

EHPAD L'atrium

Tableau des mesures administratives définitives

Le rapport rédigé par la mission d'inspection fait état de constats. Ceux-ci sont formulés dans le corps du rapport en « écarts » qui traduisent une non-conformité à une référence juridique opposable à l'inspecté et en « remarques » qui traduisent des dysfonctionnements porteurs de risques. Les propositions de mesures correctives se déclinent suivant la terminologie suivante :

	Existence d'un risque majeur	Absence de risque majeur
Ecart	Proposition d'injonction en lien avec un dispositif de suites codifié.	Proposition de prescription
Remarque	Proposition d'injonction en lien avec un dispositif de bonnes pratiques adossé aux données acquises de la science.	Proposition de recommandation

Pour rappel : conformément à l'article L313-14 du code de l'action sociale et des familles (CASF) lorsque les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil méconnaissent les dispositions du présent code ou présentent des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ou le respect de leurs droits, l'autorité compétente en vertu de l'article L. 313-13 peut enjoindre au gestionnaire d'y remédier, dans un délai qu'elle fixe.

Cette injonction peut inclure des mesures de réorganisation ou relatives à l'admission de nouveaux bénéficiaires et, le cas échéant, des mesures individuelles conservatoires, en application du code du travail ou des accords collectifs.

Nota bene : les délais de mise en œuvre indiqués dans le tableau courent à compter de la réception par l'inspecté, d'un courrier actant la fin de la période contradictoire et le début de la mise en œuvre des décisions.

Prescriptions

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
1	Mettre en place une réflexion sur les températures idéales à maintenir dans les espaces communs et privatifs (pour ces derniers en fonction du statut d'hydratation du résident et la présence ou non de fièvre) pour favoriser à la fois le maintien de l'homéothermie et éviter la déshydratation et une procédure indiquant la personne responsable de cette action et les moyens d'y parvenir.	<p>Ecart n°1</p> <p>La mission d'inspection note une température élevée dans les chambres et les parties communes, en particulier dans l'espace commun d'animation où les résidents sont le plus souvent positionnés. La température des chambres est relevée entre 25 et 27° et celle de l'espace commun à 27° alors que le ciel était couvert et les températures extérieures hivernales. La mission relève que 6 des résidents qui y étaient présents avaient des perfusions d'hydratation sous cutanée.</p>	3 mois	[REDACTED]	Levée

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
				[REDACTED]	
2	Redonner les consignes au personnel soignant sur la nécessité d'apporter une réponse lors de tout déclenchement d'un appel malade afin de s'assurer de l'absence de situation d'urgence vitale.	Ecart n°2 : Les appels malades sont présents en chambre et au sein du bloc sanitaire, ils sont accessibles mais ne sont pas tous fonctionnels. Le délai de réponse lors de l'activation en chambre est variable. Lors de la réalisation des tests, le délai de réponse observé a été rapide à l'exception d'un cas où il a été supérieur à 5 minutes. La tentative d'activation au sein du bloc sanitaire a échoué.	A réception du rapport	[REDACTED]	<p>Levée</p> <p>La mission d'inspection ne se prononce pas sur le délai de réactivité des équipes qui doit s'adapter au profil de chaque résident</p> <p>Une enquête en 2021 réalisée en Ehpad indiquait 5 mn comme délai faisant consensus entre</p>

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
					professionnels et familles
3	<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'attente du changement du système d'appel malade, vérifier l'opérationnalité de l'ensemble des appels malades et en particulier ceux des salles-de-bain - Mettre en place pour l'avenir une procédure de vérification régulière du fonctionnement de chaque point d'appel. - Lors du changement d'appel malade, privilégier un système qui permette un renvoi sur les personnels par un système mobile qui leur permettrait également d'appeler du renfort en cas d'urgence. 	<p>Ecart n°2 : Les appels malades sont présents en chambre et au sein du bloc sanitaire, ils sont accessibles mais ne sont pas tous fonctionnels. Le délai de réponse lors de l'activation en chambre est variable. Lors de la réalisation des tests, le délai de réponse observé a été rapide à l'exception d'un cas où il a été supérieur à 5 minutes. La tentative d'activation au sein du bloc sanitaire a échoué.</p>	<p>A réception du rapport pour le 1^{er} alinéa</p> <p>1 mois pour le 2nd</p> <p>Lors du changement du système pour le 3^{ème}</p>		Levée
4	Recruter une IDEC dans les meilleurs délais et prévoir une organisation en cas d'absence de l'IDEC.	Ecart n°3 : La fonction d'IDEC est essentielle à la continuité et à la coordination des soins infirmiers dans l'établissement et n'est plus assurée au sein de	3 mois		<p>Maintien dans l'attente d'un recrutement</p> <p>La mission d'inspection prend note de</p>

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
		<p>l'établissement depuis la mi-décembre 2021.</p> <p>Remarque n°14 : L'examen de ces dossiers fait écho à de multiples facteurs de risque relevés par la mission d'inspection sur la prise en charge de l'hydratation, le déficit en IDE au cours du mois de janvier, l'absence d'IDEC depuis mi-décembre, la nécessité de renforcer la surveillance clinique des infirmiers et aides-soignants et la réflexion à mener sur la fin de vie. Ces facteurs individuels ont pu intervenir dans le cadre de la prise en charge de chaque résident pour lequel un signalement a été reçu.</p> <p>Remarque n°29 L'absence de coordination des soins par l'IDEC constitue un facteur de risque pour la santé et la sécurité des résidents d'autant plus face à une pénurie d'IDE et d'aides-soignants.</p>		     	<p>l'organisation mise en place en cas d'absence de l'IDEC et des efforts de recrutement et de remplacement mis en place par l'Ehpad</p>

