u> L'établissement dispose d'un projet d'établissement et d'un projet de soins arrivant à terme et non corrélés avec le fonctionnement actuel.		<u>Recommandation n°1 :</u> Actualiser le projet d'établissement dont le projet de soins, y associer les personnels et le leur faire connaître.	12 mois	
<u>Ecart n°3 :</u> En ne disposant pas de délégation précisant ses compétences et ses missions et/ou de signature pour la directrice, l'établissement ne respecte pas l'article D315-71 CASF.		<u>Prescription n°3 :</u> Etablir une délégation de compétences et de signature pour la directrice.	6 mois	

	<p><u>Remarque n° 2:</u> L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement de chacun et peut engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation ANESM : <u>« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »</u> - Décembre 2008).</p>	<p><u>Recommandation n°2 :</u> Etablir une fiche de poste ou de lettre de mission pour la directrice.</p>	6 mois	
	<p><u>Remarque n° 3 :</u> L'absence de document formalisant la continuité de la direction ne permet pas une conduite lisible de l'établissement.</p>	<p><u>Recommandation n°3 :</u> Formaliser l'organisation retenue en matière de continuité de direction.</p>	6 mois	
	<p><u>Ecart n°4 :</u> Le CVS ne se réunit pas au moins trois fois par an conformément à l'article D311-16 du CASF. Le dernier compte rendu du CVS n'est pas affiché dans l'établissement.</p>	<p><u>Prescription n°4 :</u> Réunir au minimum 3 fois par an le CVS et afficher les compte-rendu dans l'établissement.</p>	12 mois	

	<p><u>Ecart n°5 :</u> Il n'existe pas de politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée au sein de l'établissement, opérationnelle et connue de l'ensemble de l'équipe, permettant en particulier de repérer, d'évaluer, d'analyser et de prévenir les risques et les facteurs de risques de maltraitance au sein de l'établissement (dysfonctionnements matériels, pratiques professionnelles inadaptées, comportements individuels, conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation...).</p>	<p><u>Prescription n°5:</u> Elaborer et mettre en place une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée au sein de l'établissement (notamment dans le projet d'établissement et de soins) permettant en particulier de repérer, d'évaluer, d'analyser et de prévenir les risques et les facteurs de risques de maltraitance au sein de l'établissement (dysfonctionnement matériels, pratiques professionnelles inadaptées, comportements individuels, conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation...).</p>	6 mois	
	<p><u>Ecart n°6 :</u> En ne disposant pas d'un dispositif d'analyse des signalements d'événements indésirables, l'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de l'HAS/ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »-décembre 2008).</p>	<p><u>Prescription n°6 :</u> Formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour l'analyse et les signalements des événements indésirables.</p>	12 mois	
	<p><u>Remarque n°4 :</u> En en disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de l'HAS/ ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »-décembre 2008 ».</p>	<p><u>Recommandation n°4 :</u> Formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil, le traitement, l'analyse, le recueil et le suivi des réclamations.</p>	6 mois	

	<p><u>Ecart n°7 :</u> L'absence de protocole prévoyant les conduites à tenir en cas d'incident grave ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilité et l'anticipation des situations d'urgence et ne permet pas à l'établissement de remplir ses obligations en matière de signalement conformément à l'article L331-8 du CASF</p> <p>L'absence de retour sur l'exploitation des EIG ne permet pas la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques de proximité.</p>	<p><u>Prescription n°7 :</u> Elaborer et mettre en place une politique de gestion des risques au sein de l'établissement permettant le signalement tout dysfonctionnement grave dans la gestion, l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droitset aux équipes de connaître les conduites à tenir en cas de crises, d'incidents ou d'évènements indésirables graves : procédures , CAT etc.</p>	Immédiat	
	<p><u>Remarque n°5 :</u> L'absence de formation spécifique de l'IDE faisant fonction d'IDEC et le fait qu'elle ait bénéficié d'un avancement en interne peuvent conduire à l'émergence de problèmes de positionnement, d'adaptation à ses fonctions et missions et à sa légitimité.</p>	<p><u>Recommandation n°5 :</u> Engager les formations et l'accompagnement nécessaires à l'exercice de ses missions de l'IDE faisant fonction d'IDEC.</p>	Levée	
	<p><u>Ecart n°8 :</u> En ne disposant pas du bulletin du casier judiciaire national dans les dossiers de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.</p>	<p><u>Prescription n°8 :</u> Disposer du bulletin du casier judiciaire national dans les dossiers de tous les agents.</p>	Levée	

