

Réf : 2024-D3SE-SDIC-LC
Mission n° 2024-HDF-00087



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et

la présidente du conseil
départemental

Madame Catherine LATGER
Directrice
EHPAD Les 2 Châteaux
8, avenue Henri ADNOT
BP 50029
60321 Compiègne Cédex

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RÉCEPTION

Objet : mesures correctives à la suite de l'inspection des 8 et 9 février 2024 à l'EHPAD les 2 châteaux d'Attichy, établissement en direction commune avec le centre hospitalier de Compiègne Noyon.

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2024, l'EHPAD les 2 châteaux d'Attichy, établissement en direction commune avec le centre hospitalier de Compiègne Noyon, a été inspecté les 8 et 9 février 2024 sur site sur la base juridique d'intervention de l'article L313-13 du code l'action sociale et des familles (CASF) afin de vérifier les conditions de prise en charge, de sécurité et de bien-être des résidents.

A l'issue de l'inspection, la mission d'inspection a constaté un risque susceptible de compromettre la santé et la sécurité des résidents accueillis au regard des dispositions de l'article L. 311-3 du CASF, principalement lié à l'absence de sécurisation du circuit du médicament et à l'absence de poste infirmier sur des plages de temps conséquentes, le tout dans un contexte de climat social tendu.

Ces manquements sont d'autant plus problématiques qu'une majorité d'entre eux avaient déjà été relevés lors de l'inspection réalisée en 2021 et avaient fait l'objet de prescriptions, en vue d'être rapidement corrigés ; des mesures correctives avaient été notifiées en ce sens.

Nous vous avons donc demandé, par lettre de mesures urgentes le 19 février 2024, de nous communiquer les mesures prises afin de garantir la sécurité des résidents sur ces aspects.

Vous nous avez fait parvenir par courrier du 9 avril 2024 les démarches engagées ou envisagées concernant les problématiques constatées.

Si certaines mesures étaient satisfaisantes, notamment la vérification de l'identité des résidents au moment de la distribution des médicaments, elles ne l'étaient que partiellement sur :

- La présence d'IDE sur le site de Tracy ;
- La vérification par un personnel IDE de la concordance entre le contenu de l'ordonnance et le pilulier au plus près de la distribution des médicaments aux résidents ;
- la traçabilité de l'administration des médicaments le soir.

En conséquence, par courrier en date du 22 août 2024, nous vous avons demandé de remédier à ces problématiques et nous tenir informés du résultat de vos démarches afin de garantir la santé et la sécurité des résidents accueillis conformément à la réglementation.

Par ailleurs, par ce même courrier, vous avez reçu un exemplaire du rapport rédigé par l'équipe en charge de la réalisation de cette inspection ainsi que des mesures correctives envisagées.

Le 23 octobre, vous avez fait part de vos réponses à la lettre de mesures urgentes et de vos observations concernant le rapport dans le cadre de la procédure contradictoire et les mesures correctives envisagées.

Après analyse, la majorité des mesures mentionnées dans la lettre de mesures urgentes ont été prises. Seule la présence IDE sur le site de TRACY, pour laquelle vous nous indiquez avoir pris des mesures permettant d'assurer la continuité des soins, reste à préciser et expliciter en nous transmettant l'organisation précisément retenue et les plannings des équipes.

En l'absence de réponse satisfaisante sous un délai de 15 jours, en application de l'article L313-14 du CASF, nous serons amenés à prononcer une injonction, assortie de la suspension des nouvelles admissions.

En ce qui concerne plus globalement vos observations dans le cadre de la procédure contradictoire, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En revanche, nous avons bien pris note des mesures prises et avons décidé d'en lever certaines mais également d'en maintenir d'autres dans l'attente de la totalité de leur mise en œuvre.

Vous trouverez donc ci-joint les mesures correctives à mettre en œuvre dans les délais fixés, qui closent la procédure contradictoire.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de l'Oise de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Oise, par le service contrôle, qualité et gestion des risques.

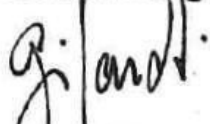
Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Nous vous 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.

Pour la présidente du conseil départemental et par délégation, la directrice
de la Maison départementale de l'Autonomie

Le Directeur général



Hugo GILARDI

Stellina MERCIER –LISMONDE

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives.

Mesures correctives
Inspection des de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD) les 2 châteaux d'Attichy, établissement en direction commune avec le Centre hospitalier de Compiègne
Noyon

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse	Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre
<u>Ecart n°1 :</u> L'absence de possibilité d'utiliser les 5 places comme places d'hébergement temporaire n'est pas conforme à l'arrêté du renouvellement d'autorisation de l'établissement du 15/09/2027 et ne respecte pas les termes de l'article L313-1 du CASF	<u>Prescription n°1 :</u> Respecter l'autorisation ; à défaut, les autorités de tutelle examineront l'éventualité d'une révision de l'autorisation et du niveau de financement qui l'accompagne de manière à mettre en adéquation capacité autorisée , installée , utilisée et financée	Levée de la prescription
<u>Remarque n°1 :</u> Les critères d'attribution des chambres doubles ne sont pas formalisés et le prix de séjour est indifférencié selon le type de chambre, simple ou double. De même lors d'un décès d'une personne en chambre double, l'organisation n'est pas clairement identifiée ce qui peut constituer un frein au respect de la dignité et l'intimité des usagers occupants et des proches	<u>Recommandation n°1 :</u> Définir et formaliser des critères d'attribution des chambres doubles et définir des tarifs différenciés, et préciser les modalités d'organisation et de conduites à tenir en cas de décès d'un résident	6 mois