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
5	Dater le document de délégation de compétences et de missions du directeur de site	Ecart n°4 Le document de délégation de compétences et de missions est non daté.	A réception du rapport		Levée
6	Finaliser la rédaction du projet d'établissement en s'appuyant notamment sur la démarche d'évaluation interne initiée en novembre 2021 conformément à l'article L311-8 du CASF et en soumettant le projet au conseil de la vie sociale.	Ecart n°5 En n'ayant pas de projet d'établissement validé et n'ayant pas encore consulté le Conseil de la Vie Sociale (CVS) sur son projet d'établissement, l'Ehpad contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui prévoient que « ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ».	6 mois		Maintien La mission d'inspection note que le travail est en cours
7	Déclarer systématiquement les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines telles que prévues au titre de l'article L 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles	Ecart n°6 : La mission relève que l'établissement n'a pas alerté l'ARS pour faire part des perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ce qui est une obligation au titre de l'article L 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles et ce qui aurait permis de mobiliser les ressources du territoire pour renforcer l'établissement.	A réception du rapport		

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
				[REDACTED]	
9	Systématiser la demande de bulletin n° 3 pour tous les salariés.	Ecart n°8 : Il est noté dans certains dossiers du personnel l'absence de bulletin judiciaire n°3.	A réception du rapport	[REDACTED]	<p>Maintien dans l'attente du recueil exhaustif des 6 bulletins n°3 manquants.</p> <p>La mission note le document de traçabilité existant</p>
10	Mener une démarche d'appropriation locale des procédures élaborées par le groupe, en particulier dans le domaine de la gestion des risques, pour s'assurer de leur adoption et de leur déclinaison opérationnelle par le personnel de l'établissement.	Ecart n°9 : La mission relève que ce décès n'a pas fait l'objet d'une déclaration en tant qu'EIGS et n'a pas été déclaré dans le cadre du suivi Covid instauré par Santé publique France dans le dispositif de signalement Voozanoo. Remarque n°4 : La bonne gestion collective des événements indésirables fait partie de la qualité et de la sécurité des soins des	3 mois	[REDACTED]	<p>Maintien</p> <p>Les procédures élaborées par le groupe ce qui en garantit la qualité doivent pouvoir faire l'objet d'une appropriation locale faute de quoi elles ne sont pas appliquées</p>

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
		<p>résidents de l'EHPAD. Faute d'acculturation du personnel à cette démarche, le risque est grand de voir se répéter des épisodes critiques non maîtrisés, ce qui a été le cas pour l'Ehpad par exemple pour les épisodes de gastro-entérites aigues (4 au total) ou les erreurs médicamenteuses (3).</p> <p>Remarque n°49 : La mission d'inspection constate que l'Ehpad dispose de multiples procédures de qualité dont l'opérationnalité peut être questionnée : du fait de leur nombre (9 sur le Covid), du fait du manque d'appropriation par les professionnels qui ne les ont pas élaborées (exemple du produit virucide mentionné dans la procédure et ne correspondant pas à celui utilisé par le personnel), du fait de leur opérationnalité relative (dans les procédures Covid, défaut de procédure lors de l'apparition du 1er cas en établissement ou dans une unité et une centralisation sur l'action de sectorisation). Le personnel utilisait le [REDACTED]</p>		[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	<p>La réalisation de mini formation en interne par des personnes qui elles même ne sont pas à l'origine des procédures n'est pas une démarche suffisante pour leur appropriation et mérite d'être complétée</p>

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
		et le [REDACTED] lors de l'inspection. [REDACTED] n'étant pas encore installé.		[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
11	Ranger les médicaments détenus hors de l'armoire à pharmacie ou signaliser la raison de leur présence hors des dispositifs habituels de détention/stockage/distribution.	Remarque 15 : 35 boîtes de [REDACTED] crème tube de 10 g (propionate de clobétazol) étaient détenues hors de l'armoire de rangement sans signalétique particulière.	1 mois	[REDACTED]	Levée La mission souligne que cette prescription doit s'appliquer pour tous les médicaments
12	Détenir les vaccins dans un dispositif professionnel équivalent à l'armoire réfrigérante positionnée dans la pièce de l'EHPAD située au rez-de-chaussée et servant de « pharmacie ».	Remarque n°16 : Des vaccins pneumococciques [REDACTED] 13 étaient détenus dans un réfrigérateur de secours ou réserve de type familial de marque [REDACTED] disposé dans le local du rez-de-chaussée (différent et disjoint des locaux utilisés comme infirmerie, salle soin et « pharmacie » dans l'EHPAD) où sont stockés les produits de santé nécessaires aux résidents.	1 mois	[REDACTED]	Levée
13	Mettre en place une politique de maîtrise du risque infectieux au sein de l'établissement : - Utiliser le DARI comme outil de suivi et d'accompagnement dans la maîtrise de ce risque	Ecart n°10 : L'EHPAD n'a pas mis en place une politique de maîtrise du risque infectieux pour assurer la sécurité de la prise en charge des résidents et réduire le risque épidémique selon l'instruction du 15 juin	6 mois	[REDACTED]	Maintien L'établissement n'a pas transmis d'éléments attestant de la prise de contact

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer un programme d'actions prioritaires en collaboration entre la direction, l'encadrement médical et paramédical - Communiquer sur le programme d'actions proposées auprès des professionnels, résidents, usagers. - Demander de l'aide auprès du groupe ou se faire accompagner par le réseau régional (CPIAS et/ou EMH) - Réaliser de façon systématique des RETEX sur les EI en lien avec la maîtrise du RI 	2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des IAS.			avec le CPIAS ni de RETEX sur les EI en lien avec la maîtrise du RI
14	Réaliser un retour d'expérience sur la gestion du COVID au sein de l'EHPAD et la réitération des épisodes de gastro-entérites aigues en prenant appui sur la structure régionale d'appui à la qualité ou le CPIAS.	Ecart n°10 : L'EHPAD n'a pas mis en place une politique de maîtrise du risque infectieux pour assurer la sécurité de la prise en charge des résidents et réduire le risque épidémique selon l'instruction du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des IAS.	6 mois		Maintien dans l'attente de la communication du document du RETEX