<p><u>Remarque n°6 :</u> L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle. (Recommandation de la HAS, exANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008).</p>	<p><u>Recommandation n°6 :</u> Formaliser les missions et responsabilités de chaque professionnel dans des fiches de poste.</p>	<p>12 mois</p>	
<p><u>Ecart n°9 :</u> Une indifférenciation globale des missions et attributions AS / ASH soins a été constatée. L'organisation des soins de nursing favorise le risque de glissements de tâches ASH /AS, et en cela contrevient aux articles R 4311-3 et R 4311-4 du CSP et aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE. De plus, l'absence de formalisation de la collaboration IDE - AS sur l'administration des médicaments constitue également un glissement de tâches.</p>	<p><u>Prescription n°9 :</u> Limiter les risques de glissements de tâches ASH /AS afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents. Renforcer le processus de qualification et de formation des ASH soins.</p>	<p>6 mois</p>	
<p><u>Remarque n°7 :</u> L'absence d'évaluation régulière des agents ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement par l'encadrement, destiné à prévenir la maltraitance. (Recommandation de la HAS, ex-ANESM, relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II relative à la mise en place d'une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance - décembre 2008).</p>	<p><u>Recommandation n°7 :</u> Réaliser annuellement les évaluations du personnel et renforcer l'implication de la direction sur ces évaluations (prévention de la maltraitance, lien avec les fiches de postes et métier et formation).</p>	<p>Levée</p>	

<u>Remarque n°8 :</u> L'absence d'analyse de pratiques ou de dispositif de soutien professionnel ne favorise pas la qualité la prise en charge.	<u>Recommandation n° 8 :</u> Mettre en place des analyses des pratiques professionnelles de manière régulière.	12 mois	
<u>Remarque n°9 :</u> L'absence de psychologue sur l'établissement ne facilite pas l'accompagnement des professionnels dans la gestion de résidents avec des troubles du comportement complexe.	<u>Recommandation n°9 :</u> Envisager la présence de psychologue sur l'établissement qui permettrait de soutenir le personnel lors d'une remise en question professionnelle et de l'aider dans la gestion de résidents avec des troubles du comportement complexes.	12 mois	
<u>Ecart n°10 :</u> Le temps réel consacré à la coordination médicale à l'EHPAD est insuffisant au vu du nombre de résidents accueillis et il est très inférieur au temps réglementaire (art D 312-156 du CASF) et l'ensemble des missions réglementaires de médecin coordonnateur ne sont pas assurées, de plus des lacunes ont été observées sur le suivi médical d'un résident : M. R (cf écart n°20).	<u>Prescription n°10 :</u> Mettre à niveau le temps réel de médecin coordonnateur et assurer l'ensemble des missions réglementaires.	12 mois	
<u>Remarque n° 10 :</u> Il n'est organisé aucun soutien au personnel, et l'établissement ne dispose pas de psychologue.	<u>Recommandation n°10 :</u> Organiser un soutien psychologique du personnel qui peut être extérieur, collectif et/ou individuel.	12 mois	

<p><u>Ecart n°11 :</u> Une absence d'accès à internet dans les chambres des résidents et dans les espaces communs a été constatée alors que cet accès fait partie des nouvelles prestations socles obligatoires en EHPAD au 1^{er} janvier 2023 dans le cadre du décret du 28 avril 2022 portant sur diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>	<p><u>Prescription n°11 :</u> Mettre en place l'accès à internet pour les résidents.</p>	<p>Levée</p>	
<p><u>Ecart n° 12 :</u> L'absence de sécurisation des portes de secours de différentes ailes des étages du bâtiment est source de chutes pour les résidents et en cela est contraire à l'article L311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°12 :</u> A) sécuriser les issues de secours de l'EHPAD, en lien avec la commission de sécurité, B) mettre en place une vérification quotidienne des issues de secours de l'établissement. (Levée car mise en œuvre suite à la lettre de mesures urgentes).</p>	<p>Délai porté à 15 jours pour la prescription 12 A)</p>	
<p><u>Ecart n° 13 :</u> Des réparations ne sont pas réalisées et peuvent être sources d'insécurité pour les résidents.</p>	<p><u>Prescription n°13 :</u> Procéder aux réparations et mises en sécurité nécessaires et mettre en place une vérification quotidienne.</p>	<p>Immédiat</p>	

