

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Délégation départementale des Hauts-de-Seine

Conseil départemental des Hauts-de-Seine
Pôle Solidarité

Monsieur Philippe Charrier
Président Directeur Général
Groupe ORPEA
12, rue Jean Jaurès
92800 Puteaux



Saint-Denis, le

10 AOUT 2022

Téléphone : 06.31.37.77.72
01.76.68.81.87

Lettre recommandée avec AR
N°

Monsieur le Président Directeur Général,

L'inspection conduite conjointement par l'Agence régionale de santé Ile-de-France et le Conseil départemental des Hauts-de-Seine, les 15 et 16 février 2022 au sein de l'EHPAD ORPEA La Garenne situé 31/33 rue de l'Aigle, 92250 La Garennes Colombes (N° FINESS : 920029105) a été inscrit au programme de contrôle des EHPAD diligenté au premier trimestre 2022 sur l'ensemble du territoire national à la demande de la ministre déléguée chargée de l'Autonomie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

Nous vous avons adressé le 26 avril 2022 le rapport que nous a remis la mission et une lettre d'intention vous notifiant une injonction, trois prescriptions et trente recommandations que nous envisageons.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue aux articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, vous nous avez transmis le 6 mai 2022 des éléments de réponse détaillés, ce dont nous vous remercions. Ces éléments portaient notamment sur :

- La gestion des ressources humaines,
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et de la prise en charge médicale et soignante,
- La communication interne avec les résidents et les familles et les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes et la politique de bientraitance,
- Le cadre de vie et la vie sociale des résidents,
- Les locaux et installations dédiés aux soins,
- Les missions du médecin coordonnateur,
- La sécurité du circuit du médicament, des stupéfiants et du sac d'urgence.

Les éléments de réponse apportés permettent de lever les mesures suivantes figurant en annexe au présent courrier :

- o Veiller à la mise à jour des documents affichés : date d'affichage à préciser (R9) ;
- o Rappeler des règles d'hygiène et des gestes barrières. Mettre à disposition des essuie-mains et un flacon de SHA (R10) ;
- o Désencombrer la paillasse pour y permettre la préparation des soins (R17) ;
- o Evacuer quotidiennement les poubelles DASRI (R18)
- o Retracer les échanges et notamment les plans de soins discutés et validés au sein des comptes rendus des réunions pluridisciplinaires (R27) ;

Cependant les éléments de réponse apportés ne permettent pas de lever les mesures suivantes détaillées en annexe au présent courrier :

- o Sécuriser le circuit du médicament et des stupéfiants (I1) ;
- o Réviser le projet d'établissement (P1) ;
- o Sceller le sac d'urgence et ajouter la liste récapitulative des composants du sac dans le sac d'urgence (P2) ;
- o Doter l'établissement d'effectifs qualifiés et en nombre suffisant pour assurer une prise en charge de qualité des résidents (P3) ;
- o Optimiser la gestion et l'actualisation des documents du personnel (R1) ;
- o Assurer de la sécurisation de l'accès aux données du personnel (R2) ;
- o Structurer et organiser la traçabilité des transmissions entre les équipes (R3) ;
- o Permettre une meilleure continuité de prise en charge des résidents au changement d'équipe (R4) ;
- o Faciliter l'accès des informations à destination des résidents et des familles (R5) ;
- o Structurer et harmoniser les différentes listes notamment celle des résidents présents pour une meilleure communication en interne (R6) ;
- o Assurer la réalisation de toutes les étapes de préparation à l'accueil du résident soient réalisées avant son arrivée (R7) ;
- o Sécuriser les locaux : terrasse du 3ème étage, locaux techniques, locaux de soins (R8) ;
- o Compléter l'intégralité des formulaires pour sécuriser le suivi en cas d'évènement indésirable chez un résident pour permettre de retrouver le matériel et s'assurer de sa fonctionnalité (R11) ;
- o Privilégier un robinet à commande non manuelle et fournir des essuie-mains jetables (R12) ;
- o Veiller à disposer du matériel complet nécessaire lors d'un AES et regrouper en un seul point, protocole et matériel en lien avec un AES (R13) ;
- o Veiller à l'impression de la version la plus récente du DLU (R14) ;
- o Réévaluer et réduire les prescriptions médicales de contention (R15) ;
- o Respecter les recommandations de l'OMEDIT sur les médicaments à écraser (R16) ;
- o Acquérir une armoire sécurisée permettant de stocker l'ensemble des données médicales (imagerie comprise) des résidents (R19) ;
- o Transmettre les contrats types des médecins traitants des résidents (R20) ;
- o Rédiger annuellement le RAMA en y intégrant les axes d'amélioration (R21) ;
- o Réaliser une prise de contact systématique avec le médecin traitant lors de la visite de préadmission d'un futur résident et demander l'accès au dossier médical complet (R22) ;
- o Formaliser les évaluations de dépendance des résidents ainsi que leurs besoins en soins notamment en permettant la formation du MEDEC à ce sujet (R23) ;
- o Revoir annuellement le livret thérapeutique des médicaments en y insérant la liste des médicaments écrasables (R24) ;
- o Intégrer le médecin coordonnateur à l'élaboration de la politique de formation (R25) ;
- o Procéder à l'évaluation annuelle des conventions en y faisant participer le médecin coordonnateur (R26) ;
- o Mettre en place un registre des utilisations du sac d'urgence en y intégrant les prescriptions médicales (R28) ;
- o Vérifier mensuellement les dates de péremption de l'intégralité du sac d'urgence (R29) ;
- o Adapter les procédures du groupe au fonctionnement de l'établissement (R30)

