



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Dijon, le **14 FEV. 2024**

Le directeur général de l'Agence régionale de santé
Bourgogne-Franche-Comté

à

Madame la Présidente du conseil d'administration
EHPAD Le Château des Crôzes
495 Route du Château des Crôzes

71580 FRONTENAUD

AR N° 2C 177 079 7527 2

Objet : mesures définitives

PJ : tableau des mesures définitives

J'ai diligenté une inspection au sein l'établissement EHPAD Le Château des Crôzes situé à Frontenaud les 14 et 15 septembre 2023, au titre du contrôle des EHPAD (prévention de la maltraitance et prise en charge médicamenteuse en EHPAD).

Par courrier du 28 novembre 2023, je vous ai adressé le rapport d'inspection ainsi que la liste des mesures correctives envisagées à mettre en œuvre. Dans le cadre de la procédure contradictoire et en application des articles L. 121-1 et L. 122-1 du Code des relations entre le public et l'administration, je vous avais accordé un délai d'un mois pour me faire connaître vos observations sur le rapport et les mesures.

J'accuse réception de votre réponse à ce courrier en date du 22 décembre 2023 et je vous notifie les mesures définitives aux injonctions, prescriptions et recommandations figurant sur les tableaux joints en annexe, classées par ordre de priorité de mise en œuvre, afin de vous amener à rétablir au sein de votre établissement les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents.

Je vous rappelle l'importance d'assurer la mise en œuvre dans votre établissement des injonctions et des prescriptions dans les délais prescrits et la prise en compte des recommandations qui participent de la démarche d'amélioration continue de la qualité que vous structurez pour l'EHPAD.

Elles feront l'objet d'un suivi par :

[REDACTED]

Je vous demande d'établir un plan d'actions pour le déploiement des mesures correctives par blocs thématiques et de le renvoyer à l'ARS en utilisant le modèle joint dans un délai de 3 semaines, à compter de la réception du présent courrier.

Un point d'étape sera organisé par la délégation territoriale de Saône-et-Loire à 3 mois et à 6 mois, qui vous permettra à la fois de dresser un état d'avancement des actions engagées, en cours et finalisées mais également de faire part de vos difficultés et freins éventuels identifiés pour les mettre en place.

Dans le cadre de la direction commune de l'EHPAD [REDACTED] des orientations stratégiques et du cadre opérationnel à définir pour chaque établissement, les sujets de la prise en charge médicamenteuse et de la politique qualité et de gestion des risques constituent notamment des axes supports de l'organisation et du fonctionnement des quatre établissements.

A ce titre et au titre de la mise en œuvre du plan d'actions attendu pour l'EHPAD Le Château des Crôzes, je serai attentif :

- au développement d'un management participatif pour engager, développer et aligner les équipes sur un objectif commun, à la valorisation d'organisations partagées et à la mise en place d'une GPMC ;
- à la construction des complémentarités avec les partenaires du territoire pour des appuis experts ; ces partenariats étant nécessaires à l'accompagnement des résidents et à leur meilleure prise en soin, ainsi qu'à la construction de parcours professionnels.

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois :

- d'un recours gracieux à mon attention,
- d'un recours hiérarchique auprès du Ministre du travail, de la santé et des solidarités,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de Dijon. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet <http://www.telerecours.fr>

Le directeur général,
[REDACTED]

Copie à :

Madame la Directrice de l'EHPAD Le Château des Crôzes
495 Route du Château des Crôzes
71580 FRONTENAUD

**Tableau des mesures définitives
Injonctions**

Date de mise à jour des mesures :	26/01/2024	Nom établissement :	EHPAD Le Château des Cèdres
Coordonnateur :		Adresse :	486 Route du Château des Cèdres
		Code postal :	71980
		Commune :	FRONTENAUD

