



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Agence Régionale de Santé de Bourgogne
Franche-Comté

Dijon, le **09 NOV. 2023**

Direction de l'inspection contrôle audit

**Le directeur général de l'agence régionale de santé
Bourgogne – Franche-Comté**

A

**Monsieur le Directeur de l'EHPAD Belfontaine
3 Rue Georges Bourgoin
21121 FONTAINE-LÈS-DIJON**

AR N° 2C 177 045 5542 2

Objet : lettre de notification des mesures définitives

PJ : tableau des mesures définitives

J'ai diligenté une inspection au sein l'établissement dont vous assurez la direction, l'EHPAD Belfontaine sis à Dijon, les 25 et 28/04/2023. Lors de ce contrôle, les inspecteurs ont constaté des dysfonctionnements et des manquements graves.

Le 16/05/2023, je vous ai donc adressé un courrier d'injonctions en urgence. Mes services ont été destinataires de vos éléments de réponse datés du 26/05/2023. Ce courrier a été complété d'éléments supplémentaires reçus par courrier électronique les 03 et 04/08/2023.

En date du 20/07/2023, je vous ai adressé le rapport d'inspection ainsi que la liste des actions correctives à mettre en œuvre au sein de votre établissement (tableau de mesures envisagées). 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.

Vos réponses ont été transmises par courriel le 24/08/2023 accompagné de 31 pièces jointes.

Suite à l'analyse de l'ensemble de ces éléments, je vous informe que les injonctions, prescriptions et recommandations figurant sur les tableaux joints en annexe vous sont désormais notifiées.

J'attire votre attention sur le fait que les injonctions envoyées en urgence ont été intégrées dans ces documents.

Il vous appartient de poursuivre vos actions correctives au sein de votre établissement afin de rétablir de façon pérenne, les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge et de l'accompagnement des résidents.

Je vous rappelle l'importance d'assurer la mise en œuvre dans votre établissement des injonctions et des prescriptions et la prise en compte des recommandations qui feront l'objet d'un suivi par :

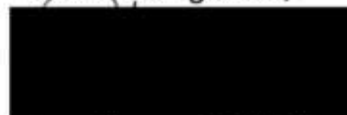


Une inspection pourra être diligentée début 2024 afin de prendre acte des mesures correctives mises en œuvre au sein de votre établissement.

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 de la santé et de la prévention,
- 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,



Jean-Jacques COIPIET

Copie :

Monsieur Christophe ALLIGIER
Directeur Général de l'UGECAM Bourgogne Franche-Comté
3 rue Georges Bourgoin
CS 10021
21121 FONTAINE-LÈS-DIJON

Tableau des mesures définitives
Injonctions immédiates

Date des mesures : 15/09/2023
Coordonnateur : [REDACTED]

Nom établissement :	EHPAD BELFONTAINE
Adresse :	3 Rue Georges Boussoin
Code postal :	21121
Commune :	FONTAINE-LES-CLIGNON