Aussi, nous vous notifions à titre définitif une injonction, trois prescriptions et vingt-cinq recommandations.

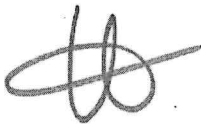
Nous attirons votre attention sur la nécessité de transmettre à l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et au département des Hauts-de-Seine les éléments de preuve documentaire permettant d'attester de la mise en place des mesures correctrices et de lever ces décisions.

Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti des mesures correctives relevant des catégories des injonctions peut être sanctionnée en application des dispositions des articles L. 313-14 et L. 313-16 du Code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible par le site <https://citoyens.telerecours.fr>.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

1-0
La Directrice générale
de l'Agence Régionale de Santé
d'Ile-de-France



Amélie VERDIER

Pour le Président du Conseil départemental
des Hauts-de Seine et par délégation
La Cheffe du service Contractualisation, Tarification
et Contrôle des ESMS



Patricia GRANGER

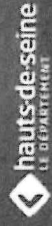
Copie :

Madame Angélique Chailloux
Directrice
EHPAD ORPEA La Garenne
31/33 rue de l'Aigle
92250 La Garenne Colombes



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Annexe : Décision définitive concernant les mesures correctrices à mettre en place pour faire suite à l'inspection sur site de l'EHPAD ORPEA La Garenne en date des 15 et 16 février 2022.

Injonction envisagée	Texte de référence	Réf. rapport	Réponse de l'inspecté	Décision au terme de la procédure contradictoire
1 Sécuriser le circuit du médicament et des stupéfiants	Article D312-158 du CASF	E3, E4	Plusieurs formations sur le circuit du médicament ont été dispensées aux infirmiers et AS jusqu'à fin avril et seront complétées jusqu'en octobre 2022. (Feuilles d'émargement des mini-formations sur le circuit du médicament de 2021 et 2022 et Planning prévisionnel des - 2022). L'organisation de la gestion des stupéfiants a été revue au sein de l'établissement depuis le mois de février 2022 : - Création d'une nouvelle fiche de suivi pour chaque nouvelle boîte de traitement : Fiche de gestion de gestion du stock du coffre à toxiques, afin de limiter les erreurs ; - L'infirmière référente a été nommée « Référente de la gestion des stupéfiants », afin de veiller : · Hebdomadairement, au bon suivi des administrations et à la vérification et mise en œuvre de la fiche de suivi jusqu'à la restitution auprès de la pharmacie, · Ainsi qu'à cosigner la fiche de restitution avec la pharmacie ; - L'infirmier coordinateur et la Direction sont chargés de vérifier mensuellement le coffre conformément à la procédure, et à	Injonction maintenue : Réponse incomplète. Si des formations sur le circuit du médicament ont été mises en place dès 2021 et se poursuivent en juin, juillet et octobre 2022, le contenu des thématiques abordées n'est pas détaillé, ni le niveau de satisfaction des personnels formés, ni l'évaluation de ces formations par la réalisation d'audits pour repérer les points forts et ceux restant à améliorer. Concernant la gestion des stupéfiants, la mission prend note de la mise en place de : - La fiche de suivi, à intituler clairement et sur laquelle il manque : · La date de la prescription du prescripteur · Ainsi que la signature et la date de validation du contrôle par l'infirmière référente ; - Et de celle du contrôle mensuel par l'encadrement sur laquelle il manque : · L'identification du soignant signataire, · Le code de remplissage du contrôle de l'infirmier coordinateur et de la Direction, qui diffère de la partie supérieure du fait de la double négation, doit être clairement écrit,

