

Mesures correctives définitives (notifiées le 25/08/2023)

EHPAD SAINT FRANCOIS & EHPAD SAINTE CLOTILDE (ASFA)

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E1	Au total, le nombre de lits installés (163) est supérieur à la capacité autorisée (160)	Injonction 1 : Se conformer à la capacité autorisée.
E2	Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés n'est toujours pas installé.	Injonction 2 : Installer un PASA pour lequel l'EHPAD bénéficie d'un financement depuis 2015.
E3	La capacité autorisée n'est pas respectée.	Cf. Ecart 1
E4	Aucun registre, côté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, n'est présent dans l'établissement.	Prescription 1 : Tenir un registre conformément à l'article L331-2 du CASF, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie.
R1	La liste des résidents du site SF ne comporte pas la date de naissance des résidents.	Recommandation 1 : Compléter cette liste de la date de naissance des résidents.
E5	Pas de Projet d'Etablissement actualisé.	Injonction 3 : Actualiser le projet d'établissement
E6	Pas de projet de soins	Injonction 4 : Se doter d'un projet de soins
E7	Pas de règlements de fonctionnement contenant les dispositions obligatoires prévues dans le CASF, à jour. Par ailleurs, ceux transmis à l'équipe d'inspection ne sont pas signés.	Injonction 5 : Transmettre aux Tutelles les règlements de fonctionnement actualisés, signés et conformes aux textes.
R2	Organigramme du siège non actualisé. Organigramme de l'EHPAD non remis à la mission. Pas de cohérence entre l'organigramme et les fiches de fonction.	Recommandation 2 : Actualiser l'organigramme du siège. Transmettre les organigrammes actualisés du siège et de l'EHPAD aux Tutelles.
R4	Pas de note connue pour le remplacement de la directrice en son absence.	Recommandation 3 : Diffuser une note des dispositions applicables lors des absences de la directrice.
R5	Temps de transmissions entre les équipes de jour et de nuit insuffisants.	Recommandation 4 : Augmenter les temps de transmission.
R6	Pas de règlement intérieur reçu par la mission.	Prescription 2 : Transmettre le règlement intérieur
E8	Non respect de l'article D312-158 du CASF, le médecin coordonnateur ne contribue pas à la mise en œuvre d'une politique de formation et ne participe pas	Injonction 6 : Veiller à ce que le médecin coordonnateur remplisse ses missions réglementaires.

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
	aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Pas de réunion entre le médecin coordonnateur et les personnels infirmiers encadrants.	
R7	La mission n'a pas connaissance d'un suivi méthodique des suites données aux avis et propositions émis par le CVS.	Recommandation 5 : Assurer un suivi rigoureux des avis et propositions émis par le CVS.
E9	Le nombre de réunions minimal n'est pas mis en place.	Prescription 3 : Réunir le CVS au moins 3 fois par an.
R8	Les dispositions du règlement intérieur ne sont pas toujours suivies	Recommandation 6 : Veiller à ce que les dispositions du RI soient systématiquement appliquées.
R9	Le temps de la responsable qualité consacré à l'EHPAD est faible (0,5 ETP pour l'ensemble des établissements médico-sociaux de l'ASFA).	Prescription 4 : Adapter le nombre d'ETP aux missions du responsable qualité.
R10	La mission s'étonne qu'aucun goûter ne soit proposé pour les anniversaires (« prestation non prévue dans le marché » conclu avec le prestataire)	Recommandation 7 : Instaurer ces moments de convivialité avec proposition d'un goûter.
R11	La mission souhaite connaître pourquoi la désignation d'un référent qui passerait au moment des repas pour connaître les raisons de refus des résidents (solution évoquée lors d'une réunion de la commission des menus) n'a pas été retenue.	Donner les raisons
R12	La mission n'a pas été informée de la suite donnée à ce projet de changement de prestataire (appel à un ESAT au lieu de la société TOUNET).	Informar de la suite donnée
R13	La mission n'a pas eu connaissance de la démarche d'évaluation interne ou externe dans les années précédentes.	Apporter les éléments de réponse.