Prescription	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
				[REDACTED]	
15	Programmer des audits de pratique pour vérifier l'application des mesures barrières décrites dans les procédures (thème prioritaire à prévoir : application des précautions standard avec l'hygiène des mains, l'entretien des chambres et des parties communes, le port des équipements de protection individuelle)	Ecart n°10 : L'EHPAD n'a pas mis en place une politique de maîtrise du risque infectieux pour assurer la sécurité de la prise en charge des résidents et réduire le risque épidémique selon l'instruction du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des IAS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien jusqu'à réalisation d'audits de pratique
16	Organiser la restitution des résultats de ces audits à l'ensemble des professionnels et des sessions de formations pour tous les professionnels sur la maîtrise du risque infectieux et épidémique (personnel vacataires compris de jour et de nuit)	Ecart n°10 : L'EHPAD n'a pas mis en place une politique de maîtrise du risque infectieux pour assurer la sécurité de la prise en charge des résidents et réduire le risque épidémique selon l'instruction du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des IAS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien

Recommandations

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
1	Evaluer pour chaque résident la durée du jeune nocturne et proposer pour chacun d'entre eux une collation au moins deux heures après le dîner.	Remarque n°1 : La durée du jeune nocturne est d'au minimum 12 heures pour l'ensemble des résidents et d'une durée plus importante pour les résidents qui prennent leur repas en chambres et nécessitent une aide à la prise.	1 mois	[REDACTED]	<p>Maintien</p> <p>La mission d'inspection ne comprend pas pourquoi la collation n'est pas intégrée dans le plan de soins des résidents qui le nécessitent et la notion de « l'absence de débat »</p>
2	Comme pour les adjoints de direction, mettre en place un pool de remplaçant IDEC au sein du groupe ORPEA.	Ecart n°3 : La fonction d'IDEC est essentielle à la continuité et à la coordination des soins infirmiers dans l'établissement et n'est plus assurée au sein de l'établissement depuis la mi-décembre 2021.	6 mois	[REDACTED]	<p>Levée</p>

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
3	Mettre en place une délégation de compétences et de missions qui donne une autonomie suffisante à la direction de site en matière de gestion de ressources humaines et en matière financière pour s'adapter rapidement aux nécessités du terrain.	Remarque n°2 : Le document de délégation de compétences et de missions indique explicitement que la directrice d'exploitation n'a ni autonomie ni délégation en matière de gestion de ressources humaines et en matière financière. La quasi absence de budget de gestion dédié à l'établissement peut freiner l'action in situ dans la mesure où il est nécessaire d'avoir l'aval de la direction régionale pour tout achat ou investissement même minimal.	3 mois	[REDACTED]	Levée : la mission d'inspection prend acte de la position du groupe

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
4	Adapter la procédure du groupe Orpéa relative au « signalement d'un événement indésirable grave » à l'établissement et mentionner les points de contact du conseil départemental et de l'ARS nécessaires (pour le point focal régional de l'ARS PACA [REDACTED] [REDACTED] centralise la réception des événements indésirables).	Remarque n°3 : La procédure « signalement d'un événement indésirable grave » est une procédure de groupe qui n'a pas fait l'objet d'une adaptation à l'établissement. A titre d'exemple, elle ne mentionne pas l'adresse e-mail du point focal régional de l'ARS PACA [REDACTED] qui centralise la réception des événements indésirables.	3 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
5	Favoriser à l'entrée du résident ou dans les semaines qui suivent le processus de nomination d'une personne de confiance. Le réinterroger de façon régulière.	Remarque n°5 : L'absence de désignation d'une personne de confiance est préjudiciable à l'accompagnement du résident, notamment quand celui-ci n'est plus en capacité de s'exprimer.	A réception du rapport	[REDACTED]	Levée La mission souligne qu'il serait important de tracer les cas où le recueil ne peut pas être effectué soit du fait de troubles cognitifs soit du fait du refus

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
6	Maintenir le fonctionnement du conseil de la vie sociale en une instance unique qui donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service.	Remarque n°6 : Au titre de l'article D311-15 du code de l'action sociale et des familles, le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service.	A réception du rapport	[REDACTED]	Levée
7	Améliorer l'accompagnement des personnels intervenant ponctuellement dans l'établissement en formalisant un document spécifique détaillant, de façon opérationnelle, les tâches à effectuer et ceci pour chacun des métiers essentiels (IDE/AS/ASH)	Remarque n°8 : La fragilité en effectif IDE a été accentuée par l'intervention de personnels en CDD ne connaissant pas l'établissement, ne pouvant être accompagné par l'IDEC et sans procédure d'accompagnement.	3 mois	[REDACTED]	<p>Maintien de la mesure dans l'attente d'une stabilisation des effectifs.</p> <p>La mission prend note de l'existence de fiches heures détaillées et de la bonne pratique énoncée (périodes de travail en doublon) dont l'effectivité ne peut cependant être garantie.</p>

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
8	Repenser l'organigramme du personnel de l'unité protégé en mobilisant un temps d'ASH sur ce secteur pour dégager du temps d'auxiliaire de vie afin d'individualiser l'accompagnement des résidents.	Remarque n°9 : Le CPOM de l'établissement prévoit la réactualisation du projet d'établissement intégrant en particulier une partie relative au fonctionnement de l'unité protégée (UP) et de l'unité des grands dépendants (UGD). Ces projets spécifiques doivent intégrer une réflexion sur le besoin en termes de ressources humaines.	6 mois		<p>Levée</p> <p>La mission souligne que les activités organisées au sein de l'unité protégée doivent être adaptées à la population accueillie et mises en place par du personnel formé aux troubles neurodégénératifs</p>