<u>Ecart n°14 :</u> En l'absence de précisions concernant le recueil du consentement du résident, la procédure d'admission en vigueur n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.	<u>Prescription n°14 :</u> Compléter et actualiser la procédure d'admission concernant le recueil du consentement du résident.	12 mois	
<u>Ecart n°15 :</u> En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet de vie individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°15 :</u> Etablir un projet de vie pour l'ensemble des résidents issu d'une concertation pluridisciplinaire (de préférence en réunion formalisée spécifique entre l'ensemble des intervenants concernés).	12 mois	
<u>Remarque n°11 :</u> Les référents sont mal identifiés par les familles et leur rôle insuffisamment connu par les professionnels.	<u>Recommandation n°11 :</u> Préciser et faire connaître les rôles, missions et responsabilités des référents, les inclure dans les fiches de poste.	6 mois	
<u>Remarque n°12 :</u> L'absence d'actualisation annuelle des PAP ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne (recommandation de la HAS, ex-ANESM : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », décembre 2008).	<u>Recommandation n°12 :</u> Etablir une programmation annuelle de réactualisation des projets de vie pour l'ensemble des résidents.	6 mois	

<p><u>Ecart n°16 :</u> Les informations recueillies convergent vers une inorganisation préoccupante du processus de contention au sein de l'établissement, malgré une fréquence apparente élevée.</p>	<p><u>Prescription n°16 :</u> Formaliser les processus d'indication, de prescription et suivi paramédical des contentions et les limiter au strict minimum en formalisant le recueil du consentement du résident / sa famille.</p>	6 mois	
<p><u>Remarque n° 13 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Les faisant fonction d'animatrices ne sont actuellement pas formées. b) L'absence de traçabilité du process animation ne permet pas d'assurer une continuité de service en cas d'absence ou de congés et il n'y a pas non plus de traçabilité dans les dossiers des résidents. c) Il existe peu d'activité sur le temps de présence des professionnels et peu de résidents participent aux activités (une vingtaine). Hormis la balnéothérapie, il n'existe pas d'activité le matin. d) Il n'existe aucune traçabilité en matière de recueil des souhaits d'animation, qu'ils soient issus des résidents eux-mêmes ou des échanges avec les équipes, (en dehors du livret de vie). 	<p><u>Recommandation n°13 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Engager rapidement les formations à destination des faisant fonction d'animatrices. b) Rédiger un projet global d'animation qui prendra place dans le projet d'établissement. c) Développer les temps d'animation et les activités. d) Assurer la traçabilité du process animation et des activités en découlant à la fois sur les plans institutionnel et individuel (suivi par les résidents) ainsi que du droit à l'image. 	6 mois	
<p><u>Remarque n°14 :</u> Il n'a pas été transmis à la mission des comptes rendus des commissions menus.</p>	<p><u>Recommandation n°14 :</u> Etablir les comptes rendus des commissions menus.</p>	Levée	

<u>Ecart n°17 :</u> Le dispositif de prévention et prise en charge de la dénutrition et déshydratation à la fois décrit dans le projet de soins et constaté dans un dossier de résident ne garantit pas un suivi satisfaisant.	<u>Prescription n°17 :</u> Formaliser un processus de prévention et prise en charge de la dénutrition, mettre en place un dépistage et des fiches de suivi alimentaire, assurer la prise de poids au moins mensuelle.	6 mois	
<u>Remarque n°15 :</u> Il n'existe pas de réunions régulières associant les soignants sur l'organisation institutionnelle et les situations individuelles de résidents, contrairement aux recommandations de la HAS, ex-ANESM, sur les missions du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement des maltraitances.	<u>Recommandation n°15 :</u> Mettre en place des réunions régulières associant les soignants sur l'organisation institutionnelle et les situations individuelles de résidents.	6 mois	
<u>Remarque n°16 :</u> Le processus de prévention et prise en charge des escarres est incomplet : pas de référent officiellement nommé, pas de bilan retrouvé dans les dossiers, pas de formation récente, pas de protocole formalisé.	<u>Recommandation n°16 :</u> Compléter le dispositif de prévention et prise en charge des escarres.	6 mois	
<u>Ecart n°18 :</u> La gestion des troubles du comportement et troubles psychologiques voire psychiatriques n'est pas organisée ni formalisée hors de recours extérieurs à la psychiatrie, avec de plus l'absence de psychologue et le recours aux psychotropes non réévalué régulièrement.	<u>Prescription n°18 :</u> Revoir et formaliser la gestion des troubles du comportement et troubles psychologiques voire psychiatriques en collaboration avec la psychiatrie de secteur, réévaluer les prescriptions de psychotropes, notamment chez les résidents chuteurs.	6 mois	