R14	La procédure « signalement d'anomalies, d'incidents ou d'accidents » non validée n'a pas été mise à jour depuis quelques années (diffusée en 2016). Le personnel déclare ne pas connaître quelles sont toutes les situations devant être déclarées.	Prescription 5 : Actualiser cette procédure. Organiser des séances d'information/de formation à destination du personnel
R15	Il est mentionné sur cette procédure que « <i>Le signalement doit être fait APRES que des mesures correctrices aient été prises, si cela est nécessaire</i> ». La mission ne comprend la chronologie des faits.	Apporter les explications
R16	Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ne sont pas prévues dans le document faisant office de RF.	Prescription 6 : Prévoir les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles au règlement de fonctionnement.
R17	La mission note que tous les personnels n'ont pas encore intégré dans quel cas un signalement est nécessaire ou pas.	Cf. prescription 5
R18	Les pratiques de déclarations des EIAS ne sont pas harmonisées sur les 2 sites.	Recommandation 8 : Harmoniser les pratiques de déclarations des EIAS des 2 sites.
R19	La mission n'a pas connaissance des actions mises en place pour réduire les EI notamment relatifs aux chutes, et aux erreurs médicamenteuses.	Prescription 7 : Déclarer auprès de l'ARS des EI

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
R20	La déclaration d'un événement indésirable grave est soumise à l'approbation du directeur d'établissement	Recommandation 9 : L'obligation de déclaration d'un EIG incombe à tous les professionnels de santé. Sur la base de la procédure retenue, les professionnels amenés, à déclarer l'événement au directeur de la structure lequel effectuera la déclaration auprès de l'ARS via le portail des signalements, ne verront pas systématiquement leur déclaration aboutir.
R21	La liste des personnels n'est pas à jour. D'après les renseignements reçus de la DRH, 1 animatrice intervient à temps plein sur le site SF et 1 animateur intervient à 0,65 ETP sur le site de SC. La mission a constaté qu'une ASH à temps plein (en CDD) assure les missions d'animatrice sur le site de SC.	Recommandation 9 : Mettre à jour la liste du personnel.
R22	Les personnels en CDD représentent presque la moitié de l'effectif de l'EHPAD.	Prescription 8 : Réduire le nombre de contrats précaires.
R23	Insuffisance de communication des informations entre le siège (DRH) et la direction de l'EHPAD pour la gestion des contrats (renouvellements de CDD...).	Recommandation 10 : Revoir l'organisation pour la gestion des contrats entre la DRH et la direction de l'EHPAD.
R24	Le renouvellement continu de CDD de très courte durée pour un agent est de nature à générer une démotivation.	Cf. prescription 8
R25	Le personnel soignant est insuffisant sur les plages horaires suivantes : entre 6h30 et 8h40 et entre 18h30 et 20h40, une seule AS pour chaque secteur (UA, secteurs 1 & 2)	Recommandation 11 : Réviser l'organisation des équipes pour remédier à cette situation.
R26	En cas d'absence non prévue, il n'y a pas de solution de remplacement (mode dégradé).	Cf. recommandation 11
R27	Absence d'harmonisation des pratiques intersites et intrasites et de temps permettant aux personnels d'échanger.	Recommandation 12 : Formaliser les procédures, les conduites à tenir pour une harmonisation des pratiques entre les 2 sites et intrasites.
R28	Equipe d'encadrement des soignants pléthorique avec des projets de missions non encore bien définis.	Prescription 9 : Réduire l'équipe d'encadrement des soignants.
R29	La mission constate un fort taux d'absentéisme (16% pour site SF et 10% pour site SC en 2021 contre respectivement 11% et 9% en 2020) et les congés maladie et accidents du travail/ maladies professionnelles comme principaux motifs des absences des personnels.	Recommandation 13 : Analyser les causes de ces taux, mettre en place des mesures pour pouvoir inverser la tendance.