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
9	Renforcer le temps d'aide-soignant au sein de l'unité des grands dépendants, en particulier le matin en soutien à la toilette des résidents	Remarque n°9 : Le CPOM de l'établissement prévoit la réactualisation du projet d'établissement intégrant en particulier une partie relative au fonctionnement de l'unité protégée (UP) et de l'unité des grands dépendants (UGD). Ces projets spécifiques doivent intégrer une réflexion sur le besoin en termes de ressources humaines.	6 mois		Levée
10	Veiller à l'effectivité du plan de formation prévisionnel 2022 en tant que facteur d'amélioration de la qualité des soins et d'attractivité pour la stabilisation du personnel en poste et le recrutement de personnel à venir.	Remarque n°10 : Après deux années de mise en œuvre partielle, le plan de formation prévisionnel 2022 est conséquent en volume et thématiques ; il intègre en particulier la gestion de l'urgence.	Fin 2022		Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
11	Réaliser l'ensemble des entretiens d'évaluation et assurer la mise en œuvre effective des objectifs fixés.	Remarque n°11 : La réalisation de l'évaluation annuelle de l'ensemble du personnel et la mise en œuvre effective des objectifs d'entretien font partie d'une dynamique de la politique R.H au service comme des salariés, de l'EHPAD et des résidents.	Fin 2022	[REDACTED]	<p>Levée de la mesure</p> <p>La mission relève le contexte exceptionnel qui n'a pas permis en 2021 la réalisation de la totalité des entretiens professionnels des soignants et l'effectivité des entretiens réalisés par la direction pour les autres membres du personnel.</p>

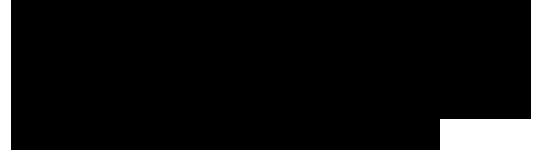
Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
12	Elaborer pour chaque agent une fiche de poste et la réactualiser annuellement lors de l'entretien d'évaluation en déclinant la fiche métier et en l'adaptant aux missions effectives de l'agent et aux réalités de fonctionnement de l'Ehpad.	Remarque n°12 : La mission d'inspection note la présence de fiches « métier » qui sont utilisées dans le cadre d'une description générale des missions rattachées à un métier donné et élaborées au niveau du groupe sans présence de fiche de poste qui directement liée au personnel permettrait de décrire ses missions propres et de les adapter à la réalité du fonctionnement de l'Ehpad dans lequel il exerce. Cet outil est également précieux en termes d'évaluation annuelle et d'identification des besoins de formation.	6 mois	 	Levée de la mesure

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
13	Initier un travail avec les médecins traitants et les professionnels du CMP [REDACTED] sur le risque iatrogénique et en particulier la réduction des hypnotiques et des benzodiazépines chez les résidents du fait du risque de chutes et de malaise.	Remarque n°13 Le risque iatrogénique lié à la prescription de psychotropes chez la personne âgée doit être mis en perspective avec le parcours des résidents (en particulier pour ceux qui ont des antécédents psychiatriques).	6 mois	[REDACTED]	Maintien La mission d'inspection souligne l'intérêt d'une démarche spécifique concernant les BZD et hypnotiques
14	Remettre en place les dalles de protection de faux plafond dans le local de stockage des dispositifs médicaux.	Remarque n°17 : Dans le local où sont réunis les produits de santé destinés aux résidents (compléments protéinés [REDACTED] et autres produits de nutrition, pansements, seringues, aiguilles, poches à perfusion, couches, étuis péniens...), des dalles du faux plafond ont été déplacées ou enlevées laissant apparaître des tuyaux.	A réception du rapport	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
15	Poser le réfrigérateur de pharmacie sur un support stable et en hauteur afin de faciliter son accès et améliorer l'ergonomie d'utilisation.	Remarque n°18 Le réfrigérateur de pharmacie est posé à environ 20 cm du sol, en équilibre instable sur un petit plateau en bois muni de 4 pieds étroits, d'où une légère bascule du dispositif à chaque ouverture de sa porte.	3 mois	[REDACTED]	Levée
16	Mettre en place un dispositif d'enregistrement des températures pour permettre une gestion et un suivi automatisé et en continu des températures (alarmes sonores et visuelles, enregistrements des valeurs et courbes avec report informatique centralisé), pour un gain de temps, une diminution du risque d'erreur de transcription, une augmentation de la précision des valeurs relevées. En cas d'excursions hors des plages de température de conservation spécifiées dans l'AMM, adopter la conduite à tenir en lien avec les fabricants et fournisseurs du produit en fonction de la stabilité à la chaleur de chaque produit concerné (utilisation ou destruction).	Remarque n°19 : un relevé quotidien de température est effectué et transcrit de manière manuscrite sur un support papier standard correspondant à un mois et comportant des plages d'alerte en dessous de 2°C et au-dessus de 8 °C. Il est notifié au bas de cette feuille la consigne « <i>En cas de température située dans une zone alerte, informer la direction de l'établissement et prendre les dispositions qui s'imposent</i> ».	3 mois	[REDACTED]	Levée

17	<p>Rationaliser les moyens en équipement de sorte à minimiser les manipulations des piluliers journaliers.</p>	<p>Remarque n°20 : La majorité des piluliers vides des résidents sont réunis dans une armoire roulante spécifique. Faute de place dans cette dernière, une minorité de piluliers vides est conservée dans l'armoire fixe destinée au rangement des piluliers journaliers contenant encore des traitements en attente d'administration des prises. Après arrivée des piluliers pleins en provenance de la pharmacie prestataire, afin de pouvoir les ranger dans l'armoire fixe de stockage spécifique, le personnel infirmier est obligé d'effectuer des déplacements de journaliers pour pouvoir insérer ces nouveaux journaliers entrants. Ces permutations de journaliers sont une perte de temps et une source potentielle d'erreur de positionnement des journaliers sur les plateaux (semainiers horizontaux), par inversion entre deux résidents.</p>	6 mois		<p>Levée</p>
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
18	Etudier et comparer les mesures correctives pour l'identification des piluliers journaliers puis mettre en place celle la plus adaptée et efficace pour remédier au risque actuel de confusion.	Remarque n°21 : Certaines étiquettes étaient abimées et/ou incomplètes (absence du code couleur, jour ajouté à la main, photo absente, étiquette soulevée ou écornée) ce qui est source de difficulté de lecture des informations et donc de possibilité de confusion lors du déplacement des journaliers (entre résident et/ou emplacement).	6 mois	[REDACTED]	Maintien dans l'attente de la mise en place