				émarger la fiche mensuelle du contrôle des toxiques (Fiche mensuelle du contrôle des toxiques). - Enfin, le médecin coordonnateur procède au contrôle des fiches de suivi d'administration une fois/mois.	Et sur les 4 mois produits, l'absence de signature du contrôle effectué par le pharmacien De la même façon que précédemment, il n'est pas précisé si des audits seront réalisés pour s'assurer de la sécurisation de la gestion des stupéfiants. Sont attendus pour la fin d'année : les rapports d'audit avec les plans d'actions et le calendrier qui en découlent pour le circuit du médicament et la gestion des stupéfiants. Délai de mise en œuvre : - Immédiat : la correction des fiches ; - Le 31 décembre 2022 : les résultats des audits.
	Prescriptions envisagées	Texte de référence	Réf. rapport	Réponse de l'inspecté	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	Réviser le projet d'établissement	Article L. 311-8 du CASF	E1	La direction de l'EHPAD nous informe de la mise en œuvre de la réécriture du projet d'établissement avec un rétro-planning allant jusqu'au mois de décembre 2022.	Prescription maintenue : Projet d'établissement dans sa version définitive à transmettre à la DD92 et au CD92. Délai de mise en œuvre maintenu : 10 mois.
2	Sceller le sac d'urgence et ajouter la liste récapitulative des composants du sac dans le sac d'urgence.	Articles D312-158 du CASF et R 4312-39 et R4312-43 du CSP.	E2	D'après une photo jointe par l'établissement, le sac d'urgences a été scellé par des colliers et le sera dorénavant systématiquement après chaque contrôle avec traçabilité des numéros de scellés (Fiche d'enregistrement des contrôles de la trousse d'urgence infirmier). Un infirmier effectue tous les trimestres la vérification des dates de péremption des composants du sac d'urgences à partir de cette fiche qu'il complète, signe et date. La direction indique que la liste récapitulative des composants du sac d'urgences est présente dans le sac d'urgences dont une copie est accrochée au sac d'urgence (Contenu du sac d'urgence) et qui est contrôlé trimestriellement.	Prescription maintenue : La mission prend acte de la mise en place de scellés sur le sac d'urgences et le contrôles de la trousse d'urgences auquel il faut ajouter le stock de 1ères nécessités qui contient une partie du matériel listé. Toutefois, la pose de scellés doit être effectuée après chaque usage et contrôle périodique. Pour la périodicité se référer à la Recommandation 29. A noter, la liste du contenu du sac d'urgences n'a pas été mise à jour depuis novembre 2011; il s'agit de celle qui nous a été présentée en février. Elle fait toujours état d'une trousse/sac d'urgence filmée (vue en février) ce qui n'est plus le cas d'après la réponse de la direction. En outre, la liste des dispositifs médicaux n'indique pas que certains dispositifs sont répartis entre le sac d'urgence et le stock de 1ères nécessités. Après avoir corrigé les constats du rapport initial (pages 30 à 32), sont attendus :

					- Un rapport d'audit concernant la gestion des urgences (sac d'urgence et stock de 1ères nécessités) avec le plan d'actions et son calendrier, - Ainsi que le scellement du stock tampon/stock de 1ères nécessités, - Et la mise à jour de la liste du sac d'urgences ainsi que celle du stock de 1ères nécessités. Délai de mise en œuvre : - Immédiat : tout ce qui ne relève pas de l'audit ; - Le 31 décembre 2022 : le rapport d'audit.
3	Doter l'établissement d'effectifs qualifiés et en nombre suffisant pour assurer une prise en charge de qualité des résidents.	Articles L.311-3 3°, CASF Article L. 4391-1 du CSP Article D. 451-88 du CASF	R12, R13, R14, R19	La direction nous indique un taux d'encadrement sur la base de 91 résidents présents le jour de l'inspection et non de 96 comme mentionné dans le rapport d'inspection. Ce qui implique un taux d'encadrement qui diffère de celui calculé par la mission d'inspection. Elle précise également que le ratio d'encadrement est cohérent en employant des AV faisant fonction d'AS. La direction explique la politique de l'établissement en matière de recrutement, de stabilisation et de fidélisation des équipes. : proposition de CDI refusé, intégration des nouveaux salariés, création d'un accord relatif à la qualité de vie au travail, sans oublier la revalorisation des salaires et la valorisation des compétences par la promotion et l'accompagnement dans des process diplômants. Dans le cadre d'entretien individuel, une incitation est faite auprès des AV pour obtenir un diplôme d'aide-soignante et qu'à ce jour une AV souhaite s'inscrire dans le cadre d'une session VAE. Un livret d'information fait par le siège est remis aux AV concernant l'obtention du diplôme d'aide-soignante par VAE (mise à jour 2019). La direction fait appel également à un pool de vacataires en cas d'absence inopinée.	Prescription maintenue : En effet, le jour de l'inspection, la liste des résidents transmise par la direction était de 96 résidents (cf R7). La mission s'interroge sur une prise en charge de qualité en employant des auxiliaires de vie sur des postes d'aides-soignantes non encadrées. En effet, la mission a relevé, le jour de l'inspection que 4 AV faisant fonction d'aides-soignantes sur les 9 AS prévues au planning et demande la correction de cette situation. Délai de mise en œuvre : 2 mois.
	Recommandations envisagées	Texte de référence si existant	Réf. rapport	Réponse de l'inspecté	Décision au terme de la procédure contradictoire
1	Optimiser la gestion et l'actualisation des documents du personnel		R8, R9, R11	La direction a transmis un organigramme détaillé du personnel en CDI de l'établissement mis à jour à la date du 25/04/2022. Elle nous informe également ne pas souhaiter mettre à jour la fiche métier du gouvernant ou « maître de maison » concernant la gestion des consommables de soins qui est assurée à ce jour par	Recommandation maintenue : La mission prend acte de la mise à jour de l'organigramme de l'établissement. Concernant les fiches métiers qui sont signés par le salarié, elles doivent mentionner sa fonction et ses missions. La mission constate