<p><u>Ecart n°2 :</u> En ne précisant pas les coordonnées des autorités administratives et en n'étant pas signé, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D. 311-37 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 2 :</u> Mettre à jour le règlement de fonctionnement en précisant les coordonnées des autorités administratives et en le signant.</p>	<p>Levée de la prescription</p>
<p><u>Ecart n°3 :</u> L'absence de projet d'établissement datant de moins de 5 ans est contraire aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. L'absence de projet d'établissement spécifique ou à défaut de projet de service ne permet pas aux professionnels de repérer le sens de leur action et leur place dans l'organisation, l'établissement ne respecte pas les recommandations en termes de management d'équipe. <i>(Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, Décembre 2009).</i></p>	<p><u>Prescription n°3 :</u> Elaborer le futur projet d'établissement (Article L311-8 du CASF) sur la base du nouveau décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médicosociaux, qui fixe le contenu minimal du projet d'établissement (Article D. 311-38-3), la mise en place d'une « démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance », précisant « les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement ou service ».</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Ecart n° 4:</u> Le fonctionnement du CVS n'est pas conforme aux art L311-6, D311-3 et suivants CASF et au Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022.</p>	<p><u>Prescriptions n°4 :</u> Réunir le conseil de la vie sociale au moins trois par an, établir un règlement intérieur du CVS prévoyant la durée du mandat des membres du CVS.</p>	<p>6 mois</p>

<p><u>Ecart n° 5:</u></p> <p>En l'absence de politique globale de prévention de la maltraitance formalisée et mise en œuvre, l'établissement n'est pas conforme avec les dispositions du décret no 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements et services sociaux et médico-sociaux et avec l'article L 311-8 du CASF, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS/ANESM.</p>	<p><u>Prescription n° 5:</u></p> <p>Elaborer et mettre en œuvre une politique globale de prévention de la maltraitance (protocole, circuit, procédure, fiche de signalement, formation, analyse des pratiques...)</p>	
<p><u>Ecart n°9:</u></p> <p>L'établissement n'a pas mis en œuvre toutes les mesures correctives notifiées le 12/10/2022 à la direction générale du CHICN, suite à l'inspection réalisée en juin 2021 ni structuré sa démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations, ce qui ne lui permet pas de s'adapter aux évolutions des besoins des usagers et garantir leur bien-être et leur sécurité ; cette insuffisance est contraire aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF et de l'article D312-203 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 9:</u></p> <p>Mettre en œuvre l'ensemble des mesures correctives notifiées dans le rapport d'inspection et entretenir la dynamique d'amélioration de la qualité des prestations et de la sécurité des soins, en particulier pour ce qui concerne les transmissions dans le logiciel NETSOINS, la mise en œuvre des PAP, la sécurisation du circuit du médicament de la préparation des piluliers à l'étape d'administration et de la traçabilité des administrations, l'élimination des glissements de tâches, la mise en œuvre d'une politique de bientraitance et de prévention de la maltraitance, l'acculturation des personnels à la déclaration des évènements indésirables et la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques, enfin la mise en place d'évaluations des pratiques professionnelles et la mesure de la satisfaction des résidents et de leurs proches.</p>	<p>6 mois</p>

<p><u>Remarque n°2 :</u></p> <p>L'organigramme spécifique de l'EHPAD ne précise pas les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques ce qui nuit à la visibilité de l'organisation et à la compréhension du rôle et des fonctions de chaque membre de l'équipe ; l'absence de description et formalisation de la chaîne hiérarchique de l'EHPAD ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires</p>	<p><u>Recommandation n° 2 :</u></p> <p>Elaborer un organigramme de l'Ehpad précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques et permettant d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et des cadres intermédiaires</p>	<p>Levée de la recommandation</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

<p><u>Ecart n° 6:</u></p> <p>a) L'établissement ne déclare pas systématiquement aux autorités administratives tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de 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, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF et de l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales , ni à l'article L1413-14 du CSP</p> <p>b) La procédure de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des évènements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies n'est ni datée ni signée et ne comporte pas de date d'application</p>	<p><u>Prescription n°6 :</u></p> <p>a) Déclarer systématiquement aux autorités administratives tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de 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,</p> <p>b) Dater et signer la procédure, s'assurer que l'ensemble des équipes disposent des codes</p>	<p>Levée de la prescription</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

<p><u>Écart n°7</u></p> <p>a) L'ensemble des agents ne maîtrise pas la connaissance de la procédure et ne dispose pas des codes nécessaires permettant la saisie des FEI</p> <p>b) Au niveau de L'EHPAD, l'absence de retour systématique sur l'exploitation des fiches de signalement des évènements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques de proximité</p>	<p><u>Prescription n°7</u></p> <p>a) Assurer la formation de l'ensemble des équipes et s'assurer régulièrement de leur maîtrise</p> <p>b) Effectuer un retour systématique de l'exploitation des fiches de signalement des évènements indésirables aux niveau de l'EHPAD de manière à mettre en œuvre une véritable politique de gestion des risques de proximité.</p>	<p>Levée de la prescription</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