19	<p>Des mesures correctives sont à étudier comparativement et à mettre en place pour garantir le lien univoque entre le résident et son médicament prescrit pour les médicaments dont la présentation industrielle n'est pas unitaire¹</p>	<p>Remarque n°22 : Dans les cases de prise des journaliers rangés dans l'armoire fixe, les unités thérapeutiques des formes galéniques orales sèches (comprimé, capsule dure ou gélule) se trouvent dans leur blister unitaire industriel. Toutefois, du fait du découpage unitaire au ciseau (dans la pharmacie prestataire) des plaquettes ou blisters collectifs (par exemple, blister de 10 comprimés où figure une seule fois en extrémité la date de péremption et le numéro de lot de fabrication), l'identification industrielle du médicament est perdue. Il en résulte une incertitude sur l'identité précise du médicament lorsqu'il est dans la case de prise et a fortiori lorsqu'il est sorti du journalier durant la distribution par le personnel infirmier ou aide-soignant (d'autant plus que sur les petits chariots de distribution, des doses unitaires peuvent être « nues » dans les cases de prise c'est-à-dire sans conditionnement primaire). Cette perte de traçabilité complète et directe ne facilite pas le respect strict</p>	6 mois	 	<p>Maintien dans l'attente de la mise en place</p>
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

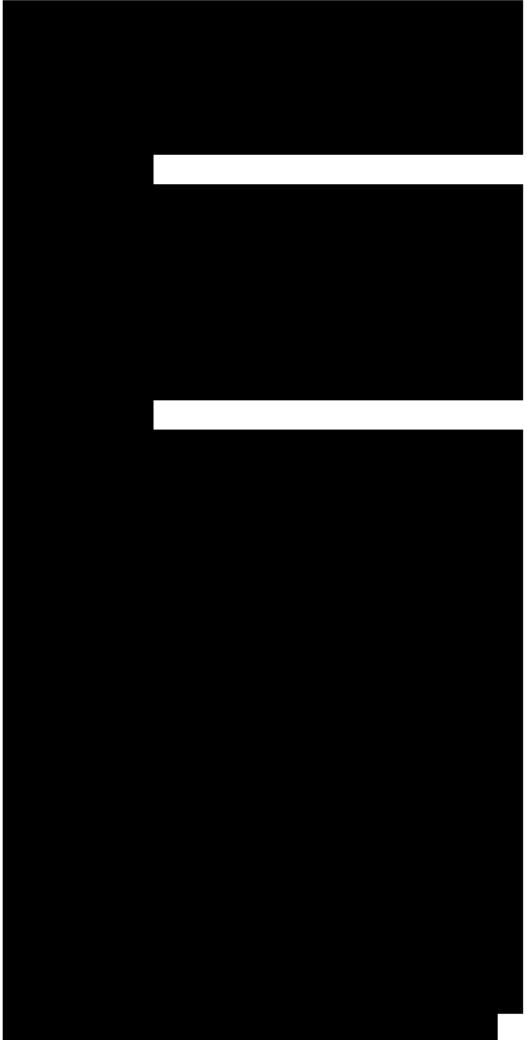
Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
		et systématique de la règle des « 5 B » énoncée par la HAS et évoquée dans la convention de prestation. Le lien univoque entre le résident et son médicament prescrit doit être explicite et opérationnel de la dispensation par la pharmacie jusqu'à l'absorption du traitement par le résident (pour garantir grâce à la traçabilité que le « bon » médicament soit toujours donné au « bon » patient conformément à la règle des « 5 B », en dehors des cas d'erreur humaine par inattention).			

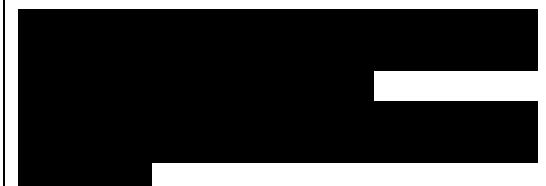
¹ La présentation est dite « hospitalière » lorsque chaque comprimé ou gélule est placé par le fabricant industriel dans un blister unitaire (conditionnement dit « primaire » car en contact direct avec le produit) comportant en clair le nom et dosage, le numéro de lot et la date de péremption (il peut s'agir par exemple d'une « plaquette » de 10 conditionnements unitaires pré découpés séparément)