Injonctions									
N°	4	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport F/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		Assurer la fermeture systématique des locaux de stockage et d'entretien.	L. 311-3 CASF	15 jours	Consignes au personnel et modes de diffusion.	E 18	N		L'injonction est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
2		Sécuriser les conditions d'accès aux dossiers de soins et dossiers médicaux au sein de la salle de transmissions.	L. 311-3 CASF L. 1110-4 CSP R. 4312-5 CSP	3 semaines	Notes/facture du dispositif de sécurisation de l'accès aux placards dans la salle de transmissions. Tout document attestant de la sensibilisation des professionnels avec émargement. Consigne au personnel.	E 20	N		L'établissement indique qu'au vu de l'organisation de l'équipe, il est nécessaire d'assurer l'accessibilité des dossiers médicaux aux AS de jour en cas d'urgence. Or, en cas d'urgence, la mission indique que l'équipe soignante doit utiliser le DCU et non pas le dossier médical papier du résident. La mission prend acte que dans l'attente de la réception des nouveaux locaux, les professionnels seront sensibilisés au secret professionnel et à la sécurisation de l'accès à la salle de transmissions. Elle sollicite tout document attestant de la sensibilisation des professionnels au secret professionnel et des consignes données au personnel relatives à la sécurisation des accès. L'injonction est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
3		Pour garantir la liberté d'aller et venir des résidents : 1° Elaborer un protocole de mise sous contention, validé par le médecin coordonnateur, incluant l'information du résident et de ses proches, et s'assurer de son appropriation par toute l'équipe pluriprofessionnelle. 2° Disposer systématiquement, pour chaque résident sous contention notamment physique, d'une prescription médicale limitée dans le temps et réévaluée régulièrement.	L. 311-3 1° CASF L. 1110-2 CSP	3 mois	Protocole de mise sous contention formalisé et validé. Tout document attestant d'une sensibilisation/formation des équipes à la mise en œuvre de ce protocole. Engagement écrit de la direction et du médecin coordonnateur pour que chaque mise sous contention fasse l'objet d'une prescription médicale répondant aux recommandations de bonnes pratiques. Tout document attestant d'une réévaluation médicale régulière du rapport bénéfices/risques de la mise sous contention.	E 36	N		La mission prend acte qu'un travail sur les contentions sera réalisé. L'injonction est maintenue, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
4		Pour définir et piloter une politique de prévention et de gestion des risques impliquant l'ensemble des professionnels de l'établissement, en déployant une culture du signalement des événements indésirables (associés aux soins ou non) et de traitement des réclamations conforme aux exigences légales et réglementaires : 1° Mettre en place une communication active en interne sur les obligations de signaler et les droits des agents à la protection. 2° Assurer une formation et une sensibilisation continue des équipes à la gestion des événements indésirables et à la gestion des risques. 3° Rédiger, en mode participatif, une charte d'incitation au signalement en intégrant la notion de confiance et de protection du signalement, sur le modèle en annexe à l'instruction citée en référence. 4° Réviser le règlement intérieur des agents pour intégrer le cadre de signalement et de protection du signalement. 5° Assurer l'analyse des événements indésirables. 6° Définir et mettre en place des actions correctives adaptées. 7° Tenir des réunions de retour d'expérience pluridisciplinaires autour des dysfonctionnements graves pour faire évoluer les pratiques professionnelles. 8° Signaler aux autorités administratives compétentes (ARS, CD, justice) tous les événements indésirables selon leur nature (EIG, EIGAS). 9° Mettre en place le recueil, l'analyse et le traitement des réclamations et doléances des usagers et de leurs représentants et communiquer, au sein des instances et en direction des professionnels, sur les mesures mises en œuvre. 10° Informer les familles ou représentants légaux sur le suivi des EI, des plaintes et des réclamations.	L. 331-8-1 CASF L. 313-24 CASF Instruction n° DG5/PP1/DGOS/PP2/DGOS/2A/2017/56 du 17 février 2017	6 mois	Procédure ODR formalisée. Tout élément permettant d'attester la réalisation de la sensibilisation des professionnels à la procédure de gestion des risques (noms et fonction des agents, date des temps de présentation et supports de sensibilisation utilisés). Tout élément permettant d'attester la rédaction d'une charte de non-punition et de sa diffusion auprès des personnels de l'établissement. Règlement intérieur révisé. Tout élément permettant d'attester la mise en place d'un dispositif de gestion des plaintes et réclamations. Tout élément permettant d'attester de l'inscription des sujets relatifs à la maltraitance et aux événements indésirables à l'ordre du jour du CVS.	E 17 R 15 R 16 R 17 R 18 R 19	N		L'injonction est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Date de mise à jour des mesures :	28/01/2024	Nom établissement :	EHPAD Le Château des Crêpes
Coordonnateur :		Adresse :	495 Route du Château des Crêpes
		Code postal :	71580
		Commune :	FRONTENAUD