<p><u>Ecart n°8 :</u></p> <p>En ne disposant pas d'un dispositif unifié de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (ANESM : « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008). En l'absence de procédure formalisée, la possibilité pour un usager de déposer une doléance et d'en avoir un retour systématique n'est donc pas garantie, ce qui constitue un obstacle à la mise en œuvre des droits des usagers et n'est pas conforme à l'article L311-3 du CASF .</p>	<p><u>Prescription n °8 :</u></p> <p>Mettre à disposition des résidents et leurs familles un recueil (carnet, livret, etc.) au niveau de l'accueil, afin qu'ils puissent y déposer leurs réclamations. Formaliser une procédure opérationnelle de gestion des réclamations des familles, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS et la faire connaître aux équipes, familles et résidents. Organiser un système de recensement, de suivi du traitement et d'analyse des réclamations.</p>	<p>6 mois</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Remarque n° 3 :</u> Les 2 IDE faisant fonction d'IDEC ne disposent pas de formation spécifique à l'encadrement et au management ce qui peut être un frein à l'exercice de leur mission.</p>	<p><u>Recommandation n°3</u> Engager les formations et l'accompagnement nécessaires à l'exercice des missions d'encadrement des IDE faisant fonction d'IDEC.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Ecart n° 10:</u> L'absence d'IDE au planning de l'unité protégée de Tracy le weekend et à partir de 15 h la semaine constitue un risque susceptible d'affecter la prise en charge des résidents et le respect de leurs droits au sens de l'article L 31314 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n °10 :</u> Veiller à la continuité de la prise en charge infirmière en semaine et le week end</p>	<p>15 jours</p>
<p><u>Ecart n°11:</u> Le gestionnaire n'a pas complété les indicateurs de performance médicosociale conformément à l'arrêté du 10 avril 2019 à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social</p>	<p><u>Prescription n °11 :</u> Compléter et transmettre les données relatives aux indicateurs de performance médicosociale (ANAP</p>	<p>6 mois</p>

<p><u>Remarque n° 4 :</u> Les informations collectées à l'occasion d'un processus de recrutement, comme les casiers judiciaires, ne peuvent pas être conservées indéfiniment par le recruteur.</p>	<p><u>Recommandation n° 4 :</u> Si le règlement général de protection des données (RGPD) ne définit pas, pour les traitements utilisés à des fins de recrutement, de durée précise pendant laquelle les informations doivent être conservées, c'est à chaque responsable de traitement de la déterminer. Celle-ci doit être cohérente et justifiée en fonction de l'objectif poursuivi par le traitement mis en œuvre.</p>	<p>Levée de la recommandation</p>
<p><u>Ecart n°12:</u> Sur certains documents, la fiche de tâches des AS et des « ASH soins » ne différencie pas les compétences des deux catégories professionnelles, elle est donc de nature à favoriser et institutionnaliser des glissements de tâches, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation au diplôme d'état d'aide-soignant selon lequel le diplôme d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.</p>	<p><u>Prescription n°12 :</u> Elaborer une fiche de de poste, de tâche par catégorie professionnelle et en fonction des diplômes et formation des équipes.</p>	<p>6 mois</p>

<p><u>Ecart n° 13:</u> L'absence de fiche de missions/de poste pour le médecin coordonnateur ne lui permet pas de connaître les obligations qui lui incombent et le cadre de ses interventions au sein de l'EHPAD conformément à l'article D 312-158 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°13 :</u> Elaborer une fiche de missions/de poste pour le médecin coordonnateur.</p>	<p>6 mois</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Ecart n°14 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, sont réalisées par des ASH ; b) 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 contreviennent 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. 	<p><u>Prescription n°14 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Limiter les risques de glissements de tâches ASH /AS afin de garantir une prise en charge de qualité aux résidents ; b) Former et qualifier en priorité les agents concernés par des glissements de taches. 	<p>6 mois</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Ecart n°15 :</u> Sans infirmier(e) le week-end à l'unité protégée, la continuité de service infirmier n'est pas assurée et ni la sécurité ni la qualité de la prise en charge ne sont garanties au sens de l'art L311-3. L'organisation actuelle de la présence infirmière conduit à des situations de sous-effectif ou de sous-qualification récurrentes ou pérennes, ce qui est contraire aux articles R 4311-3 à 4311-5 du CSP définissant les soins relevant du rôle propre de l'infirmier.</p>	<p><u>Prescription n° 15 :</u> Assurer une continuité de prise en charge infirmière en journée et le Week end à l'unité protégée.</p>	<p>15 jours</p>
<p><u>Ecart n°16:</u> L'absence de précision en matière de conduite à tenir en cas d'arrêt maladie génère un risque de glissements de tâches susceptible d'entraîner une atteinte à la santé et la sécurité des personnes accueillies, et dans ce sens contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°16:</u> Préciser les conduites à tenir en cas d'arrêt maladie et notamment les prolongations d'absences, la répartition des tâches des agents présents, les mesures prises pour assurer la continuité de service en cas d'absence prolongée ainsi que les modalités de remplacement de l'agent absent.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Remarque n°5 :</u> L'absence de temps de présence « non prévisible », notamment le week-end ou la nuit n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM 2008, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.</p>	<p><u>Recommandation n°5 :</u> Mettre en œuvre des temps de présence de l'encadrement durant les week-ends et la nuit afin de veiller aux bonnes pratiques.</p>	<p>Levée</p>
<p><u>Ecart n°17:</u> Le médecin coordonnateur n'est pas associé à la mise en œuvre d'une politique de formation, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D312-158 alinéa 8.</p>	<p><u>Prescription n°17 :</u> Associer le médecin coordonnateur à l'élaboration du plan de formation.</p>	<p>Levée</p>