				l'infirmier coordinateur en précisant que cette tâche pourrait lui être incombée. La direction indique avoir joint la liste du personnel en CDI de février 2022 en expliquant que la différence entre les 2 tableaux vient que l'un est mensuel et l'autre du jour de l'inspection.	que la fiche de poste du gouvernant ou « maître de maison » n'est pas en adéquation avec ses missions réellement effectuées. En l'absence de la liste annoncée, la mission d'inspection confirme que les 2 listes nominatives (pièces n°6 et n°7 du rapport initial) ne sont pas à jour ex : [REDACTED]
2	Assurer de la sécurisation de l'accès aux données du personnel	R10		La directrice indique que les dossiers des salariés sont rangés dans un placard du bureau de l'adjointe de direction. Ce bureau est systématiquement ouvert pendant les heures de présence de l'équipe administrative ; en dehors de ces horaires, le bureau est fermé à clé.	Délai de mise en œuvre : immédiat. Recommandation maintenue : La mission a constaté lors de l'inspection que le bureau était en permanence ouvert, en présence ou absence d'un membre de l'équipe administrative. Il convient de sécuriser l'accès aux données du personnel à tout moment.
3	Structurer et organiser la traçabilité des transmissions entre les équipes	R15, R17		La direction indique que le cahier de transmission dossier est utilisé par le personnel non médical qui n'a pas accès à [REDACTED]. Il mentionne uniquement des informations concernant les activités des résidents sans données médicales précises. Par ailleurs, la direction évoque le temps de transmission à l'unité de soins adaptés Alzheimer en précisant que l'AS se rend disponible.	Délai de mise en œuvre : immédiat. Recommandation maintenue : La mission prend note du fonctionnement du cahier de transmissions présent à l'accueil. Concernant l'USA, le respect d'une durée du temps de transmissions orales suffisante est nécessaire, avec au besoin la révision de la répartition des tâches entre les personnels, voire les équipes pour le permettre.
4	Permettre une meilleure continuité de prise en charge des résidents au changement d'équipe	R18		La directrice indique la création d'une traçabilité de la mise en charge des bips au départ du salarié portée sur le cahier de transmissions globales modifié.	Délai de mise en œuvre : Immédiat. Recommandation maintenue : La prise de bip avec son numéro doit également spécifiée le matin par le personnel dans le cahier de transmissions de l'accueil.
5	Faciliter l'accès des informations à destination des	R5, R6		La direction informe que le cahier de suggestions et de réclamations à l'attention des résidents et des familles est	Délai de mise en œuvre : Immédiat. Recommandation maintenue :

	résidents et des familles			désormais à disposition à l'accueil de l'établissement ainsi que des fiches d'amélioration. Elle nous indique également qu'une sensibilisation de la présence des informations réglementaires sera faite dans la gazette d'Orpèa du mois de juin. Elle sera également à l'ordre du jour du prochain CVS qui aura lieu en juillet et sur l'application « [REDACTED] » (5 mai dernier).	La mission d'inspection prend note de la mise à disposition de cahier de suggestions et de réclamations à l'accueil de l'établissement ainsi que des fiches d'amélioration. Afin de lever la recommandation la transmission de la gazette du mois de juin, une copie d'écran de l'application « [REDACTED] » et du compte-rendu du prochain CVS sont demandés. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
6	Structurer harmoniser les listes différentes notamment celle des résidents présents pour une meilleure communication interne		R7	La direction nous indique que les secrétaires à l'accueil sont en charge de la mise à jour du listing des résidents et qu'il peut être disponible à une date donnée.	Recommandation maintenue : La mission d'inspection constate que la liste transmise (pièce n°1 du rapport) n'indique pas la date d'édition du document et qu'il y a une discordance entre les 2 listes (pièces n°1 et n°2). La direction de l'EH PAD ne répond pas sur la raison de cette incohérence entre les 2 listes. Il est demandé à l'établissement de s'assurer que la date de mise à jour des listes apparaisse à l'impression du fichier et de remettre les nouvelles listes à tous les services. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
7	Assurer la réalisation de toutes les étapes de préparation à l'accueil du résident soient réalisées avant son arrivée		R16	La directrice nous informe disposer d'une check-list visant l'accueil et l'intégration d'un nouveau résident et celle pour le contrôle des chambres disponibles. Il est prévu de coordonner la finalisation de l'installation d'un résident (admission ou changement de chambre) par une transmission à l'agent de maintenance via le cahier de transmissions à l'accueil ainsi qu'aux équipes	Recommandation maintenue : La mission prend note des procédures existantes pour l'accueil et l'intégration d'un nouveau résident. Cependant la check-list administrative n'indique pas la date de réalisation. De plus, le gouvernant doit superviser la finalisation de l'installation d'un résident par l'agent de maintenance en signant le cahier de transmission. La transmission de la check-list amendée est demandée. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
8	Sécuriser les locaux : terrasse du 3ème étage, locaux techniques, locaux de soins		R1, R2, R3, R4,	La direction nous informe de la sécurisation des locaux de soins et techniques et que des mini formations ont été organisées auprès du personnel sur la sécurisation des locaux. Des contrôles quotidiens sont effectués par la direction, l'infirmier coordinateur, le gouvernant et l'agent de maintenance pour vérification. Concernant la terrasse du 3ème étage, des travaux seront entrepris pour repositionner les dalles afin d'éviter le risque de chute à l'entrée de celle-ci.	Recommandation maintenue : La mission prend acte de la sécurisation des postes de soins et des contrôles quotidiens mis en place. Tant que les travaux de la terrasse ne seront pas effectués. Elle devra être maintenue fermée afin d'éviter des risques d'accident en l'absence de personnel accompagnant ou, sous la surveillance de personnel en nombre suffisant, des sorties sur la terrasse seront possibles par petit groupe de résidents.