Prescriptions									
N°	26	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		Concernant l'administration de médicaments par les aides-soignants, notamment en l'absence d'IDE, dont pendant la nuit, veiller à ce que le cadre de l'article R. 4311-4 du CSP soit respecté : réalisation dans le cadre de la collaboration avec les IDE par des auxiliaires diplômés, sous la responsabilité des IDE et sous réserve que l'évaluation du « si besoin » du résident ne nécessite pas de compétence infirmière. Dans ce but, les directives données dans les transmissions écrites, la prescription et les protocoles cités à l'article R. 4311-7 du CSP doivent être précis et ne pas laisser place à une interprétation qui serait au-delà du champ de compétence du personnel concerné. A défaut, les administrations relèvent des IDE (éventuellement libérales).	R. 4311-4 CSP R. 4311-7 CSP	1 mois	Note de service. Protocole.	E 11	N		La mission prend note des propos énoncés par l'établissement mais constate qu'il ne traite qu'en partie, les dysfonctionnements constatés et dans des délais trop éloignés. La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
2		Veiller à ce que toute administration ou aide à la prise de médicament, y compris par voie externe, réalisée par des AS ou FTA§ respecte le cadre de l'article L. 313-26 du CASF. Les agents doivent être informés de la nature de médicament du produit appliqué, avoir accès à la prescription médicale et être guidés par un protocole, afin d'une part de réaliser correctement l'acte, mais aussi dans certains cas de se protéger du produit (port de gants).	L. 313-26 CASF	1 mois	Note de service. Protocole.	E 12	N		La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
3		Veiller à ce qu'à l'exception des médicaments du stock pour prescription réalisée en urgence, tout médicament soit identifié au nom du résident qui en est propriétaire et rangé dans un contenant exclusivement réservé à ce résident. Veiller à ce que toute spécialité pharmaceutique faisant partie d'un traitement nominatif ainsi que les médicaments préparés avant distribution soient identifiés sans ambiguïté (à minima salutation, nom et prénom du résident).	R. 4312-38 CSP R. 4312-39 CSP R. 5126-108 CSP L. 311-3 CASF	1 mois	Note de service. Protocole émis par les IDE. Photographies des rangements.	E 22 E 47	N		La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
4		Mettre en application un support de l'enregistrement des températures du réfrigérateur contenant des médicaments qui soit adapté et prévoie la marche à suivre en cas d'excursion de température en-deçà de +2°C ou au-dessus de +8°C.	R. 4312-38 CSP R. 4312-39 CSP D. 312-155-0 CASF	1 mois	Copie de la fiche de traçabilité.	E 23	N		La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
5		1° Retirer tous les médicaments périmés des stocks. 2° En lien avec un des pharmaciens conventionnés et un médecin attaché à l'établissement, établir une liste de médicaments destinés à répondre aux prescriptions réalisées en urgence. 3° Rédiger, valider et diffuser pour application un protocole relatif aux stocks pour prescription en urgence (constitution et tenue à jour, contrôle, renouvellement). 4° Acheter les médicaments de cette liste auprès d'un des pharmaciens conventionnés. 5° Interdire toute utilisation de médicament non utilisé dans l'établissement. Retirer de l'établissement et retourner à l'officine (dispositif Cyclamed) toute boîte de médicament non utilisé (c'est-à-dire issue d'un traitement nominatif n'ayant plus cours pour le résident pour lequel il a été prescrit).	L. 4211-20 CSP R. 5126-108 CSP L. 311-3 CASF	1 mois	Note de service. Protocole émis par les IDE. Photographies des stocks.	E 25	N		La mission prend note des propos énoncés par l'établissement mais constate qu'il ne traite qu'en partie, les dysfonctionnements constatés et dans des délais trop éloignés. La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
6		1° Demander aux médecins de saisir leurs prescriptions dans le logiciel de l'établissement. 2° Faire en sorte que la transcription des prescriptions ne soit pas le document de référence pour la réalisation des soins, en raison des dangers qu'elle représente (risque d'erreur, retard à la prise en compte d'un changement de prescription, engagement de la responsabilité des IDE). 3° Faire réaliser toute administration ou distribution de médicament à la vue d'une prescription ou d'un protocole daté et signé.	R. 4311-7 CSP	1 mois	Courrier aux médecins. Protocole organisant la mise à disposition des prescriptions sur papier.	E 35	N		La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
7		Mettre en place une gestion préventive de la péremption des médicaments. Veiller à ce que la date d'ouverture et le cas échéant la date limite d'utilisation soient systématiquement notées à l'ouverture des flacons et tubes multidoses, ainsi qu'à la sortie du réfrigérateur (stylo d'insuline notamment).	R. 4312-38 CSP L. 311-3 CASF	1 mois	Note de service.	E 47	N		La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
8		Veiller à ce que tous les médicaments soient détenus dans un ou des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement (chariots compris) fermés à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Si l'établissement doit détenir des ampoules de chlorure de potassium injectable (ce qui est peu probable), respecter les recommandations de l'ANSM visant à prévenir les erreurs avec le chlorure de potassium injectable.	R. 5126-109 CSP R. 4312-39 CSP Recommandations de l'ANSM L. 311-3 CASF	2 mois	Note de service. Protocole émis par les IDE. Photographies des rangements.	E 21 E 24	N		La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.