<p><u>Remarque n°6</u></p> <p>a) En ne prévoyant pas la formation de l'ensemble des agents aux spécificités de la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, l'établissement ne respecte pas les recommandations de l'ANESM (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, 2008, mise à jour en 2018, page 21 ;</p> <p>b) Le plan de formation ne fait pas apparaître les formations incendie alors que la note de service de la direction du 15 janvier 2024 précise que « des formations incendie seront remises en place ». Ces formations semblent d'autant plus nécessaires qu'en septembre 2023 l'EHPAD a évacué des veilleurs de nuit et un résident après un départ de feu dans une chambre.</p>	<p><u>Recommandation n°6</u></p> <p>a) Former l'ensemble des agents aux spécificités de la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées ;</p> <p>b) Intégrer les formations incendie au plan de formation.</p>	<p>6 mois</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Remarque n°7:</u></p> <p>En ne prévoyant pas une formation de l'ensemble des agents à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'instruction DGAS/2A no 2007112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et ne respecte pas les recommandations de l'ANESM</p> <p>(Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, 2008, mise à jour en 2018, page 18, « Faire de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique pour les professionnels et associer les bénévoles et les intervenants libéraux à la réflexion »)</p> <p>.</p>	<p><u>Recommandation n°7 :</u></p> <p>Former l'ensemble des agents à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance.</p>	<p>6 mois</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Ecart n° 18:</u> En l'absence de protocole d'encadrement de tout nouveau professionnel, l'établissement ne peut attester que la sécurité des personnes accueillies soit assurée, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF, et ne respecte pas la recommandation de l'ANESM Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, page 17, « concevoir et organiser une phase d'accueil et d'intégration individualisée pour tous les nouveaux arrivants ».</p>	<p><u>Prescription n°18 :</u> Concevoir, organiser et protocoliser une phase d'accueil et d'intégration individualisée pour tous les nouveaux arrivants.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Remarque n° 8:</u> L'absence de temps d'analyse des pratiques professionnelles par un professionnel extérieur formé est contraire aux recommandations de l'HAS /ex ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008). -l'absence d'organisation formalisée de l'accueil des nouveaux salariés ou remplaçant fragilise la gestion des ressources humaines et peut impacter la qualité de la prise en charge.</p>	<p><u>Recommandation n°8 :</u> Mettre en place des temps d'analyse des pratiques professionnelles par un professionnel extérieur formé afin d'aider les équipes concernées dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes.</p>	
<p><u>Remarque n° 9:</u> L'existence de « clans » avec des clivages entre certaines parties des équipes ont pour conséquences un manque de solidarité, de communication et de travail d'équipe et aboutissent au final à une prise en charge pour partie dégradée des résidents.</p>	<p><u>Recommandation n° 9:</u> Engager une réflexion et des mesures permettant d'apaiser les tensions et de construire un projet commun pour relancer l'émulation et la coopération.</p>	<p>Levée</p>

<p><u>Remarque n°10 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Il n'existe pas d'analyse des délais de réponses aux appels ; b) Il n'existe pas de tests périodiques pour vérifier le bon fonctionnement des appels malades et du système de report. 	<p><u>Recommandation n°10 :</u></p> <p>Analyser de façon régulière des délais de réponses aux appels malades ; Tester périodiquement le Fonctionnement des appels malades et du système de report</p> <p>Sensibiliser les équipes à la vigilance sur les appels émis des toilettes des parties communes.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Remarque n°11 :

L'organisation et le fonctionnement du service de nuit sont insuffisamment régulés et sécurisés.

Recommandation n° 11 :

Réguler et sécuriser l'organisation et le fonctionnement du service de nuit.

Immédiat

<p><u>Ecart n° 19:</u> La procédure d'admission est incomplète.</p>	<p><u>Prescription n° 19 :</u> Compléter la procédure d'admission avec</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les critères de non-admission -La remise du contrat de séjour au maximum dans les 15 jours suivant l'admission -La possibilité de joindre, sur avis médical et après un certain temps d'adaptation et d'observation de la personne admise au sein de la structure, une annexe au contrat de séjour définissant les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité (article L. 311-4-1 du CASF). 	<p>6 mois</p>
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Ecart n°20 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) En ne disposant pas d'un livret d'accueil finalisé la structure ne répond pas aux dispositions mentionnées à l'article L311-7 du CASF. b) La charte des droits et des libertés ainsi que le règlement de fonctionnement ne sont pas annexés au livret d'accueil conformément à l'article L311-4 du CASF. c) Le livret d'accueil, dans sa version provisoire transmise à la mission, ne précise pas les actions menées par l'établissement en termes de prévention et de lutte contre la maltraitance, les numéros d'appel dédiés à l'écoute des situations de maltraitance, ni les coordonnées téléphoniques des autorités administratives (ARS et département), ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. 	<p><u>Prescription n° 20:</u></p> <p>Elaborer le livret d'accueil conformément aux dispositions mentionnées à l'article L311-7 du CASF et aux dispositions de l'instruction DGAS/2A n° : 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>12 mois</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