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
20	1°) Ne pas laisser de sachets non fermés pour prévenir tout risque de mélange des doses lors des manipulations et du transport. 2°) Identifier complètement le médicament et moment de prise dans ces sachets pour maintenir le lien univoque avec le résident auquel il a été prescrit ; étiqueter directement dans l'officine prestataire les sachets qui y sont confectionnés pour prévenir les risques de confusion liés aux manipulations à effectuer dans l'EHPAD en vue de l'administration des doses.	Remarque n°23 : : 1°) Des petits sachets en plastique transparents contenant la prise de 16h00 pour [REDACTED] résidents (disposés dans un petit plateau en inox) n'étaient pas obturés. 2°) Des comprimés ou gélules non identifiés sont placés par le personnel infirmier dans un petit sachet transparent en vue de leur distribution et remise aux résidents. L'étiquette éditée dans [REDACTED] pour identifier ces petits sachets ne comporte pas le jour de prise ni l'identité complète du médicament.	3 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
21	Renforcer le lien univoque entre le résident et son médicament de la dispensation par la pharmacie jusqu'à l'absorption du traitement par le résident (garantir la traçabilité pour le respect de la règle des « 5 B » : « bon médicament » donné au « bon résident » en toutes circonstances (en dehors des cas d'erreur humaine par inattention et/ou non-respect des procédures de sécurisation du circuit du médicament en vigueur).	Remarque n°24 : Les modalités de préparation dans l'EHPAD des doses à administrer au coucher aux résidents par les aides-soignantes de nuit lorsque le personnel infirmier a déjà quitté l'EHPAD sont spécifiques. Les doses unitaires sèches laissées dans leur conditionnement primaire industriel sont placées dans des petits pots en plastique translucide de couleur bleue fermés par un couvercle. Le personnel infirmier appose sur le couvercle en abrégé le nom de l'unité d'hébergement et sur le corps une étiquette générée dans [REDACTED] et comportant la civilité, nom et prénom, date de naissance et photo du résident, nom et prénom du médecin traitant, étage-unité-chambre d'hébergement du résident.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
22	Renforcer le lien univoque entre le médicament et le résident auquel il a été prescrit en complétant l'étiquetage standard des contenants « maison » utilisés dans l'EHPAD par l'identité du médicament (nom, dosage, date de péremption, numéro de lot).	Remarque n°25 : Les doses à donner aux résidents par le personnel aide-soignant par délégation du personnel infirmier (lorsqu'il a quitté l'EHPAD le soir) sont placées par le personnel infirmier dans des petits pots en plastique comportant un étiquetage étanche à l'eau comportant les mentions suivantes sur le couvercle et sur le pourtour : civilité, nom et prénom, numéro de chambre, heure de prise (par exemple 21h00).	3 mois		Levée
23	Le personnel soignant habilité doit s'assurer de l'administration complète du traitement avant de cocher la validation sur la tablette ou bien si la traçabilité est effectuée par anticipation s'assurer a posteriori de l'absorption complète et effective de la dose du médicament prescrit. Assurer une traçabilité littérale détaillée et explicite dans [REDACTED] pour objectiver l'observance (facilité ou non de prise, refus de prise, autres situations précises utiles à connaître et enregistrer dans le dossier de soins...).	Remarque n°26 : Lors de l'accompagnement de l'infirmière pour la remise du traitement de 16h à 4 résidents se trouvant en divers lieux collectifs dans l'EHPAD, il a été observé que celle-ci n'avait pas toujours le temps d'attendre pour constater que le résident ait absorbé le médicament en totalité.	3 mois		Levée

24	<p>Complémentairement aux 7 documents « qualité » ORPEA relatif au circuit du médicament en format standardisé, élaborer formellement formaliser collégialement de manière concertée (personnel soignant, pharmacien, qualiticien, direction) un document unique, spécifique au seul fonctionnement de l'ATRIUM, en particulier décrivant de manière précise et priorisée ce qui doit être fait et ce qui est réellement fait dans la pratique quotidienne pour sécuriser le circuit du médicament et optimiser la maîtrise des différents risques d'erreurs médicamenteuses, notamment celles documentées par les 6 déclarations d'EIGS reçues par l'ARS PACA entre 2019 et 2021 (possibilité de renvoi à des « fiches réflexes » plus précises ou focalisées, des modes opératoires ou sous-procédures en tant que de besoin).</p> <p>Utiliser ce support évolutif une fois validé dans l'EHPAD l'ATRIUM comme fondement pour auditer régulièrement (ou en opportunité le cas échéant), l'ensemble du processus continu décrivant le « circuit du médicament » de la prescription à l'absorption du traitement et pour des formations théoriques et pratiques approfondies des nouveaux personnels intervenants dans la prise en charge médicamenteuse selon leur niveau d'expérience et compétence (prises de poste, remplaçants réguliers, intérimaires ou vacataires).</p>	<p>Remarque n°27 : La forme standardisée et claire des divers documents est satisfaisante, précise et adaptée. Toutefois, le contenu est général au regard de la complexité et diversité des modalités pratiques de travail observées dans l'EHPAD en situation de routine ou dégradée pour sécuriser le circuit du médicament (par exemple, déficit personnel infirmier).</p>	6 mois		<p>Maintien</p> <p>Les procédures élaborées par le groupe ce qui en garantit la qualité doivent pouvoir faire l'objet d'une appropriation locale faute de quoi elles ne sont pas appliquées</p>
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	--------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
25	<p>En complément des « <i>miniformations</i> » réalisées au titre de mesures correctives pour prévenir une réitération trop fréquente de ces 6 erreurs documentées (rappels sur l'identito-vigilance du résident, la règle des « 5 B ») :</p> <p>1°) réaliser un retour d'expérience approfondi, collégial et documenté, enregistré, pouvant s'appuyer sur un audit interne préalable et ciblé des pratiques, afin d'identifier les points les plus critiques pouvant être des éléments causaux de la réalisation des erreurs.</p> <p>2°) Identifier avec certitude les verrous de sécurité à maintenir fermés entre la dispensation par l'officine et l'absorption des médicaments par les résidents pour concourir au respect strict et constant de la règle des « 5 B ».</p> <p>3°) Tracer ou identifier les doses unitaires afin de retrouver rapidement et facilement en temps réel et a posteriori quel médicament a été donné ou administré à un résident en cas de suspicion ou réalisation d'une erreur médicamenteuse matérialisant un non-respect de la règle des « 5 B ».</p>	<p>Remarque n°28 : Il résulte de la compréhension et des renseignements complémentaires pris auprès du personnel infirmier :</p> <p>1°) une imputabilité d'un défaut de vigilance ou d'attention et du non-respect strict de la règle des « 5B » par absence de prise en compte rigoureuse des procédures et informations mises à disposition du soignant auteur de l'erreur</p> <p>2°) une imputabilité d'une inexpérience de la précision des actes à accomplir dans deux des erreurs déclarées (appropriation insuffisante de tous les aspects sécuritaires pratiques d'un circuit relativement complexe car présentant des singularités et points critiques à maîtriser).</p>	6 mois	  	<p>Maintien dans l'attente de la réalisation</p>