					L'établissement devra tenir la DD92 et le CD92 informés de l'avancée des travaux et de leur transmettre des photos de la terrasse réparée. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
9	Veiller à la mise à jour des documents affichés : date d'affichage à préciser		R20	La direction nous informe avoir inscrit la date de mise à jour sur les différents affichages et avoir apposé le lavage des mains à la SHA à l'endroit où cette dernière est mise à disposition. Concernant le lavage des mains, nous resensibiliserons les équipes les 08 et 09 juin prochains. D'autres sessions ont été programmées au cours de l'année 2022. Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022	Recommandation levée. NB : la 2^{ème} partie de la réponse est hors du champs de la question et répond à la recommandation 10.
10	Rappeler des règles d'hygiène et des gestes barrières. Mettre à disposition des essuie-mains et un flacon de SHA		R21	Une resensibilisation des équipes est prévue en dates des 8 et 9 juin prochains, afin de poursuivre la bonne gestion des DASRI dans le respect des règles d'hygiène. Annexe 21 : Protocole DASRI - Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022 Enfin, nous vous confirmons que le gouvrenant a bien été sensibilisé à effectuer un contrôle régulier des points d'eau, afin qu'ils disposent tous de savon et d'essuie-mains. Des flacons de SHA ont également été disposés à plusieurs endroits de la résidence. Ces derniers sont tous datés.	Recommandation levée.
11	Compléter l'intégralité des formulaires pour sécuriser le suivi en cas d'évènement indésirable chez un résident pour permettre de retrouver le matériel et s'assurer de sa fonctionnalité		R22	Concernant la gestion du matériel médical en location, nous vous assurons que celui-ci fait l'objet d'un suivi rigoureux assuré par l'infirmier coordinateur qui a bien été sensibilisé, avec l'ensemble des équipes infirmières, à retourner le matériel dans les meilleurs délais à l'aide des fiches de retour complétées. Annexe 30 : Fiche de retour complétée Nous vous informons que l'infirmier coordinateur sera formé lors de la prochaine venue de l'infirmière coordinatrice régionale, le 12 mai prochain, à la bonne gestion du suivi de l'utilisation de l'extracteur, conformément à la procédure en vigueur.	Recommandation maintenue : La mission, lors de l'inspection de février, a constaté que ces fiches étaient, pour celles contrôlées, incomplètes.
12	Privilégier un robinet à commande non manuelle et fournir des essuie-mains jetables		R23	Comme précisé à la recommandation n°9, nous vous indiquons procéder à une nouvelle sensibilisation des équipes au lavage des mains en dates des 08 et 09 juin prochains. D'autres sessions ont été programmées au cours de l'année 2022. Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022 D'autre part, nous vous informons que le matériel en cas d'AES a été mis à disposition dans le stock de 1ère nécessité, notamment	Recommandation maintenue : La mission s'interroge des suites données pour le robinet à commande non manuelle. NB : la 2^{ème} partie de la réponse est hors du champs de la question et répond à la recommandation 13.