<p><u>Ecart n°21 :</u> L'établissement n'élabore pas de projet individuel personnalisé pour chaque résident, il n'existe pas de révision au minimum annuelle de ce projet, et il n'existe pas de procédure d'élaboration et de révision des projets d'accompagnement personnalisés, ce qui n'est pas conforme à l'article L311-3 du CASF, et ne respecte pas la recommandation ANESM : Les attentes de la personne âgée et le projet personnalisé – 2008</p>	<p><u>Prescription n°21 :</u> Elaborer un projet individuel personnalisé pour chaque résident ainsi qu'une procédure d'élaboration et de révision des projets d'accompagnement personnalisés.</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Ecart n°22 :</u> Le contrat de séjour ne définit pas les mesures individuelles relatives à la liberté d'aller et venir du résident conformément à l'article D-311 du CASF. En ne traçant pas le consentement de la personne accueillie dans le contrat de séjour, et/ou la recherche du consentement d'une personne présentant des difficultés à s'exprimer, l'établissement n'est pas en mesure de prouver qu'il respecte les dispositions de l'alinéa 3 de l'article L311-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 22 :</u> Intégrer dans le contrat de séjour les mesures relatives à la liberté d'aller et venir du résident conformément à l'article D-311 du CASF et tracer le consentement ou la recherche de consentement</p>	<p>Levée</p>

<p><u>Ecart n°23 :</u> L'absence d'avenant au contrat de séjour établi à 6 mois maximum précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne est contraire aux dispositions de l'article D311 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 23:</u> Elaborer un avenant au contrat de séjour précisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne à 6 mois.</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Remarque n°12:</u> Le formulaire de désignation d'une personne de confiance actuellement remis au futur résident lui permet de désigner une personne de confiance en application de l'article L1111-6 du CSP, et ne comporte pas un autre volet lui permettant de désigner une personne de confiance éventuellement différente pour l'accompagner dans la compréhension et la mise en œuvre de ses droits en application de l'article L311-5-1 du CASF.</p>	<p><u>Recommandation n° 12:</u> Pour la complète information des personnes accueillies, préciser que la personne de confiance susceptible d'aider la personne dans la compréhension et la mise en œuvre de ses droits (art L311-5-1 du CASF) et la personne de confiance susceptible d'intervenir pour la conseiller ou être son porte-parole vis-à-vis d'une équipe médicale (art L1111-6 du CSP) peuvent être une seule et unique personne, ou bien deux personnes différentes. L'annexe 2 du décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles pourrait utilement remplacer le formulaire de désignation actuellement remis au futur résident, qui ne permet de désigner que la personne de confiance en application de l'article L1111-6 du CSP.</p>	<p>12 mois</p>

<p><u>Remarque n°13 :</u></p> <p>Le programme d'animations actuel est insuffisant pour combler les besoins de vie sociale et de loisirs des résidents ; ce programme est éloigné de la recommandation ANESM Qualité de vie en EHPAD, volet 3, « La vie sociale des résidents en EHPAD », 2011. L'absence de sorties extérieures limite la qualité de vie sociale des résidents et ne permet pas les rencontres avec les autres citoyens de la ville/ du village ce qui est contraire aux recommandations de bonnes pratiques Qualité de vie en Ehpac (volet 3) – La vie sociale des résidents en Ehpac HAS /ANESM, janvier 2012.</p>	<p><u>Recommandation n° 13:</u></p> <p>Professionnaliser et former les équipes d'animation à développer et à diversifier les programmes.</p>	<p>6 mois</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p><u>Remarque n° 15:</u> Pour des questions d'organisation, parfois de contraintes institutionnelles ou d'aménagement, les résidents ne peuvent bénéficier de soins journaliers complets ce qui n'est pas conforme aux recommandations des Bonnes Pratiques de l'ANESM de juin 2011 relatives à l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.</p>	<p><u>Recommandation n°15 :</u> Revoir l'organisation du travail de manière à assurer des soins journaliers complets.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Remarque n° 16:</u> Il n'existe pas de protocole relatif à la mise sous contention, ce qui ne respecte pas la recommandation de l'HAS /ex ANESM.</p>	<p><u>Recommandation n° 16:</u> Etablir un protocole relatif à la mise sous contention en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANSM « Recommandations pour assurer la sécurité des patients nécessitant une contention médicale » et de l'HAS/ ex l'ANESM. Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social 2009, page 22 « lorsque la contention est mise en œuvre, il est recommandé qu'un protocole précis soit établi abordant entre autres les mesures de surveillance et de réévaluation » après avoir mené en équipe une réflexion éthique sur le niveau de risque acceptable et les conditions dans lesquelles cette procédure peut assurer, pour chaque personne accueillie, un équilibre entre la liberté de circuler et la sécurité.</p>	<p>Levée</p>

<p><u>Remarque n°17:</u></p> <p>a) Le recueil des souhaits de la personne sur ses goûts alimentaires n'est pas réalisé ;</p> <p>b) Il n'existe pas de commission des menus ni d'autres formes de consultation de l'avis des résidents concernant les menus, ce qui ne respecte pas les recommandations de l'ANESM Qualité de vie en EHPAD, 2010, notamment les volets 1 et 2 ;</p> <p>c) Une insatisfaction est constatée sur la qualité des repas ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la société française de gériatrie et gérontologie qui considère comme « essentiel de conserver le plaisir de manger, meilleure prévention de la dénutrition qui est le risque majeur du vieillissement, avec ses conséquences délétères sur l'augmentation du risque infectieux et la diminution des capacités fonctionnelles.</p>	<p><u>Recommandation n°17 :</u></p> <p>a) Recueillir les souhaits de la personne sur ses goûts alimentaires ;</p> <p>b) Organiser des commissions de menus</p> <p>c) Faire en sorte de conserver le plaisir de manger des résidents.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Remarque n°18:</u></p> <p>En matière d'hydratation</p> <p>a) Aucune formation n'a été dispensée ;</p> <p>b) Il n'existe ni liste ni classeur de suivi des résidents.</p>	<p><u>Recommandation n°18 :</u></p> <p>a) Former les équipes aux recommandations de bonnes pratiques en matière d'hydratation ;</p> <p>b) Assurer un suivi et une traçabilité de des résidents en matière d'hydratation.</p>	<p>6 mois</p>