R30	Pour certains personnels, l'établissement a comme justificatif un relevé de notes, une attestation de réussite à l'examen, une attestation d'inscription à l'IFSI pour des AS sans la validation des équivalences, une attestation d'assiduité et de compétences de la Croix Rouge Française.	Recommandation 14 : Compléter les dossiers des personnels des diplômes justifiant de la bonne qualification pour occuper les postes concernés, d'extraits de casier judiciaire.
E10	Pas d'entretien professionnel régulier pour les salariés de l'EHPAD.	Prescription 10 : Systématiser les entretiens professionnels
E11	Pas de contrat de travail signé pour cette IDEC depuis mai 2022.	Prescription 11 : Respecter les dispositions du droit du travail.

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E12	<p>Les dossiers des personnels ne sont pas complets. Pas d'extrait de casier judiciaire dans certains dossiers. (Art. L 133-6 du code de l'action sociale et des familles, articles 777 et R 82 du code de procédure pénale)</p> <p>Pas de copie de diplôme pour quelques personnels.</p> <p>Des contrats de travail ne sont pas révisés ou signés (voir ci-dessus).</p>	Cf. recommandation 14
R31	Pas de fiche de poste pour l'ensemble des personnels.	Prescription 12 : Etablir les fiches de poste
R32	L'équipe d'inspection souligne que suite à l'inspection de 2019, la rédaction d'un livret d'accueil pour le personnel nouvel arrivant et une information/formation intégrant les intérimaires, stagiaires, étudiant(es) et un temps de chevauchement avec les personnes qu'elles remplacent ou suppléent assorti d'un délai de 6 mois étaient prescrits.	Prescription 13 : Mettre en place le livret d'accueil pour les nouveaux arrivants.
E13	Pas de soutien psychologique du personnel (arrêté du 26 avril 1999)	Prescription 14 : Organiser des temps d'échanges entre les professionnels sur les pratiques professionnelles avec intervention possible d'un psychologue.
E14	Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu	Prescription 15 : Proposer des formations aux professionnels de santé dans le cadre de leur DPC.
R33	La formation « promouvoir la bientraitance » n'a concerné que 4 personnels en 2019, 7 en 2020 et 1 en 2021.	Recommandation 15 : Augmenter le nombre de personnels formés à la bientraitance.
R34	Le protocole « conduite à tenir en cas d'urgence » est peu adapté aux compétences des personnels présents notamment la nuit et n'a pas été présenté en réunion, ni expliqué.	Recommandation 16 : Elaborer un protocole adapté et présenté aux personnels.
R35	<p>Les 2 sites ne sont pas surveillés la nuit.</p> <p>La mission souhaite obtenir un point de situation sur la sécurité la nuit sur les 2 sites.</p>	Transmettre un point de situation sur la surveillance des 2 sites, la nuit (gardiennage, caméras...).
E15	Personnel insuffisant la nuit lorsque seuls 2 agents sont présents (1 pour UA et 1 pour les autres résidents).	Prescription 16 : Veiller que le nombre de personnel soit supérieur à 2.
R36	La mission d'inspection n'a pas connaissance du nouveau référent de l'IDE de nuit suite à l'arrêt maladie du référent désigné. (convention signée le 31/12/2021).	Recommandation 17 : Actualiser la convention relative à la mutualisation de l'IDE de nuit d'un nouveau référent pour l'EHPAD ASFA (si Mme ■ toujours en congé maladie).

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E16	Un glissement de tâches est observé. Les personnels n'exercent pas des tâches correspondant à leurs qualifications. Pas de distinction de tâches entre les ASQ, les AVS, les AMP et AES.	Prescription 17 : Mettre fin au glissement de tâches.
E17	Le temps réellement consacré à la coordination ne correspond pas au contrat de travail.	Injonction 7 : le médecin coordonnateur en poste les jours de l'inspection consacrait une grande partie de son temps à la prise en charge médicale au détriment de la coordination des soins. Faire respecter le temps réglementaire par le médecin coordonnateur.