13	Veiller à disposer du matériel complet nécessaire lors d'un AES et regrouper en un seul point, protocole et matériel en lien avec un AES			une paire de gants, des compresses stériles, un sac DASRI, la procédure et un formulaire de déclaration CERFA.	Délai de mise en œuvre : Immédiat. Recommandation maintenue : La mission s'interroge sur l'accès au kit AES par les équipes de nuit, le stock de 1^{ères} nécessités normalement scellé est rangé dans la réserve accessible uniquement par l'infirmière, à laquelle les équipes de nuit n'ont pas accès en l'absence d'infirmière. Un correctif de la situation est demandé. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
14	Veiller à l'impression de la version la plus récente du DLU		R24	Les éléments de réponse ont été mentionnés à la recommandation n°12. Ainsi, le matériel en cas d'AES a été mis à disposition dans le stock de 1ère nécessité.	Recommandation maintenue : La mission s'interroge sur le fait que le classeur des DLU est considéré à jour puisqu'il est imprimé une fois par an alors qu'un DLU évolue selon l'état du résident ? Pour être à jour, cela signifie de revoir la procédure d'impression du DLU des résidents dont l'évolution de l'état de santé a généré une modification du DLU. La transmission de la procédure revue est demandée. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
15	Réévaluer et réduire les prescriptions médicales de contention		R25	L'impression du DLU s'effectue chaque fois que nécessaire directement via le logiciel [REDACTED]. Chaque soignant dispose d'un identifiant et d'un mot de passe personnels. La mise à disposition du DLU papier permet de pallier tout problème ponctuel, tel qu'une panne informatique ou une panne électrique. Il est à noter que la mise à jour du classeur des DLU est réalisée une fois par an pour les résidents présents, et que le DLU de chaque nouvel entrant est intégré à ce même classeur lors de son admission. L'ensemble des DLU a été imprimé à la date du 2 mai 2022.	Recommandation maintenue : Il est demandé l'application du protocole du groupe ORPEA (Référence CONT001 ORPEA - Version 007 du 01/05/2019) : les grands principes, les recherches de causes, à tracer dans le dossier ainsi que le déroulé des différentes étapes et notamment les évaluations et la surveillance répétées à tracer également. Le motif de la mise en place d'une contention ne serait en aucun cas être liée à un manque de personnel et la durée de la prescription à la capacité de suivi du médecin traitant. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
16	Respecter les recommandations de l'OMEDIT sur les		R26	Les prescriptions de contentions sont réalisées sur une durée répondant aux besoins des résidents et aux capacités de suivi du médecin traitant. Cependant, - les réévaluations bénéfice/risque sont mensuelles et systématiques. Une réunion dédiée medco-idec a été créée et se déroule tous les premiers mercredis de chaque mois. La réévaluation bénéfice/risque est tracée sur [REDACTED]. - Une réévaluation en équipe pluridisciplinaire est aussi effectuée au cas par cas lors de la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire, chaque lundi.	Recommandation maintenue : Il est demandé :
			R27	La commande du livret [REDACTED] a été effectuée par mail le 04/04/2022 auprès de l'ARS. Dès réception le 08/04/2022, l'infirmier	Recommandation maintenue : Il est demandé :

	médicaments à écraser			coordonnateur a mis le livret à disposition à l'infirmerie et a informé l'équipe infirmière. Ce livret est également mis à disposition des Médecins prescripteurs qui seront sensibilisés par le médecin coordonnateur, notamment lors de la prochaine commission de coordination gériatrique, en présence souhaitée du pharmacien, le 23/06/2022.	- La transmission du compte rendu de la commission de coordination gériatrique - Et le lieu où est mis à disposition le livret pour les médecins traitants et prescripteurs. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
17	Désencombrer la paillasse pour la préparation des soins		R28	Les équipes vont être resensibilisées en dates des 06 et 07 juin prochains sur l'importance de ne pas encombrer la paillasse et veiller à ce que celle-ci ne soit utilisée que dans le seul but d'y préparer les soins. Il est à noter que les équipements mobiliers de l'infirmerie permettent le rangement de l'ensemble des éléments. Dans l'attente de cette formation, une sensibilisation des équipes est d'ores et déjà effectuée quotidiennement. Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022	Recommandation levée.
18	Evacuer quotidiennement les poubelles DASRI		R29	Une sensibilisation des équipes à la nécessité d'évacuer quotidiennement les poubelles DASRI dans le local prévu à cet effet, est programmée les 18 et 19 mai prochains. Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022 D'autre part, vous trouverez ci-après la fiche de contrôle de la gestion des DASRI qui sera utilisée régulièrement par l'Infirmier coordonnateur afin d'assurer le bon suivi et les plans d'actions à mettre en œuvre. Annexe 23 : Grille d'évaluation gestion des DASRI	Recommandation levée.
19	Acquérir une armoire sécurisée permettant de stocker l'ensemble des données médicales (imagerie comprise) des résidents		R30	Le bureau du médecin coordonnateur est sécurisé, la porte est fermée en son absence ou celle des infirmiers par une poignée à code. Il est à noter que seules les équipes soignantes disposent des codes d'accès. Enfin, l'armoire présente dans le bureau possède un système de fermeture à clés.	Recommandation maintenue : Le médecin coordonnateur reçoit les familles et les résidents dans son bureau et peut être appelé en cours d'échanges, laissant la possibilité aux visiteurs de pouvoir accéder aux informations médicales. Il est demandé de sécuriser l'accès aux données médicales, notamment à l'imagerie rangée en dehors de l'armoire des dossiers médicaux dont la porte reste ouverte.