<p><u>Ecart n° 24 :</u> En matière d'alimentation la limite de jeun est dépassée. L'ensemble de ces éléments est de nature à fragiliser la santé des résidents (absence de Recueil des souhaits de la personne, de Commission des menus, de Formation des équipes aux gestes d'urgence en cas de fausse route grave, de Liste et classeur de suivi des résidents Respect de la limite du jeun).</p>	<p><u>Prescription n°24</u> Respecter la limite de jeun et proposer des collations systématiquement aux résidents. Respecter les Bonnes pratiques en matière d'hydratation et d'alimentation (bonnes pratiques en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes direction générale de la santé /direction générale de l'action sociale/société française de gériatrie et gérontologie » octobre 2007) et de l'HAS ex/ANESM.</p>	<p>Levée</p>
<p><u>Ecart n° 25 :</u> Les ASH, seuls présents en salle à manger du rez de chaussée lors des repas, ne sont pas tous formés aux gestes d'urgence en cas de fausse route grave des résidents ce qui constitue un risque pour la sécurité des résidents contraire à l'article 311 -13 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°25</u> Sécuriser la prise des repas de manière à être en capacité de prévenir et prendre en charge les fausses routes Former l'ensemble des équipes affectés aux repas aux gestes d'urgence en cas de fausse route.</p>	<p>Immédiat</p>
<p><u>Remarque n° 19:</u> La mission n'a pas retrouvé de projet de soins individualisé élaboré par l'équipe soignante comprenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi de soin du résident précisant objectifs, interventions, modalités d'évaluation et de réajustement.</p>	<p><u>Recommandation n° 19:</u> Etablir un projet de soins formalisé pour chaque résident.</p>	

<p><u>Remarque n° 20:</u> La méthode des transmissions ciblées n'est pas connue de tous les professionnels, ce qui nuit à la lisibilité des transmissions de l'équipe soignante et induit potentiellement une perte d'informations qui peut nuire à la qualité du suivi de la personne accueillie conformément aux recommandations qualité de vie en EHPAD VOLET 4 de l'HAS / ex ANESM.</p>	<p><u>Recommandation n°20 :</u> Former les équipes aux transmissions ciblées et mettre en place des audits réguliers de manière à garantir la continuité et la qualité du suivi médical et un niveau de qualité satisfaisant de prise en charge des résidents.</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Ecart n° 26:</u> L'insuffisance de traçabilité générale constatée est préjudiciable à la continuité des soins et à la qualité du suivi médical et paramédical des résidents et contraire au L311-3 CASF : L'ensemble des documents concernant le résident n'est pas enregistré dans le dossier informatisé, ce qui peut induire une perte d'informations et de confidentialité. - La traçabilité des renseignements visant à la connaissance des besoins de la personne accueillie est inégale d'un dossier à l'autre, ce qui peut nuire à la qualité de l'accompagnement de la personne accueillie -La traçabilité des consultations médicales dans le logiciel NETSOINS est inconstante.</p>	<p><u>Prescription n°26</u> Fiabiliser, systématiser et assurer la confidentialité et la traçabilité des documents et renseignements concernant les résidents permettant la continuité et la qualité du suivi médical.</p>	<p>Levée</p>
<p><u>Ecart n°27:</u> La quotité de travail du médecin coordonnateur est inférieure au temps minimal réglementaire de présence selon l'article D312-156 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°27</u> Respecter le temps de travail réglementaire du médecin coordonnateur, d'autant plus que son rôle croissant de médecin traitant auprès de certains résidents représente un risque de surcharge de travail au regard de sa quotité de travail effectif à l'EHPAD Les deux châteaux.</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Ecart n°28:</u> Une absence de contrat signé avec l'ensemble des médecins traitants intervenant dans l'établissement représente une non-conformité au regard de l'article L 314-12 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°28</u> Etablir une convention avec chacun médecins libéraux intervenant au sein de l'EHPAD.</p>	<p>12 mois</p>

<p><u>Ecart n°29:</u> L'absence de contrat signé avec les kinésithérapeutes libéraux intervenant dans l'établissement n'est pas conforme à l'article L 314-12 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n°29</u> Etablir un contrat signé avec les intervenants extérieurs à l'établissement.</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Remarque n°21</u> L'absence de professionnels intervenant sur la mobilité et motricité des résidents n'est pas de nature à favoriser le maintien de leur autonomie et n'est pas conforme aux bonnes pratiques de l'HAS ANESM qualité de vie en EHPAD.</p>	<p><u>Recommandation n°21</u> Mobiliser l'intervention de professionnels intervenant sur la mobilité et motricité des résidents (ergothérapeute, psychomotricien, professeur d'activités physiques adaptées.</p>	<p>12 mois</p>
<p><u>Ecart n°30 :</u> La coexistence de procédures et de protocoles obsolètes avec des protocoles mis à jour ou en cours de mise à jour induit un risque de confusion de la part des professionnels et un risque d'erreurs. Par ailleurs, les procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse ne comportent pas toutes les étapes du circuit du médicament ni le rôle de chaque intervenant à chacune de ces étapes, ce qui est contraire aux recommandations de l'ANESM « prise en charge médicamenteuse en EHPAD », juin 2017. L'absence de convention écrite entre la pharmacie d'officine référente et l'établissement constitue une non-conformité à l'article L5126-10 du CSP.</p>	<p><u>Prescription n° 30</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Veiller à une stricte mise à jour des protocoles et procédures, et à éliminer de la base documentaire les protocoles et procédures devenus obsolètes ; b) Préciser les étapes du circuit du médicament ainsi que le rôle de chaque intervenant à chacune de ces étapes au regard des textes en vigueur ; c) Etablir une convention écrite avec la pharmacie d'officine référente et l'établissement. 	<p>3 mois</p>