9	Désigner dans les conventions un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien devra concourir à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collaborera également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmacothérapeutique. Assurer que le libre choix des professionnels de santé libéraux (dont le pharmacien) est laissé au résident et que sa décision est formalisée par écrit.	L. 5125-10 CSP	2 mois	Convention signée avec le pharmacien référent. Exemple de document formalisant la décision du résident à l'admission.	E 42 E 48	si	La mission prend note des projets annoncés par l'établissement mais constate qu'ils ne traitent qu'en partie, les dysfonctionnements constatés et dans des délais trop éloignés. La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
10	Organiser une prise en charge globale de l'adaptation du traitement médicamenteux aux troubles de la déglutition. Le médecin prescripteur doit être informé des difficultés de son patient à avaler son traitement, afin qu'il puisse adapter sa prescription. Préalablement à chaque broyage de comprimé et ouverture de gélule, en évaluer la faisabilité au regard d'un document de référence. Cet acte doit être intégré à la prescription médicale.	R. 4312-41 CSP D. 312-155-0 CASF	2 mois	Protocoles. Note de service. Courrier aux médecins.	E 45 E 46 E 16	si	La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
11	S'assurer de disposer d'un système d'appel malade adapté pour tous les résidents accueillis, accessible et opérationnel sur l'ensemble de l'établissement.	L. 311-3 CASF	2 mois	Justificatifs attestant de l'opérationnalité pour tous les résidents. Résultats d'analyse et plan d'actions.	E 18	si	La mission prend note qu'une analyse du système d'appel malade actuel va être menée pour repérer les situations à risque et proposer des améliorations. Elle sollicite une échéance de réalisation et la transmission de l'analyse effectuée attestant de son effectivité, avec une identification des améliorations à apporter dans les locaux d'exploitation actuels pour les espaces individuels et collectifs. La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
12	Demander aux IDE une copie de leur numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre infirmier et rappeler à ces professionnels leur obligation en la matière.	L. 4311-15 CSP L. 4112-3 à 6 CSP	3 mois	Preuve d'inscription à l'Ordre infirmier.	E 13	si	La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
13	Afin de garantir la continuité de prise en charge par les équipes soignantes : 1° Assurer la présence d'au moins une AS diplômée de nuit, toutes les nuits. 2° Veiller à ne confier aux ASHQ que les activités et tâches prévues par la réglementation. 3° Mettre en place une organisation permettant aux IDE de remplir en temps réel le dossier de soins infirmiers, et d'enregistrer leurs actes, de manière pratique et fiable, en tout point de l'établissement.	L. 311-3 CASF D. 312-155-0 CASF R. 4312-35 CSP R. 4311-5 CSP R. 4312-41 CSP Décret n°2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut particulier du corps des AES et du corps des agents de service hospitaliers qualifiés de la FPH	3 mois	Fiches de tâches des AS de nuit. Routement des plannings de nuit AS des deux premiers trimestres 2024. Compte-rendu de la direction relatif aux moyens mis en place pour le travail des IDE et ASHQ.	E 10 E 30 E 44 R 7	si	La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités. La mission attire l'attention sur la nécessité pour l'établissement, à partir des différents leviers disponibles (descriptif des tâches soin-accompagnement organisation des temps de travail / plateforme des métiers / complémentarité du territoire GCSMS-direction commune-domicile), d'engager une réflexion sur les profils de professionnels attendus et de mettre en place des actions organisationnelles permettant d'assurer la continuité des accompagnements par des personnels qualifiés.