E18	Les conditions d'exercice de la télé médecine ne sont pas respectées.	Prescription 18 : Le médecin coordonnateur en poste, étant hors du département de septembre à décembre 2022, aurait réalisé des téléconsultations. Transmettre un point de situation.
E19	A ce jour, le médecin ne peut justifier de la qualification requise.	Injonction 8 : Transmettre la qualification du médecin coordonnateur en poste si recrutement effectué en remplacement de celle qui était en poste en juillet 2022.
R37	Absence de fiche de poste dans les dossiers de personnels consultés. Cette situation a été confirmée par les personnels en entretien avec la mission.	Cf. prescription 12
R38	Pour certains personnels, leur rôle et mission ne sont pas bien identifiés.	Recommandation 18 : Clarifier ces divers points auprès des personnels.
R39	La mission s'interroge sur ce dépassement de charges.	Prescription 19 : Justifier ce dépassement de charges (1,3 M€) sur les sections hébergement et dépendance
R40	La mission relève une situation financière très préoccupante.	Injonction 9 : Transmettre un plan d'actions pour une amélioration de la situation financière.
R41	La mission note une augmentation des charges de personnel de 50% entre 2018 et 2021.	Injonction 10 : Justifier cette forte augmentation
E20	Aucun PPI n'est réceptionné par l'ARS, ni le Conseil Départemental depuis 2018.	Injonction 11 : Transmettre les PPI aux autorités.
R42	Les modalités de gestion de la trésorerie ne sont pas connues des autorités de tarification.	Transmettre les modalités de gestion de la trésorerie.
R43	Pas de réunions régulières entre le siège et l'EHPAD pour un suivi des frais	Recommandation 19 : Instaurer des réunions pour qu'un suivi des frais soit réalisé.
R44	Le registre des entrées et des sorties n'est pas conforme	Cf. prescription 1
R45	Les dossiers administratifs informatisés ne sont pas à jour.	Prescription 20 : Actualiser les dossiers administratifs informatisés.
R46	L'état des dalles du patio sur le site de Sainte Clotilde présente des risques de chutes.	Prescription 21 : Réparer ou remplacer les dalles du patio.
R47	Pas de verticalisateur, de saturomètre, équipement en panne non réparé, dysfonctionnements des tablettes et zapettes sur le site SC.	Prescription 22 : Equiper l'EHPAD de matériel nécessaire pour son bon fonctionnement.
R48	Manque de tenue pour les personnels et chaussures non adaptées.	Cf. prescription 22

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E21	La mission a noté le manque d'entretien de l'unité Alzheimer du site Saint François et du réfrigérateur de la salle à manger principale de Saint François.	<u>Prescription 23</u> : Veiller au bon entretien des éléments cités.
R49	Il n'a pas été produit de protocole d'entretien des réfrigérateurs de l'UA.	Transmettre le protocole d'entretien des réfrigérateurs de l'UA.
R50	La mission d'inspection observe que l'extincteur se trouve au sol en unité Alzheimer.	<u>Recommandation 20</u> : Positionner l'extincteur au bon endroit.
E22	Locaux de soins, locaux contenant des produits ménagers et les lieux de stockage des médicaments non sécurisés.	<u>Injonction 12</u> : Sécuriser les locaux
E23	Au moins une des chambres de l'EHPAD est dépourvue de dispositif d'appel.	<u>Injonction 13</u> : Installer les, dispositifs d'appels manquants, réparer les défectueux.
R51	Les escaliers menant à l'étage ne sont pas sécurisés sur les 2 sites.	<u>Prescription 24</u> : Sécuriser les escaliers.
R52	La mission n'a pas connaissance des moyens mis en place concernant les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens.	<u>Recommandation 21</u> : Informer les Tutelles des mesures mises en place et les inclure au règlement de fonctionnement.
R53	La mission n'a pas connaissance des moyens mis en place concernant la vidéo surveillance.	<u>Recommandation 22</u> : Informer les Tutelles sur les moyens mis en place (équipé ou pas, les espaces concernés...)