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
26	Veiller à optimiser l'utilisation de NETSOINS en organisant une session de formation pour tous les professionnels et centraliser tous les éléments de transmission sur un même support.	Remarque n°30 : la diversité des supports de transmission contribue à la perte d'information et peut avoir un impact sur la qualité de la prise en charge des résidents.	6 mois	[REDACTED]	Maintien dans l'attente de la réalisation
27	Mieux répartir le temps de présence du médecin coordonnateur sur la semaine pour améliorer la continuité de la prise en charge médicale.	Remarque n°32 : Les IDE et aides-soignants ne sont pas suffisamment formées à la surveillance clinique ce qui ne permet pas de détecter les changements significatifs dans l'état de santé du résident et de prendre les mesures appropriées quand elles sont de la compétence de ces professionnels ou d'alerter dans le cas contraire.	6 mois	[REDACTED]	Levée mais l'objectif doit être poursuivi La mission d'inspection recommande d'organiser un point téléphonique hebdomadaire entre l'IDEC et le MEDCO en fin de semaine (jeudi ou vendredi) pour régler les problèmes en attente afin d'adapter la prise en charge des résidents qui le nécessitent avant le week-end.

28	<p>Former les IDE et AS à la surveillance clinique pour leur permettre de détecter les changements significatifs dans l'état de santé du résident et de prendre les mesures appropriées quand elles sont de la compétence de ces professionnels ou d'alerter dans le cas contraire.</p>	<p>Remarque n°32 : Les IDE et aides-soignants ne sont pas suffisamment formées à la surveillance clinique ce qui ne permet pas de détecter les changements significatifs dans l'état de santé du résident et de prendre les mesures appropriées quand elles sont de la compétence de ces professionnels ou d'alerter dans le cas contraire.</p> <p>Remarque n°14 : L'examen de ces dossiers fait écho à de multiples facteurs de risque relevés par la mission d'inspection sur la prise en charge de l'hydratation, le déficit en IDE au cours du mois de janvier, l'absence d'IDEC depuis mi-décembre, la nécessité de renforcer la surveillance clinique des infirmiers et aides-soignants et la réflexion à mener sur la fin de vie. Ces facteurs individuels ont pu intervenir dans le cadre de la prise en charge de chaque résident pour lequel un signalement a été reçu.</p>	6 mois	 	<p>Maintien</p> <p>La formation sur les fondamentaux de surveillance clinique doit être réalisée par une personne qui en la compétence et dont c'est la mission (MEDCO ou formateur externe)</p>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

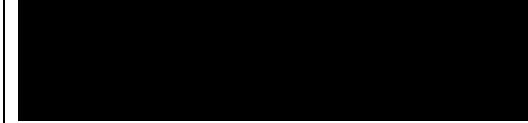
Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
29	S'assurer que les infirmières s'approprient le projet de soins individualisé et aborder son suivi et son évaluation en réunions pluridisciplinaires.	Remarque n°33 : la méconnaissance du projet de soin individualisé de chaque résident par les infirmières ne garantit pas la coordination des soins nécessaire dans le long terme pour répondre aux besoins des résidents. Ce défaut d'appropriation peut être en lien avec un défaut d'investissement de cet outil de coordination ou les difficultés récentes en ressources humaines qui ont amené à mobiliser du personnel nouvellement entrant.	6 mois	[REDACTED]	Maintien dans l'attente de la réalisation
30	Mettre en place une surveillance quotidienne des perfusions sous-cutanées comprenant, à minima, les éléments suivants : état cutané local, soluté de perfusion, débit, position du cathéter, absence de fuite et informatiser celle-ci dès que possible dans le logiciel [REDACTED]	Remarque n°34 L'absence de surveillance de ces dispositifs invasifs et de sa traçabilité par les infirmiers ne permet pas d'assurer un suivi pour garantir la qualité de la prise en charge et la prévention des infections.	1 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
31	Actualiser la procédure de 2013 relative à la pose et à la gestion d'une perfusion sous-cutanée en la complétant par les indications (hydratation de base / réflexion éthique à mener sur sa place dans l'accompagnement de fin de vie), les contre-indications et la conduite à tenir devant la survenue d'une complication avec actions correctrices.	Remarque n°35 : La procédure relative à la pose et à la gestion d'une perfusion sous-cutanée relativement ancienne puisque de 2013 est incomplète (indication / contre-indications / conduite à tenir devant une anomalie constatée et plan d'actions correspondant).	3 mois	[REDACTED]	Maintien La procédure transmise en annexe 22 est celle de la pose et surveillance d'une perfusion IV au lieu d'une perf S/C comme demandé
32	Mettre en place une surveillance quotidienne dès la mise en place de ce dispositif invasif urinaire comprenant les éléments suivants : réévaluation quotidienne, changement de la sonde, diurèse, signes cliniques, vérification du maintien du système clos, fixation de la sonde et du collecteur	Remarque n°36 : L'absence de surveillance du sondage urinaire et l'absence de traçabilité de cette surveillance par les infirmiers ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge et la prévention des infections. Pour rappel les infections urinaires sont la 1ère cause d'infections associées aux soins dans le secteur médico-social (enquête de prévalence de 2016).	1 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
33	Actualiser la procédure de 2013 relative au sondage urinaire en la complétant le volet relatif à la surveillance et à la conduite à tenir en cas d'anomalie constatée.	Remarque n°37 : La procédure relative à la pose et à la gestion d'un sondage urinaire relativement ancienne puisque de 2012 et 2014 est incomplète sur le volet relatif à la surveillance et à la conduite à tenir en cas d'anomalie constatée.	3 mois	[REDACTED]	Levée
34	Mener un temps de réflexion pluridisciplinaire sur l'hydratation avec retour d'expérience sur les actions entreprises et les déshydratations constatées l'année n-1 pour mieux adapter les actions proposées.	Remarque n°38 : L'établissement a identifié le maintien d'une bonne hydratation comme un objectif central pour une bonne santé du résident. Des efforts conséquents ont été déployés et la mobilisation est importante et pluridisciplinaire sur ce sujet.	3 mois	[REDACTED]	Maintien La mission d'inspection a bien pris note de ce qui était déjà fait mais propose de mener une réflexion pour aller plus loin