14	Sécuriser l'exercice professionnel des infirmières : à défaut de la possibilité de saisie (et/ou du temps nécessaire à celle-ci) par les médecins traitants sous TITAN, classer toutes les ordonnances médicales manuscrites dans le dossier médical papier, et assurer l'administration par l'IDE des médicaments prescrits avec l'ordonnance papier sous les yeux (et non la tablette TITAN où elles ont-elles mêmes suivi les traitements).	L. 311-3 CASF R. 4311-7 CSP L. 4183-1 CSP	3 mois	Engagement écrit de la direction pour la mise en place de ce dispositif palliatif.	E 34 E 35	si	La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités.
15	Procéder à la mise à jour des outils relatifs aux droits des usagers adaptés au cadre de fonctionnement de l'établissement et en assurer la mise en œuvre effective par : - l'ajustement du règlement de fonctionnement et son affichage dans l'EHPAD, faisant mention de la consultation des instances (CVS, CSE) et de la validation par le CA ; - l'actualisation du livret d'accueil présentant les prestations proposées (accueil-accompagnement, prise en charge), intégrant l'organigramme de l'EHPAD et annexant le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés de la personne accueillie.	Règlement de fonctionnement: L. 311-4, L. 311-7, R. 311-33 à R. 311-37-1 CASF / Contrat de séjour: L. 311-4 et L. 311-4-1, L. 311-5-1, D. 311-0-4, R. 311-0-5 et R. 311-0-9 CASF / Livret d'accueil: L. 311-4 CASF / Prestations: L. 314-2, L. 342-2 et annexe 2-3-1 V 2° CASF	3 mois	Règlement de fonctionnement complet de l'EHPAD avec avis des instances. Photos affichage. Livret d'accueil actualisé.	E 2 E 3 E 4 E 5 R 2	si	La mission prend note qu'une affiche sera mise en place pour informer de la disponibilité du règlement de fonctionnement, mis à jour, auprès du bureau d'accueil. La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités concernant le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil de l'établissement.
16	Mettre en conformité le cadre d'organisation et de fonctionnement du CVS avec la nouvelle réglementation entrée en vigueur au 1er janvier 2023 (composition, convocation, missions, obligations).	O. 311-3 à D. 311-20 CASF	2 mois 6 mois	Appel à candidatures. PV d'élection. Règlement intérieur révisé. PV du CVS approuvant le règlement intérieur.	E 8 R 3	si	La mission prend note que des élections seront organisées au premier semestre 2024, permettant l'ajustement du cadre d'organisation et de fonctionnement du CVS de l'établissement. La prescription est maintenue et notifiée , dans l'attente des éléments de preuve sollicités. La mission sollicite la transmission de l'appel à candidatures sous un délai de [REDACTED] matérialisant le lancement de la procédure de renouvellement de cette instance. Le délai pour les autres éléments attendus est modifié et porté à [REDACTED]. Elle attire l'attention sur l'importance d'une réflexion à avoir pour la mise en place d'un CVS pour l'établissement dans le cadre de la direction commune ou de d'une séance plénière réunissant les CVS des quatre établissements.