R54	La mission n'a pas connaissance des moyens mis en place. Les dispositifs de vidéosurveillance sont-ils en état de marche ?	Cf. recommandation 22
R55	La mission n'a pas connaissance des moyens mis en place. L'établissement satisfait-il à l'obligation d'assurer la continuité du service en énergie électrique (articles R 313-31 à R 313-33 du code de l'action sociale et des familles) ? L'établissement dispose-t-il d'un document d'analyse des risques d'analyse des risques de défaillance électrique (DARDE) ? La structure dispose-t-elle d'un groupe électrogène ? Quelles en sont les caractéristiques (puissance, autonomie...)	<u>Recommandation 23</u> : Renseigner les Tutelles sur ses obligations.
R56	La mission n'a pas été destinataire des diverses procédures relatives à l'admission des résidents (dont la procédure d'admission).	<u>Recommandation 24</u> : Transmettre les procédures relatives à l'admission des résidents.
E24	Des entretiens avec les personnels de l'EHPAD, il en ressort que la commission d'admission ne se réunit plus et que le médecin coordonnateur réalise seule les visites de pré-admission.	<u>Prescription 25</u> : Réactiver la commission d'admission.
R57	La mission n'a pas connaissance des critères d'admission définis notamment pour l'unité Alzheimer.	<u>Recommandation 25</u> : Donner les critères d'admission.
R58	Le livret d'accueil doit contenir sa date de validation	<u>Recommandation 26</u> : Intégrer la date de validation du LA.
E25	Le règlement de fonctionnement, à l'instar de l'ensemble des outils de la loi 2002-2 doivent être actualisés tous les 5 ans.	Cf. injonction 5

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E26	Les dossiers administratifs ne doivent pas contenir d'informations médicales.	Injonction 14 : Enlever les données médicales des dossiers administratifs
R59	La mission souligne que suite à l'inspection de 2019, une prescription a été notifiée à l'établissement de mettre en place sans délai une évaluation systématique de l'adaptation du résident formalisée à J+15 ou J+30	Prescription 26 : Mettre en place sans délai une évaluation systématique de l'adaptation du résident formalisée à J+15 ou J+30
E27	Il n'est pas fait mention de l'implication du médecin coordonnateur dans l'élaboration du projet général de soins.	Injonction 15 : Veiller à ce que le médecin coordonnateur s'investisse à l'élaboration du projet général de soins.
E28	Pas de réunion de coordination des professionnels de santé mise en place par le médecin coordonnateur.	Injonction 16 : Organiser ces réunions
E29	Pas de protocole de soins actualisé et connu des professionnels.	Injonction 17 : Actualiser tous les protocoles de soins et les diffuser auprès des professionnels.
R60	La mission souhaite connaître l'avancée des réflexions afin d'améliorer la communication envers les familles (mise en place d'une plateforme de SMS pour les messages urgents, organisation de matinées portes ouvertes...)	Recommandation 27 : Faire un point sur les divers projets pour une meilleure communication envers les familles.
R61	Aucun document signé par le résident ou son représentant légal ne formalise le libre choix du médecin traitant pour le résident. La mission n'a pas été informée des noms des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD et de la formalisation de leur intervention au sein de l'établissement (convention).	Recommandation 28 : Formaliser le libre choix du médecin traitant par le résident ou son représentant légal. Transmettre la liste des médecins intervenant au sein de cet EHPAD (2 sites) et les conventions signées avec eux.
E30	Tous les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé.	Injonction 18 : Etablir un PAP pour l'ensemble des résidents.
R62	La mission a constaté que l'eau des salles de bains des chambres monte à une haute température avec un risque potentiel de brûlure des résidents, sans que ce risque n'ait pu être évalué. Le rendez-vous pris pour le passage d'un membre de l'équipe d'inspection (technicienne sanitaire) a été reporté à plusieurs reprises.	Les conclusions de la technicienne sanitaire vont confirmer ou infirmer ce point.
R63	Le lit douche du site de St François dysfonctionne.	Prescription 27 : Justifier la réparation du lit douche.