<p><u>Ecart n°31 :</u> La sécurisation de l'accès au local pharmacie n'est pas garantie, ce qui n'est pas conforme à l'article R4312-39 du CSP.</p>	<p><u>Prescription n° 31:</u> Sécuriser l'accès au local pharmacie.</p>	<p>Levée</p>
<p><u>Ecart n°32:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) En ne prenant pas en compte les médicaments thermosensibles immédiatement à la livraison, l'établissement contrevient à l'article article R4312-39 du CSP ; b) La transmission par téléphone d'une commande de médicaments n'est pas à même de garantir la confidentialité des données médicales personnelles, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L1110-4 du CSP ; c) En ne prenant pas toutes les précautions pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits que les IDE sont appelés à utiliser dans le cadre de leur exercice, l'établissement est en non-conformité au regard de l'article R4312-39. L'absence de procédure de commande urgente et de livraison de prescription médicamenteuse à débiter sans délai et/ou de prescription médicamenteuse effectuée durant le WE représente un risque pour la santé et la sécurité des résidents, et contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. 	<p><u>Prescription n°32 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Prendre en charge les médicaments thermosensibles immédiatement à la livraison ; b) Veiller à la sécurisation et à la confidentialité des modalités de livraison et d'accès aux médicaments ; c) Etablir et mettre en œuvre une procédure de commande urgente et de livraison de prescription médicamenteuse à débiter sans délai et/ou de prescription médicamenteuse effectuée durant le WE ; d) Définir les modalités écrites portant sur la transmission des prescriptions à la pharmacie d'officine. 	<p>Immédiat</p>

<p><u>Ecart n°33:</u></p> <p>a) En l'absence de convention avec la pharmacie d'officine et en l'absence de liste déterminée de médicaments dits de soins urgents, le stock médicamenteux de l'établissement est non conforme au regard de l'article L5126-6 du CSP ;</p> <p>b) En ne contrôlant pas systématiquement les dates de péremption des médicaments, l'établissement est en non-conformité avec l'article R4312-29 du CSP ;</p> <p>c) Toute distribution ou toute mise à disposition des médicaments non utilisés sont interdites. Ces médicaments sont destinés à être retournés à la pharmacie, en vue d'une destruction dans des conditions sécurisées (article L.42112 du CSP ».</p>	<p><u>Prescription n°33:</u></p> <p>a) Préciser le stock de médicaments pour soins urgents dans la convention (ou mis en annexe de la convention ;</p> <p>b) Organiser un contrôle systématique des dates de péremption des médicaments ;</p> <p>c) Organiser le retour des médicaments périmés à la pharmacie.</p>	<p>Immédiat</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

<p><u>Ecart n°34:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) L'absence de liste des professionnels autorisés à avoir accès au coffre de stupéfiant contrevient à l'article R4312-39 du CSP ; b) L'absence de procédure de réception des stupéfiants, de gestion du stock des stupéfiants et de traçabilité des administrations de stupéfiants est susceptible de nuire à la sécurité des personnes accueillies, et contrevient à l'article L311-3 du CASF ; c) Des médicaments stupéfiants d'un patient décédé n'ont pas été retournés à la pharmacie en vue de leur destruction dans les conditions prévues par la réglementation (article L.4211-2, R4211-23, R.5132-36 du CSP). 	<p><u>Prescription n° 34</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Veiller à la sécurisation de l'accès au coffre de stupéfiants ; b) Etablir une procédure de réception des stupéfiants, de gestion du stock des stupéfiants et de la traçabilité des administrations de stupéfiants ; c) Retourner les médicaments stupéfiants du patient décédé à la pharmacie en vue de leur destruction dans les conditions prévues par la réglementation (article L..42112, R4211-23, R.5132-36 du CSP). 	<p>Immédiat</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------