17	<p>A la charge de la direction de l'établissement, avec le médecin coordonnateur appuyé notamment de la cadre de santé :</p> <p>1° Structurer de manière opérationnelle les appuis et les recours gériatriques suivants : admissions programmées et non programmées-urgences en établissement de santé, équipe mobile de gériatrie (EMG), établissement de santé mentale et équipe mobile de gériatrie-psychiatrie, équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), réseau de lutte contre la douleur, IDEHT-infirmières d'hygiène territoriale, structures d'HAD, cabinets de soins et chirurgie dentaires ;</p> <p>2° Formaliser les conventions de partenariat avec les établissements et structures support de ces recours, avec la fixation d'indicateurs de suivi et d'évaluation.</p>	<p>L. 311-8 CASF D. 311-38 CASF D. 312-158 CASF</p>	<p>3 mois pour la convention avec un ES concernant la prise en charge des urgences.</p> <p>9 mois pour les autres conventions.</p>	<p>Conventions signées avec des ES notamment pour les urgences, l'accueil en programme dans une filière gériatrique, le partenariat avec une EMG, une EMSP, le cas échéant aussi avec un réseau de lutte contre la douleur.</p> <p>Convention signée avec l'équipe mobile de gériatrie-psychiatrie du CHS 71.</p> <p>Convention de partenariat mise à jour avec le CH de Chalon-sur-Saône pour l'IDEHT et l'appui en hygiène.</p> <p>Convention signée avec une structure d'HAD.</p> <p>Convention (s) signée(s) avec un (ou des) cabinet(s) de soins et de chirurgie dentaires.</p>	<p>E 15 R 13 R 25</p>	<p>3</p>	<p>La mission prend note d'un travail à mener par le médecin coordonnateur en 2024 pour restructurer les partenariats et mettre à jour les conventions.</p> <p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>
18	<p>Pendant appui sur le GT « admissions », mettre en place une organisation permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de recueillir systématiquement l'avis du médecin coordonnateur de l'EHPAD avant toute admission d'un nouveau résident ; - de recueillir le consentement de la personne avant son admission dans l'EHPAD ; - d'assurer que le libre choix des professionnels de santé libéraux, y compris du pharmacien, est laissé au résident et que sa décision est formalisée par écrit. 	<p>L. 311-3 CASF L. 311-4 CASF D. 312-158 CASF L. 5126-10 CSP</p>	<p>4 mois</p>	<p>CR de réunions du GT.</p> <p>Procédure d'admission médico-soignante-administrative finalisée et validée par la direction.</p> <p>Exemple de document formalisant la décision du résident à l'admission.</p>	<p>E 26 E 27 E 28 E 43</p>	<p>3</p>	<p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>
19	<p>Afin de développer la prévention et d'assurer la qualité et la sécurité des soins :</p> <p>1° Rédiger, valider, diffuser et faire mettre en œuvre des protocoles relatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la prévention et la prise en charge de la dénutrition ; - à la prévention de la déshydratation ; - à la prévention, le repérage et la prise en charge des plaies et escarres ; - à la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées. <p>2° Elaborer et mettre en œuvre un dispositif formel de prévention, de prise en charge et d'analyse des chutes, en incluant l'information à la famille.</p> <p>3° Mettre en œuvre un protocole de prévention, d'évaluation et de prise en charge de la douleur, incluant le recours à l'EMSP et/ou au réseau de lutte contre la douleur.</p> <p>4° Former l'équipe soignante à la thématique de la douleur chez la personne âgée.</p>	<p>L. 1110-3 CSP D. 312-155-0 CASF (soins adaptés) L. 1112-4 CSP R. 4311-8 CSP R. 4312-10 CSP R. 4312-19 CSP R. 4312-41 CSP R. 4312-42 CSP L. 311-3 CASF</p>	<p>6 mois</p>	<p>Protocoles élaborés, validés et signés par le médecin coordonnateur et la direction (dénutrition-déshydratation-plaies et escarres-chutes-douleur).</p> <p>Dispositif de prévention et d'analyse des chutes formalisé et validé par le MedCo et la direction.</p> <p>Engagement écrit de la direction d'intégrer ces thèmes et l'appropriation de ces protocoles et dispositif dans les PDC annuels, dès 2024.</p>	<p>E 37 E 38 E 40 E 41 E 46 et E 18</p>	<p>3</p>	<p>La mission prend note qu'à la suite de l'autoévaluation menée en 2022 au titre de la démarche qualité, la révision des protocoles et la formation des professionnels à ces protocoles ont été retenues comme des priorités de travail.</p> <p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>
20	<p>Recruter un temps complémentaire de [REDACTED] ETP de médecin coordonnateur permettant de mobiliser les [REDACTED] ETP requis pour assurer les missions de coordination attendues sur l'EHPAD, en proposant au préalable au médecin en poste d'augmenter son temps de travail sur frontaux et/ou de le répartir différemment sur les 4 EHPAD [REDACTED]</p>	<p>D. 312-158 CASF D. 312-158 CASF</p>	<p>6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>E 31</p>	<p>3</p>	<p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>