20	Transmettre les contrats types des médecins traitants des résidents		R31	Nous avons déjà proposé à l'ensemble des professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'EHPAD de signer un contrat, en vain. A ce jour, nous comptons ■ médecins traitants signataires. Néanmoins, nous vous indiquons à nouveau transmettre un courrier recommandant le 9 mai 2022 aux différents intervenants, leur proposant la signature d'un contrat en y joignant un exemple de contrat type. Annexe 24 : Courrier accompagnement contrat type médecins – Annexe 25 : contrat type médecins généralistes Enfin, le Médecin Coordonnateur sensibilisera à nouveau ces mêmes intervenants libéraux lors de la prochaine commission de coordination gériatrique programmée le 23/06/2022.	Délai de mise en œuvre : Immédiat. Recommandation maintenue : Il est demandé la transmission du compte rendu de la commission de coordination gériatrique (précédemment demandé) et de préciser le nombre de médecins traitants intervenant dans la structure. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
21	Rédiger annuellement le RAMA en y intégrant les axes d'amélioration		R32	Compte-tenu de la vacance du poste de médecin coordonnateur en 2020, le RAMA (hormis la partie statistique issue de ■) n'a pas été constitué pour cette année. Le RAMA 2021 est en cours de finalisation avec l'aide du médecin coordonnateur régional. Il intégrera les axes d'amélioration.	Recommandation maintenue : La transmission du RAMA 2021 est demandée. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
22	Réaliser une prise de contact systématique avec le médecin traitant lors de la visite de préadmission d'un futur résident et demander l'accès au dossier médical complet		R33	Nous vous assurons qu'aucune admission depuis le mois de juillet 2021 n'a été médicalement validée sans un entretien oral approfondi avec le médecin ayant rempli le CERFA. Nous avons bien conscience que cet échange est indispensable et qu'il est souvent le gage d'un bon accueil. Dans la mesure du possible, nous souhaitons mettre en oeuvre les visites de pré-admission systématiques, en plus de ces échanges oraux.	Recommandation maintenue : La mission prend note de la mise en œuvre des visites de préadmission à titre systématique lorsque cela est possible La transcription de l'entretien et/ou de la visite de préadmission dans le dossier d'admission de chaque résident est demandée. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
23	Formaliser les évaluations de dépendance des résidents ainsi que leurs besoins en soins notamment en permettant la formation du MEDEC à ce sujet		R34	Les évaluations de dépendance des résidents sont formalisées dans les grilles AGGIR, signées par le médecin coordonnateur après évaluation en équipe pluridisciplinaire. Le médecin coordonnateur participera à la prochaine formation ARS sur la dépendance et le PATHOS en vue de la validation du GMP l'année prochaine.	Recommandation maintenue : Il est demandé que la justification de la cotation des items du GMP et du PMP de chaque résident (permettant ainsi de définir le GMPS de l'établissement) soit tracée dans chacun des dossiers médicaux des résidents. Délai de mise en œuvre : Immédiat.

24	Revoir annuellement le livret thérapeutique des médicaments en y insérant la liste des médicaments écrasables	R35	La liste préférentielle des médicaments en EHPAD est mise à la disposition des médecins prescripteurs. Ce point sera abordé lors de la prochaine commission de coordination gériatrique le 23/06/2022.	Recommandation maintenue : Sont demandées la révision annuelle de cette liste et la transmission : - Du compte rendu de la commission gériatrique (précédemment demandé) - Et de la liste thérapeutique des médicaments incluant celle des médicaments écrasables ou non. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
25	Intégrer le médecin coordonnateur à l'élaboration de la politique de formation	R36	Le plan de formations de l'année 2022 sera prochainement révisé pour intégrer les formations du Médecin coordonnateur dès le 2ème semestre 2022. Il est à noter que le Médecin coordonnateur a initié ses formations sur le thème des contentions les 24 et 28 avril derniers Annexe 26 : Feuilles émargement mini-formations sur les contentions Enfin, le Médecin coordonnateur sera consulté en fin d'année 2022 afin de constituer les mini-formations prévisionnelles de l'année 2023.	Recommandation maintenue : Il est demandé la transmission : - Du plan de formations 2022 révisé - Et de celui de 2023. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
26	Procéder à l'évaluation annuelle des conventions en y faisant participer le médecin coordonnateur	R37	L'évaluation annuelle interne des conventions se déroulera lors d'une réunion programmée [REDACTED]. Seront présents le médecin coordonnateur, l'infirmier coordonnateur et la direction. Cette réunion permettra d'établir l'ordre de priorité des conventions à actualiser avec les différents partenaires, afin de faciliter le parcours de soins des résidents accueillis. A cet effet, des rencontres seront ensuite programmées avec les professionnels de santé et la fiche «suivi annuel des conventions» sera utilisée. Elle permettra de réaliser le bilan qualitatif et quantitatif et de se fixer de nouveaux objectifs ou plans d'actions pour optimiser nos partenariats. Annexe 27 : Fiche de suivi annuel des conventions	Recommandation maintenue : Il est demandé que soit indiqué sur la fiche de suivi l'objet de la convention et la transmission : - De celle-ci amendée, - Du compte rendu de la réunion du [REDACTED], - Du calendrier de la programmation des évaluations des conventions, - Ainsi que des fiches de suivi annuel des conventions, si des 1ères réunions partenariales se sont tenues. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
27	Retracer les échanges et notamment les plans de soins discutés et validés au sein des comptes rendus des réunions pluridisciplinaires	R38	A partir du 9 mai 2022, les comptes rendus des réunions pluridisciplinaires seront directement saisis sous [REDACTED] dans l'item prévu à cet effet. Cela permettra d'indiquer les modifications et points abordés directement dans le dossier du soin du résident.	Recommandation levée.