<u>Remarque n°17 :</u> Bien que la fin de vie soit formalisée, le cas relevé dans un dossier ne présente aucun échange pluridisciplinaire, aucun recours extérieur et même aucun avis médical.	<u>Recommandation n°17 :</u> S'assurer que tout résident en fin de vie bénéficie d'une organisation des soins conforme au projet de soins.	Immédiat	
<u>Remarque n° 18 :</u> La prévention et la gestion du risque suicidaire ne sont pas formalisées.	<u>Recommandation n°18 :</u> Formaliser la prévention et la gestion du risque suicidaire.	6 mois	
<u>Remarque n°19 :</u> Le circuit du médicament manque de formalisation, notamment sur la collaboration entre IDE et AS pour la distribution, la vérification de la réception des piluliers, l'identito-vigilance, le stock d'urgence.	<u>Recommandation n°19 :</u> Formaliser et finaliser le circuit du médicament : compléter et transmettre la convention avec la pharmacie, rédiger un protocole global sur le médicament, inclure les événements indésirables liés aux médicaments dans un protocole de recueil et d'analyse incluant le pharmacien, établir avec le pharmacien et le médecin coordonnateur un stock de médicaments d'urgence, formaliser la vérification par les IDE de la réception des piluliers de la pharmacie, renforcer l'identito-vigilance.	12 mois	
<u>Ecart n°19 :</u> Il n'est pas organisé et formalisé la prévention et le traitement des chutes, ce qui n'est pas compatible avec une qualité et sécurité des soins au sens de l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n° 19 :</u> Analyser chaque chute et développer une politique d'analyse et de prévention.	6 mois	

<p><u>Constat :</u></p> <p>L'analyse par le médecin inspecteur de santé publique d'un dossier médical d'un résident ayant chuté le jour 2 de l'inspection a mis en évidence (outre les observations mentionnées dans le paragraphe « politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance » relatives à une attitude individuelle qui est apparue "peu bienveillante" lors de la chute), les problématiques, lacunes et dysfonctionnements suivants :</p> <p><u>Ecart n°20 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une absence de médecin traitant compensée en partie par les interventions du médecin coordonnateur 2. Des consultations médicales rares, irrégulières et peu réactives aux transmissions paramédicales 3. Une faiblesse des observations directes médicales (insuffisance et absence d'articulation entre les interventions soignantes) 4. L'absence de bilan psychiatrique détaillé 5. Une faiblesse des observations médicales ou paramédicales sur la dénutrition 6. L'absence de définition d'une stratégie de prise en charge de la dénutrition 7. L'absence de fiches de suivi et mesure de poids régulière 8. Une faiblesse des transmissions sur les chutes (non-exhaustivité et absence d'analyse) 9. Une faiblesse du suivi des conséquences d'une chute avec traumatisme crânien apparent survenue le second jour de l'inspection 10. Une absence de réflexion pluridisciplinaire notamment sur le lien entre les chutes et la lourdeur du traitement psychotrope 11. Une absence d'analyse des causes du décès et du positionnement de l'équipe sur la fin de vie. 	<p><u>Prescription n° 20 :</u></p> <p>Mettre en place des mesures permettant de garantir la qualité des prises en charge médicale et paramédicale et leur traçabilité, en particulier concernant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les observations directes médicales à développer et à articuler avec les interventions soignantes ; 2. la réalisation de bilan psychiatrique détaillé pour les résidents le nécessitant ; 3. la réalisation d'observations médicales ou paramédicales sur la dénutrition ; 4. la définition d'une stratégie de prise en charge de la dénutrition ; 5. la réalisation de fiches de suivi et mesure de poids régulière ; 6. l'exhaustivité des transmissions sur les chutes et leur analyse ; 7. le suivi des conséquences des chutes ; 8. la mise en place d'une réflexion pluridisciplinaire notamment sur le lien entre les chutes et les traitements psychotropes ; 9. l'analyse des causes des décès et le positionnement des équipes sur la fin de vie. 	<p>Immédiat</p>	
--	---	-----------------	--

Les constats effectués sur la prise en charge médicale et paramédicale de Mr... dans son dossier de soins ne permettent pas de garantir une qualité de prise en charge conforme à l'article L.311-3 du CASF à savoir en particulier «... une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins... ».			
<u>Remarque n°20</u> : Les partenariats en cours n'ont pas donné lieu à des conventions transmises à la mission.	<u>Recommandation n°20</u> : Formaliser et transmettre les conventions de partenariat extérieur.	. 6 mois	