R64	L'organisation du travail n'est pas adaptée au rythme de vie des résidents.	Recommandation 29 : Adapter l'organisation du travail au rythme de vie des résidents (lever, toilette, repas...)
R65	Il n'y a pas de temps de réunion organisés entre les animatrices des deux sites afin de coordonner les actions menées sur les deux sites qui forment un seul établissement.	Recommandation 30 : Organiser des temps de réunion entre les animatrices des 2 sites.
R66	La part d'activités pour les personnes les plus dépendantes est insuffisante (1 fois par semaine).	Recommandation 31 : Augmenter les activités pour les personnes les plus dépendantes.
R67	La superficie des chambres, notamment des 2 chambres doubles (25 à 27 m ²) du site de Sainte Clotilde ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 à savoir : 'Pour les constructions neuves ou concernant les établissements nécessitant une rénovation lourde, il est recommandé que la surface minimale	Recommandation 32 : Se conformer dans la mesure du possible aux recommandations.

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
	atteigne 18 à 22 m ² pour les chambres individuelles, 30 à 35 m ² pour les chambres doubles.	
R68	Les menus affichés sur le site de St François n'étaient pas à jour.	Recommandation 33 : Veiller à l'affichage de menus à jour.
R69	Les commandes des repas au prestataire sont passées deux semaines à l'avance, ce qui limite la liberté de choix des personnes accueillies.	Recommandation 34 : Réfléchir sur une organisation pour permettre aux résidents d'avoir plus de choix.
E31	L'amplitude maximale de 12 heures de jeûne entre le diner et le petit-déjeuner n'est pas respectée (14h).	Prescription 28 : Revoir l'organisation interne de l'établissement pour réduire l'amplitude de jeûne.
R70	La mission n'a pas connaissance de l'échéancier retenu avec le cabinet sur les travaux relatifs à l'amplitude horaire entre les repas.	Recommandation 35 : Transmettre les résultats des travaux du cabinet métropolitain.
R71	Les repas organisés à l'occasion de grands événements (semaine bleue, Dipavali, Noël, jour de l'an) sont jugés satisfaisants. Les efforts réalisés sur les repas sont appréciés (proposition de compotes diversifiées en dessert...). Cependant, à la lecture des comptes rendus de la commission des menus, il est constaté que : <ul style="list-style-type: none"> des produits difficiles à mâcher, des plats trop épicés et salés (selon avis médical) sont proposés aux résidents ; des viandes qui ne sont pas consommées par certains résidents (cabris) sont proposées trop fréquemment ; les résidents souhaitent plus de fruits aux repas (crus à midi, cuits le soir) ; les gâteaux mensuels d'anniversaire ne sont plus proposés.	Recommandation 36 : Persévérer dans l'effort pour l'adaptation des menus à la population accueillie.
R72	Quel est le prix de revient journalier consacré à l'alimentation ? Des données partielles ont été transmises en mars 2022 aux Tutelles. Elles ne permettent pas de déterminer le coût de revient journalier des repas. La mission est dans l'attente de ces informations.	Recommandation 37 : Transmettre les informations demandées relatives au prix de revient journalier.
E32	Pas d'harmonisation des pratiques des équipes. Les douches et les bains font-ils l'objet d'un protocole ? Les résidents bénéficient-ils d'une douche ou d'un bain au moins une fois par semaine ? L311-3 CASF	Prescription 29 : Transmettre le protocole relatif aux bains et douches.
R73	La mission ne dispose pas d'informations supplémentaires sur le projet concernant la mise en place d'une procédure de l'évaluation de la douleur consécutive à un exercice « chambre des erreurs ».	Recommandation 38 : Transmettre les informations relatives à cet item.
E33	Pas de chariots d'urgence	Cf. partie relative à la prise en charge médicamenteuse.

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E34	Sécurisation des médicaments défectueuse (salles de soins non fermées, chariots de médicaments non fermés).	Cf. partie relative à la prise en charge médicamenteuse.