21	<p>Pour développer le travail de coordination et de collaboration entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants, contributif à la continuité des soins médicaux :</p> <p>1° Mettre en place des traces écrites des échanges entre les médecins traitants et le médecin coordonnateur, concernant la prise en soins des résidents (notes manuscrites dans le DM papier, saisie sous TITAN) ; il sera utile le cas échéant de formaliser aussi des CR d'éventuelles réunions de travail commun (protocoles, listes de médicaments préférentiels, ...).</p> <p>2° Veiller à ce que le médecin coordonnateur contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments. En particulier, il devra établir en lien avec le pharmacien référent (à désigner) et les médecins traitants la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique prévue par les dispositions de l'article L. 5126-10 CSP.</p>	<p>D. 312-158- 6° CASF D. 312-158-7° CASF L. 5126-10 CSP</p>	6 mois	Engagement écrit de la direction et du médecin coordonnateur.	E 32 E 33	N		<p>La mission prend acte de la mise en place au 1er trimestre 2024 de la commission de coordination gériatrique pour faciliter notamment la collaboration et le coordination avec les médecins traitants. Elle sollicite le CR de la 1ière commission. La mission précise que la mise en place de la CCG n'est pas suffisante en tant que seule mesure corrective pour répondre aux attendus de la prescription.</p> <p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve à fournir.</p>
22	<p>Afin d'individualiser et d'adapter l'accompagnement et la prise en charge des résidents :</p> <p>1° Formaliser en équipe pluridisciplinaire un projet d'accompagnement personnalisé et partagé pour tous les résidents dans le mois de leur arrivée et assurer sa mise à jour, à échéance régulière, et en fonction de leurs profils et de l'évolution de leurs besoins.</p> <p>2° Elaborer, pour chaque résident, un projet de soins concerté et formalisé, réévalué périodiquement dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé.</p> <p>3° Identifier un référent, interlocuteur privilégié du résident et sa famille.</p>	<p>L. 311-3-3 CASF D. 312-155-0-3 CASF</p>	6 mois	<p>Procédure sur les projets individualisés.</p> <p>Planification des projets individualisés de tous les résidents (initiale et réévaluation sur 2023 et 2024).</p> <p>Planification des projets de soins de tous les résidents (initiale et réévaluation) en lien avec les projets individualisés.</p>	E 29 E 39 R 20	N		<p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>
23	<p>Respecter le mode d'accueil en hébergement temporaire proposée par l'établissement conformément à l'autorisation de fonctionnement délivrée.</p> <p>Structurer l'activité d'hébergement temporaire en formalisant les critères d'admission et de préparation du retour à domicile et en travaillant les partenariats au titre des parcours domicile-répît et transition-domicile des personnes accueillies et l'inscrire dans le volet établissement du projet stratégique et le règlement de fonctionnement.</p>	<p>L. 313-1 CASF L. 313-4 CASF L. 311-8 CASF D. 312-9 CASF</p> <p>Note d'information n°DGCS/SD3A/38/CNSA/DESMS/2021/69 du 15 mars 2021 concernant le cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répît et à l'accueil temporaire</p>	6 mois	<p>Convention de partenariat formalisée avec les acteurs du domicile (SSIAD-ESA-SAAD-futurs services autonomie / AJ-HT / DAC) définissant les modes de travail opératoires (amont, pendant et post-HT).</p> <p>Projet d'accueil spécifique formalisé incluant le plan de retour à domicile intégré au projet d'établissement.</p> <p>Règlement de fonctionnement actualisé intégrant l'HT.</p> <p>Plan de communication partenaires.</p> <p>Livret d'accueil actualisé.</p>	E 1 E 6 R 1 R 2	N		<p>L'activité d'hébergement temporaire de l'établissement est autorisée et doit être structurée pour assurer son accès et l'effectivité de la réponse qu'elle doit apporter aux besoins repérés sur le territoire (répît-post-hospitalisation-préparation de l'HP), dans une logique de complémentarités avec les services à domicile et les services hospitaliers. La formalisation de modes opératoires concertés et partagés est essentielle. Pour rappel, une file active supérieure à 3 usagers par place et par an est fixée au niveau régional pour l'HT classique.</p> <p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>
24	<p>Sur la base du projet validé de direction commune et d'une démarche participative organisée (résidents/familles/professionnels/partenaires), élaborer un projet d'établissement décliné dans ses différentes composantes (projet de soin, projet de vie, projet d'animation, projet architectural, projet social, projet GDR et qualité, projet éthique et SI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en travaillant l'ouverture de l'établissement à et sur son environnement extérieur et les partenariats au titre des parcours des personnes accueillies et de l'efficience organisationnelle (ES support, GHT, GCMS, dispositifs de coordination, CPTS) ; - en détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ; - en présentant le politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. <p>Intégrer un volet relatif à sa mise en œuvre et à son évaluation.</p>	<p>L. 311-8 CASF D. 312-160 CASF</p> <p>RBPP: Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service HAS, 2010</p>	<p>3 mois (éléments de présentation de la démarche)</p> <p>12 mois (PE au sein du projet stratégique actualisé et validé)</p>	<p>Note de présentation de la démarche d'élaboration du PE avec calendriers des travaux.</p> <p>Constitution des groupes de travail interdisciplinaires.</p> <p>Projet d'établissement formalisé.</p> <p>Compte-rendu du CVS et des instances du personnel formalisant leur avis.</p> <p>Tout document attestant des modalités de diffusion en interne et aux partenaires.</p>	E 6 E 7 E 15 R 13	N		<p>La mission prend note de la formalisation des principes de fonctionnement de CODIR mensuels, au sein desquels la réflexion sur les orientations stratégiques de la direction commune et leur déclinaison opérationnelle pour les quatre établissements sera pilotée.</p> <p>La prescription est maintenue et notifiée, dans l'attente des éléments de preuve sollicités.</p>