28	Mettre en place un registre des utilisations du sac d'urgence intégrant les prescriptions médicales	R39	Comme évoqué à la prescription n°2, le sac d'urgence a été scellé. Néanmoins, en cas d'utilisation, un registre a été mis en place. Annexe 28 : Registre d'utilisation du sac d'urgence. Il permettra de faciliter les vérifications du contenu trimestriellement. Les équipes seront sensibilisées à l'utilisation de ce registre en dates des 16 et 17 mai prochains. Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022	Recommandation maintenue : La mission prend note de la mise en place du registre. Il est attendu la transmission de la fiche du registre révisée sur les points suivants : - La suppression du réapprovisionnement puisqu'un contrôle général du sac d'urgence doit être effectué après usage ou contrôle qui sera tracé sur la fiche d'enregistrement des contrôles de la trousse d'urgence Infirmier (annexe 10) ; - La correction de la « coquille » sur l'orthographe du mot « signature » ; - L'ajout sur la fiche de : - La date de création et de révision de celle-ci, - Et d'une colonne pour l'identité de l'infirmier. ière ; - La création d'un espace dédié pour le nettoyage et la désinfection des appareils utilisés ; - Le remplacement des termes « saisie » par « utilisation ». Délai de mise en œuvre : Immédiat.
29	Vérifier mensuellement les dates de péremption de l'intégralité du sac d'urgence	R40	Le sac d'urgence fait l'objet d'une vérification trimestrielle et à chaque utilisation, une fiche de traçabilité est complétée et signée par l'infirmier qui procède au contrôle – Annexe 10 : Fiche d'enregistrement des contrôles de la trousse d'urgence Infirmier	Recommandation maintenue : L'établissement propose le contrôle trimestriel des péremptions du sac d'urgence auquel il serait pertinent d'ajouter celles du stock de 1ères nécessités. En l'absence de législation et compte tenu du besoin très rare de son utilisation, la mission en prend note. Toutefois, il est demandé d'ajouter à cette fiche, le contrôle des matériels et appareils de type défibrillateur, appareil d'aspiration, etc. Délai de mise en œuvre : Immédiat.
30	Adapter les procédures du groupe au fonctionnement de l'établissement	R41	Afin de respecter l'ensemble des procédures du circuit du médicament, les infirmiers vont bénéficier de mini-formations sur ce thème de manière mensuelle, pendant les trois prochains mois, puis de manière trimestrielle si les évaluations mises en place permettent de constater l'entier respect des protocoles. Annexe 2 : Planning prévisionnel des mini-formations 2022 Enfin, tout nouveau vacataire sera formé au circuit du médicament lors de son intégration. La mise à jour des protocoles se fait 2 fois/an suite aux évolutions de réglementation, aux EIG/EIGS, aux remontées de terrain des	Recommandation maintenue : Sont demandées : - la transmission des évaluations et le plans d'actions avec son calendrier qui en découle. - l'adaptation des protocoles du groupe ORPEA au fonctionnement spécifique de la structure [exemple : dans la procédure « CIRCUIT DU MEDICAMENT – DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS » (Ref MED 003 ORPEA Vers 010 du 01/11/2018), l'usage de la scanette a été abandonné] et de nous proposer un calendrier de ces révisions en

				équipes... Les documents qui le nécessitent sont mis à jour en lien avec des experts métier sur la thématique (médecins et infirmiers coordinateurs notamment). Les nouveaux protocoles font l'objet d'une présentation au staff direction, et aux équipes par le biais de mini formations. Des efforts sont faits pour créer quelques fiches réflexes plus visuelles, résumant certaines procédures essentielles, de façon à faciliter leur appropriation par les équipes (ex : en cas de chute, EIG/EIGS). Néanmoins, le format des documents ne se suffira pas à lui tout seul. La stabilité des équipes est un élément important de l'acculturation à ces documents.	fonction d'une liste des protocoles à adapter que vous aurez préalablement définie. Délai de mise en œuvre : - Immédiat : la transmission des évaluations avec leurs plans d'actions et calendriers ; - 2 mois : le calendrier des révisions et la liste des protocoles à adapter au fonctionnement de la structure.
--	--	--	--	---	--