E35	Chaque résident doit bénéficier d'un projet personnalisé écrit et révisé régulièrement	Cf. injonction 18
E36	<p>Traçabilité des actes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les nouveaux professionnels ou les remplaçants n'ont pas immédiatement de code barre à leur nom et ne peuvent tracer leurs actes. - Risque de mal identifier un résident en l'absence de photo avec le code barre du nom - Interprétations différentes d'un même acte (confusion due à la typologie de certains actes de soins). 	<p>Prescription 30 : Améliorer l'organisation interne de l'EHPAD pour une meilleure traçabilité des actes :</p> <p>Attribuer immédiatement le code barre au nouveau professionnel Ajouter la photo du résident au code barre</p>
R74	<p>L'utilisation de l'outil TITAN n'est pas maîtrisée.</p> <p>Les AS sont peu familiarisés avec l'outil TITAN, ils ne sont pas en capacité de retrouver l'historique des soins et des transmissions du résident.</p> <p>L'IDEC ne connaît pas la fonctionnalité de Titan et ne l'a pas exploré (ne sait pas, par exemple retrouver la courbe de poids d'un résident, ou le suivi des glycémies)</p>	Prescription 31 : Organiser des séances de d'information/formation pour l'utilisation de TITAN.
E37	La liste des personnes habilitées à prescrire des médicaments n'est pas communiquée au pharmacien.	Prescription 32 : Transmettre la liste et préciser sa communication au pharmacien.
E38	Le nom du prescripteur lorsque l'ordonnance est rédigée par le médecin traitant, n'apparaît pas dans TITAN.	Prescription 33 : Décrire les mesures correctives retenues
E39	Le livret thérapeutique ne dispose pas de date de mise à jour.	Prescription 34 : Intégrer la date de mise à jour.
E40	Les médecins traitants n'ont pas accès au livret thérapeutique.	Prescription 35 : Décrire les mesures correctives retenues
E41	Le recueil de l'expression de ce libre choix n'est pas formalisé au sein de l'EHPAD.	Prescription 36 : Décrire les mesures correctives retenues
E42	Les réunions concernant la qualité du circuit du médicament ne sont pas planifiées. Aucun CR de réunion n'a été présenté lors de l'inspection.	Prescription 37 : Transmettre le programme des réunions de 2022 et 2023 ayant pour objet le circuit du médicament (date, objet, mesures prises...)
E43	La pharmacie à usage intérieur de l'hôpital d'enfant n'est pas autorisée à approvisionner un autre établissement du groupe sans mettre en place des actions de coopération. Soit membre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) (L5126-2). Soit passer convention avec les établissements sans pharmacie à usage intérieur (du groupe) (L526-10).	Prescription 38 : Préciser les modalités retenues et leurs échéanciers pour une mise en conformité de la distribution des médicaments aux EHPAD.
E44	Les emballages (glacières) utilisés pour le transport des médicaments thermosensibles ne sont pas qualifiés ou ne disposent pas de thermomètre.	Prescription 39 : Décrire les mesures retenues.
E45	Chariots fermés par code ou clé. Local fermé par code.	

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
	La clé des chariots ne doit pas être déposée sur le plan de travail. A noter que sur le site de Sainte Clotilde, les chariots semainiers et journaliers ne sont pas fermés à clé.	<u>Prescription 40</u> : Indiquer le lieu où doit être rangée la clé. <u>Prescription 41</u> : Corriger cette situation.
E46	Le local de rangement n'est pas fermé à clé.	<u>Prescription 42</u> : Décrire le mode de fermeture.
E47	Certains dispositifs médicaux (sonde pour aspiration) ne sont pas détenus dans des conditions satisfaisantes (pliure et risque de rupture de la stérilité).	<u>Prescription 43</u> : Décrire le rangement des dispositifs médicaux stériles.
E48	Les médicaments en vrac, les retours après suppression ou les médicaments non pris par le patient, les traitements d'entrée des résidents, les périmés, ne doivent pas être conservés dans les dotations. La procédure gérant ces médicaments n'a pas été présentée.	<u>Prescription 44</u> : Décrire les mesures retenues et joindre la procédure de gestion des médicaments retournés.