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Date de mise à jour des mesures : 26/01/2024
Coordonnateur :

Nom établissement : EHPAD Le Château des Crôzes
Adresse : 495 Route du Château des Crôzes
Code postal : 71580
Commune : FRONTENAUD

Recommandations					
Nb	IO	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport E/R	Observations
1		Formaliser précisément les missions et responsabilités de chaque professionnel de l'établissement à travers un organigramme tenu à jour et des fiches de postes et de tâches actualisées et connues des professionnels, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	RBPP: La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 6 R 8	La recommandation est maintenue.
2		Organiser des temps de réunions d'équipes formalisés et réguliers et assurer de manière efficace la circulation optimale des décisions et informations significatives prises par la direction, auprès des personnels, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	RBPP: Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, HAS, 2012 RBPP : La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 5	La recommandation est maintenue.
3		Mettre en place annuellement des formations interdisciplinaires relatives à la promotion de bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance et veiller à ce que l'ensemble des salariés y participent à fréquence régulière et en tant que de besoin, en lien avec leur entretien annuel d'évaluation conformément aux bonnes pratiques professionnelles.	RBPP : La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 9	La recommandation est maintenue.
4		En appui de la mise en place d'un COPIL "démarche qualité et sécurité", se doter d'un logiciel de gestion de la qualité collaboratif pour gérer la documentation et assurer le suivi du plan d'actions via un tableau de bord structuré. Y intégrer un module "événements indésirables".		R 14	La recommandation est maintenue.
5		Recueillir à fréquence annuelle la satisfaction des résidents et de leurs familles et communiquer, au sein des instances et en direction des professionnels, sur les mesures mises en œuvre.	RBPP: Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, HAS, 2008	R 4	La recommandation est maintenue.
6		A l'appui d'une démarche de prévention des risques et de QVCT (qualité de vie et des conditions de travail) basée sur une actualisation de la cartographie des risques professionnels, formaliser un dispositif de soutien psychologique du personnel dans l'établissement dans le respect des bonnes pratiques professionnelles.	RBPP: La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre, HAS, 2008	R 10 R 12	La recommandation est maintenue.
7		Faire bénéficier la cadre de santé d'une formation et de travaux partagés sur le sujet des maquettes organisationnelles et de l'organisation des temps de travail avec d'autres cadres de santé ou IDEC exerçant au sein de la direction commune ou du GCSMS Bourgogne Sud.	ANAP: Organisation des temps de travail (outils)	R 8	La recommandation est maintenue.
8		Structurer au sein de l'établissement la réflexion éthique, en lien avec l'espace régional d'éthique, en appui des pratiques professionnelles et de l'adaptation des projets d'accompagnement personnalisé des résidents ayant des troubles cognitifs. Veiller à inscrire ce volet éthique dans le projet stratégique décliné au niveau de l'établissement.	RBPP: Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, HAS, 2010	R 11	La recommandation est maintenue.
9		Rédiger une procédure de conduite à tenir en situations d'urgences, précisant notamment le recours aux intervenants internes et externes avec leurs coordonnées et l'utilisation du DLU mis à jour et disponible sous TITAN. Mettre à jour et actualiser régulièrement le DLU de chaque résident avec l'appui du MedCo. Former l'équipe soignante à l'utilité et à l'utilisation du DLU, ainsi qu'aux conduites à tenir en cas d'urgences.		R 21 R 22	La recommandation est maintenue.

10	<p>S'assurer de la bonne continuité de la dispensation des médicaments par les officines, soit en attribuant à chaque résident une officine constante, soit en veillant à la transmission des informations concernant le résident et ses traitements en cours lors du changement d'officine. Les informations nécessaires sont notamment l'historique des dispensations de médicaments et les traitements en cours, l'âge, le sexe, le poids, la taille, les antécédents allergiques, les contre-indications. Les pharmaciens doivent être en mesure de recueillir dans le dossier médical personnel (DMP) du résident mais également de celui-ci ou du prescripteur les résultats des analyses biologiques, les états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, le diagnostic établi par le médecin chaque fois qu'ils le jugent nécessaire et notamment dans l'objectif de détecter d'éventuelles contre-indications aux médicaments prescrits. La tenue du dossier pharmaceutique permet aux pharmaciens d'assurer une analyse pharmaceutique prenant en compte l'ensemble des médicaments délivrés.</p>		R 26	<p>La recommandation est maintenue.</p>
----	---	--	------	--