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
35	Réfléchir collectivement à la place de chaque type de personnel, en fonction de ses compétences, dans le recueil des directives anticipées et leurs réévaluations régulières.	Remarque n°39 : Les directives anticipées sont recherchées à l'entrée et tracées. Toutefois elles semblent mal connues des équipes quant à leur existence mais également leur signification. Ceci peut compliquer les conduites à tenir en cas d'urgence et la façon de les gérer pour les équipes en interne et pour les services d'urgences, en particulier pour des résidents fragiles.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED]	Levée La mission d'inspection souligne l'intérêt d'associer la psychologue à la démarcher
36	S'assurer de l'inscription de la psychologue au fichier ADELI du département dans lequel elle exerce actuellement.	Remarque n°40 : La mission d'inspection relève que la psychologue n'est actuellement pas inscrite au fichier ADELI du département du Vaucluse et est inscrite sur le fichier du Gard.	1 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
37	Organiser l'accompagnement psychologique des professionnels, en particulier en période de crise, Covid, impact médiatique de la sortie du livre « Les fossoyeurs », absence de professionnels, par la mise en place d'une supervision par recours à un professionnel extérieur à l'établissement.	Remarque n°41: La mission d'inspection relève l'absence de supervision des équipes : la psychologue indique qu'étant intégrée dans l'équipe, elle n'est pas la mieux-à-même d'assurer cette fonction.	3 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
38	Approfondir la réflexion sur la meilleure façon de recueillir les directives anticipées	<p>Remarque n°14 : L'examen de ces dossiers fait écho à de multiples facteurs de risque relevés par la mission d'inspection sur la prise en charge de l'hydratation, le déficit en IDE au cours du mois de janvier, l'absence d'IDEC depuis mi-décembre, la nécessité de renforcer la surveillance clinique des infirmiers et aides-soignants et la réflexion à mener sur la fin de vie. Ces facteurs individuels ont pu intervenir dans le cadre de la prise en charge de chaque résident pour lequel un signalement a été reçu.</p> <p>Remarque n°42 : La mission d'inspection relève que la place de la psychologue reste à identifier dans le recueil des directives anticipées</p>	6 mois	  	<p>Levée</p> <p>La mission d'inspection souligne l'intérêt d'associer la psychologue à la démarcher</p>

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
39	Mener une réflexion sur la possibilité d'augmenter le temps d'intervention de la psychologue au vu des modalités d'accueil proposées par l'Ehpad (UVP et PASA) et de la spécificité d'accueil de résidents ayant des antécédents psychiatriques.	Remarque n°43 : La mission d'inspection relève qu'au regard des modalités d'accueil proposées par l'Ehpad (UVP et PASA) et de la spécificité d'accueil de résidents ayant des antécédents psychiatriques, la quotité de temps de la psychologue est limitée.	6 mois	[REDACTED]	Maintien Dans l'attente de l'aboutissement de la démarche
40	Organiser des temps de coordination pluridisciplinaire en 2 temps (1- pour le suivi médical ; 2- pour les projets de vies personnalisés) pour améliorer l'accompagnement des professionnels dans la prise en charge des résidents	Remarque n°44 : Le temps de coordination ne permet pas d'anticiper les évolutions liées à la prise en charge et à l'accompagnement des résidents (points médicaux, élaboration, suivi et évaluation des projets de vie personnalisé).	3 mois	[REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
41	Renforcer l'opérationnalité de la coopération avec les acteurs du réseau de gérontologie du territoire et avec les urgences de l'établissement de proximité en organisant, au-delà de la signature de conventions, des rencontres et en favorisant les échanges de médecin à médecin pour régler les situations individuelles.	Remarque n°45 : L'insertion dans le réseau gériatrique et la collaboration avec le réseau de soins palliatifs de Vaucluse ne sont pas suffisamment opérantes pour une prise en charge de qualité et pour limiter le nombre d'hospitalisations.	6 mois		Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
42	Utiliser le produit détergent désinfectant comportant la norme virucide EN 14476 mentionné dans la procédure ([REDACTED])	Remarque n°46 : Le non-respect du type de produit prévu dans la procédure sur l'entretien d'une chambre au quotidien (avec l'utilisation d'un produit détergent désinfectant sans la norme virucide EN 14476 pour le nettoyage des surfaces hautes) est un facteur de risque de transmission croisée de microorganismes via l'environnement et peut contribuer à l'absence de maîtrise du risque épidémique.	A réception du rapport	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée

Recommandations	Libellé	Référence au rapport	Délai raisonnable et adapté à l'objectif recherché	Réponse de l'inspecté	Maintien / levée / modification de la mesure
43	Réaliser un audit des pratiques sur l'hygiène des mains avec la solution hydro alcoolique afin d'améliorer l'observance des professionnels en se faisant aider par l'infirmière hygiéniste du groupe ou par une équipe mobile d'hygiène Sensibiliser les résidents à l'hygiène des mains lors des regroupements : avant les repas, avant les activités collectives, avant de rentrer en salle de kiné...	Remarque n°47 : L'accès au produit hydro alcoolique est insuffisant et ne permet pas une bonne observance de l'hygiène des mains par les professionnels et les résidents.	6 mois	[REDACTED]	Levée
44	Transmettre les éléments de remplissage du DARI fait en 2020 ainsi que les éléments de suivi.	Remarque n°48 le très bon score obtenu au DARI est en décalage avec les éléments de non maîtrise du risque infectieux à la disposition de la mission d'inspection.	A réception du rapport	[REDACTED]	Levée