E49	La température des réfrigérateurs n'est pas contrôlée par un système qualifié permettant un enregistrement continu des températures et une alarme (sonde électronique).	<u>Prescription 45</u> : Décrire les mesures retenues.
E50	En cas d'excursion des températures, aucune disposition n'est établie et la procédure dégradée n'est pas rédigée.	<u>Prescription 46</u> : Transmettre la procédure.
E51	Les résidents sous concentrateurs ne disposent pas d'obus d'oxygène. Aucun obus d'oxygène n'est disponible pour les urgences.	<u>Injonction 19</u> : Décrire les mesures retenues.
E52	Le chariot d'urgence n'était pas opérationnel le jour de l'inspection.	<u>Prescription 47</u> : Préciser la date de constitution du chariot d'urgence.
E53	La procédure de contrôle des dates de péremption des médicaments et dispositifs médicaux n'a pas été présentée.	<u>Prescription 48</u> : Transmettre de la procédure
E54	La liste des médicaments pouvant être écrasés n'est pas présente dans les US. Les opérations d'écrasement ne sont pas procédurées.	<u>Prescription 49</u> : Transmettre la liste des médicaments pouvant être écrasés et la procédure décrivant l'opération.
E55	La date d'ouverture est très souvent absente sur les flacons.	<u>Prescription 50</u> : Rappeler cette obligation aux personnels.
E56	Aucune procédure ou protocole n'encadre l'administration des médicaments effectuée par les AS. L'enregistrement n'est pas effectué par les AS au moment de l'administration. Ces manquements représentent un écart majeur dans le fonctionnement du circuit du médicament. Des mesures immédiates sont attendues.	<u>Injonction 20</u> : Décrire les mesures retenues et joindre les documents afférents à l'administration des médicaments par les AS.
E57	Les procédures, protocoles dérivant toutes les étapes du circuit du médicament (détention, transport, livraison, dispensation, administration...) ne sont pas rédigées.	<u>Prescription 51</u> : Préciser l'échéancier de la mise à disposition de ces procédures. <u>Recommandation 39</u> : Distinguer clairement les procédures de l'EHPAD de celles de l'hôpital d'enfants.
E58	Aucun résultat d'audit interne (réalisé par les IDE ou le pharmacien) n'a été présenté le jour de l'inspection.	<u>Prescription 52</u> : Présenter le planning des audits et leurs objectifs avec au moins un audit programmé avant juin 2023.

TABLEAU RECAPITULATIF DES ECARTS ET DES REMARQUES		Mesures correctives définitives
E59	Aucun obus d'oxygène n'était détenu dans l'EHPAD le jour de l'inspection. Ce manquement représente un écart majeur dans le fonctionnement du circuit du médicament.	<u>Injonction 21</u> : Décrire les mesures immédiates mises en place.
E60	Sur les locaux, manquements importants, notamment sur la zone plonge, au vu de l'état dégradé du secteur d'activité et des matériaux.	<u>Injonction 22</u> : Entreprendre des travaux notamment sur la zone plonge.
E61	Sur le matériel/équipement, manquements sur les vestiaires et la cuisine satellite, de par l'insuffisance, l'absence et la dégradation des équipements.	<u>Prescription 53</u> : Investir en équipements
E62	Sur l'entretien/fonctionnement, mauvaises pratiques de fonctionnement et constat de plusieurs manquements conséquents (rangement insuffisant et/ou inadapté, des équipements dégradés, l'absence de maîtrise des températures, l'entretien insuffisant, l'absence de formation et du suivi médical). Ces dysfonctionnements ne permettent pas de garantir une bonne maîtrise du risque en hygiène alimentaire.	<u>Injonction 23</u> : Effectuer des réparations, former le personnel, s'équiper en matériel de rangement...
E63	Sur la tenue documentaire, constat de l'existence d'un plan de maîtrise sanitaire mais celui-ci est insuffisamment complet.	<u>Prescription 54</u> : Compléter le plan de maîtrise sanitaire.