<p><u>Ecart n°35:</u> Contrairement aux dispositions de l'article D 312-158 alinéa 7 du CASF, le médecin coordonnateur n'a pas élaboré une liste de médicaments à utiliser de manière préférentielle en concertation avec les médecins traitants, et en ce sens ne contribue pas à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicament.</p>	<p><u>Prescription n°35</u> Veiller à l'élaboration d'une liste de médicaments à utiliser de manière préférentielle au sein de l'établissement, en concertation avec les médecins traitants. Veiller sans délai à une stricte mise en conformité du circuit du médicament au regard des textes en vigueur ainsi qu'au respect des bonnes pratiques de manière à garantir une sécurisation ainsi qu'une qualité de prise en charge satisfaisante des résidents</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Ecart n°36:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Les procédures concernant la sécurisation du circuit du médicament ont été mises à jour en 2022, mais ne décrivent pas toutes les étapes ni de façon précise les rôles de chacun des professionnels ; b) L'absence de respect des bonnes pratiques en matière de circuit du médicament ne permet pas de garantir une sécurisation ainsi qu'une qualité de prise en charge satisfaisante des résidents conformément à l'article L. 311-3 du CASF ; c) L'insuffisance des effectifs IDE entraîne des glissements de tâches institutionnalisés. <p>Ces manquements entraînent un risque majeur pour la sécurité des résidents, contrevenant à l'article L311-3 du CASF, et aux dispositions des articles R4311-3 à R4311-8 du CSP.</p> <p>1.Sur le site de Tracy, l'absence de présence infirmière du lundi au vendredi dès 15 h ainsi que du vendredi 15 h au lundi matin suivant.</p> <p>2.Sur les 2 sites (Tracy et Dorchy), l'absence de vérification par un personnel infirmier de la concordance entre le contenu du pilulier et</p>	<p><u>Prescription n° 36 (cf. lettre de mesures urgentes)</u> Veiller à une stricte mise en conformité du circuit du médicament au regard des textes en vigueur.</p> <p>Une lettre de mesures urgentes portant sur la sécurité du circuit du médicament et la présence infirmière signée du DGARS et le président du conseil départemental de l'Oise (jointe en annexe) a été envoyée à la direction de l'EHPAD afin de prendre sans délai toutes les dispositions nécessaires afin de garantir la sécurité des résidents en limitant le risque d'erreur médicamenteuse.</p>	<p>Immédiat</p>

<p>l'ordonnance de prescriptions) au plus près de la distribution des médicaments aux résidents, en référence au R.43117 du Code de Santé Publique.</p> <p>3. Sur les 2 sites (Tracy et Dorchy), l'absence de vérification de l'identité des résidents au moment de la distribution des médicaments, en référence au R.4311-5 du Code de Santé Publique.</p> <p>4. Sur les 2 sites (Tracy et Dorchy), l'absence de traçabilité de l'administration ou la non-administration des médicaments aux résidents.</p>		
<p><u>Ecart n°37:</u> L'établissement n'a pas mis en place une organisation systématisée et connue de tous les professionnels de mise à jour et de diffusion des protocoles de soins Il ne s'assure pas de la bonne compréhension et de l'application effective des protocoles, ce qui ne respecte pas la recommandation de l'ANESM Qualité de vie en EHPAD, volet 4 La méconnaissance des procédures par les personnels, constitue un facteur de risque dans la prise en charge des résidents.</p>	<p><u>Prescription n° 37:</u> Organiser un suivi systématique des protocoles, assurer leur mise à jour régulière et leur diffusion, et s'assurer que tout professionnel concerné en a pris connaissance et les met en œuvre par des évaluations des pratiques professionnelles</p>	<p>Immédiat</p>

<p><u>Remarque n° 22:</u></p> <p>Il n'existe pas de politique globale de prévention, de traitement, de suivi et d'analyse des chutes</p> <p>De plus l'absence de professionnels tels qu'ergothérapeute, psychomotricien, professeur APA, ne favorise pas le maintien des facultés locomotrices des résidents, ce qui est contraire aux recommandations de l'ANESM/HAS Qualité de vie en EHPAD, volet 4, l'accompagnement personnalisé de la santé du résident.</p>	<p><u>Recommandation n°22 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Définir et mettre en place une politique globale de prévention, de traitement, de suivi et d'analyse des chutes ; b) Repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute), d'identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et enfin de corriger ceux qui sont modifiables ; c) Réévaluer les traitements psychotropes des résidents notamment chez les chuteurs. 	<p>6 mois</p>
<p><u>Ecart n°38 :</u></p> <p>L'absence de démarche de soins palliatifs formalisée au sein de l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D311-38-5 du CASF</p>	<p><u>Prescription n° 38</u></p> <p>Formaliser la démarche de soins palliatifs au sein de l'établissement</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Ecart n°39 :</u></p> <p>L'absence de protocole « Conduite à tenir en cas d'urgence » et « Conduite à tenir en cas d'hospitalisation » est susceptible de nuire à la sécurité des résidents selon l'article L311- 3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription n° 39</u></p> <p>Elaborer un protocole « Conduite à tenir en cas de besoin d'avis médical urgent » et un protocole « Conduite à tenir en cas d'hospitalisation ».</p>	<p>Immédiat</p>
<p><u>Remarque n° 23:</u></p> <p>L'absence de démarche formalisée afin de repérer et prévenir le risque suicidaire est contraire à la recommandation de l'ANESM/HAS « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, mai 2014 ».</p>	<p><u>Recommandation n°23 :</u></p> <p>Engager une démarche visant à prévenir le risque suicidaire.</p>	<p>12 mois</p>

<p><u>Remarque n°24:</u></p> <p>L'absence de procédure de prise en charge de l'incontinence est contraire aux recommandations de l'ANESM « Qualité de vie en EHPAD volets 3, 2011 et volet 4, 2012 ».</p>	<p><u>Recommandation n°24</u></p> <p>Elaborer et mettre en œuvre un protocole de prévention et de gestion de l'incontinence.</p>	<p>6 mois</p>
<p><u>Remarque n°25:</u></p> <p>Bien que l'établissement ait formalisé un bon nombre de ses partenariats avec des conventions signées, il n'existe pas de convention avec l'IDE hygiéniste du CHICN, ce qui ne permet pas de connaître le programme d'actions prioritaires contre le risque infectieux de l'établissement.</p>	<p><u>Recommandation n° 25</u></p> <p>Elaborer un protocole d'intervention avec l'IDE hygiéniste du CHICN.</p>	<p>Levée</p>