Injonctions						Inj. O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
Nb	3	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir			
1		Assurer la continuité des fonctions de direction de façon à garantir la sécurité et la prise en soins des résidents	Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF)	7 jours	Engagement écrit du gestionnaire à assurer la continuité des fonctions de direction y compris en attente avec évaluation et mise à jour le cas échéant de la procédure d'urgence.	O	15/09/2023	La mission a pris connaissance des documents transmis.
2		La direction de l'établissement doit assurer le respect de l'intégrité et de la sécurité des résidents hébergés dans l'EHPAD conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 et des articles cités ci-dessus en référence du CASF, en renforçant la mise en œuvre de l'encadrement médical et de la coordination par le MEDCO.	Articles D.312-155-0-II, D. 312-156 à D.312-159-I, D.312-160 et 161 du Code de l'action sociale et des familles, article R. 4127-45 du Code de la santé publique.	7 jours	Pour le temps de coordination médicale de 0,6 ETP du MEDCO : contrat MEDCO actualisé sur la partie temps d'activité et signé, planning prévisionnel MEDCO révisé de présence hebdomadaire dédié à la coordination médicale pour les semaines à venir ; Pour les autres observations du constat : Contrat MEDCO actualisé et signé pour les modalités d'exercice et les moyens appropriés à la réalisation des dites missions au sein de l'EHPAD ; Engagement écrit du gestionnaire de l'établissement à s'assurer de l'accessibilité au logiciel TITAN (ou autre) et de la complétude du flux et à mesurer par tous les intervenants l'impact du dossier de soins informatisé.	N		<u>Concernant le Medco</u> : L'Ugecare le 30/06/23 s'engageait dans son plan d'action (action 5) à lancer une ouverture de poste pour 0,3 ETP de MedCo. Or en [REDACTED] Il est nécessaire de maintenir l'injonction d'avoir 0,6 ETP au total de temps médical dédié aux missions de MedCo telles que prévues par le D.312-156 CASF, en recrutant 0,3 ETP de MedCo supplémentaire sauf à ce que le médecin coordonnateur actuel s'engage par écrit à consacrer uniquement aux missions de médecin coordonnateur le temps prévu par son contrat avec l'établissement. <u>Concernant l'accès à Titan - cf. prescription n°6</u> - Aucun élément de preuve n'est fourni à ce jour sur une procédure de création et d'attribution de codes d'accès Titan aux médecins et autres intervenants titulaires ; - Aucun document n'est fourni pour attester de la mise en œuvre d'actions correctrices sur le dispositif même permettant de sécuriser et tracer toutes les informations relatives aux soins et toutes les transmissions entre équipes soignantes, attendues par l'ARS pour 1 mois ; - L'ARS a réitéré et précisé ce point dans son courrier le 3/08/2023 : " Il vous est demandé d'établir un mode opératoire concret et solide permettant de prendre en compte sans délai l'ensemble des prescriptions médicales, qu'elles soient saisies dans Titan ou non (papier-mal-fax) : cela reste d'actualité, et aucun élément ne permet en l'état de lever toute injonction et prescription sur ce thème. <u>L'injonction est notifiée</u>
3		La direction de l'établissement doit organiser la continuité de la prise en charge en soins des résidents hébergés dans l'EHPAD conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF ; En renforçant la présence de professionnels diplômés (parmi les effectifs de l'EHPAD) lorsque des fonctions fonction d'assistance interviennent, et ce dans l'attente de toute mesure permettant de renforcer le nombre de personnels diplômés de façon pérenne, afin d'assurer une couverture en soins garantissant une prise en charge sécurisée du résident, à tout moment de la journée, y compris la nuit et le week-end ; En mettant en place une procédure d'accueil et d'accompagnement des personnels non qualifiés pour une prise de poste rapide et sécurisée.	Article L. 311-3 du CASF ; Article R. 4312-36 du CSP	7 jours	Planning révisé et état des lieux, des présences effectives des personnels permettant d'assurer : - o de la couverture de jour en personnel qualifié pour chaque roulement identifié ; - o de la couverture de la nuit par un binôme de personnels qualifiés aide-soignant diplômés. Éléments attestant de la mise en place d'une réunion mensuelle MEDIC, IDEC, psychologue afin de réguler ou apporter des connaissances aux équipes de soins sur des thématiques telles que bien-être, douleur, soins palliatifs, etc.	N		Les éléments de preuve PL PLANNING AS IDE ont été vus. Compte tenu du turn-over important de la structure seul le mois d'août 2023 sera analysé. La mission fait les constats suivants à la lecture du document fourni : [REDACTED] La mission relève une constitution des équipes (soir et nuit) pour la fonction nursing de près de 80 % de personnel non qualifié ce qui n'est pas satisfaisant et ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge attendu au titre de l'article L. 311-3 du CASF. Par ailleurs, la mission note qu'au départ des infirmières à 17h00, il ne reste souvent que 2 personnes diplômées et qualifiées en soin sur la structure pour prendre en charge les 90 lits d'hébergements autorisés. La mission identifie également une absence de continuité dans la fonction soins la nuit en l'absence de personnel diplômé (le 14, le 15, le 18, le 19, le 20, le 23, le 24, le 28, le 29). La VAM AES ne constitue pas un diplôme et une qualification avant la fin du cursus. [REDACTED] Par conséquent, en l'absence des éléments de preuves suffisantes, le constat reste identique et l'injonction est notifiée.

Tableau des mesures définitives
Injonctions immédiates

Date des mesures : 15/09/2023 Coordonnateur : [REDACTED]		Nom établissement : EHPAD BELFONTAINE Adresse : 3 Rue Georges Boussoin Code postal : 21121 Commune : FONTAINE-LES-CHON						
Injonctions								
Nb	3	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
4		Prévoir la tenue d'analyse des causes et de retours d'expérience concernant les événements indésirables graves survenus dans l'établissement ainsi que l'information aux équipes soignantes en conformité avec les obligations réglementaires en la matière.	Articles R.331.8, L.311.3 du CASP ; Décret n° 2016-1863 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ; Instruction DGS du 17 février 2017 relative aux événements indésirables graves associés aux soins ; Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, et article 434.3 du code de santé.	7 jours	Le calendrier prévisionnel des analyses des causes et des retours d'expérience concernant les EIG et informations des équipes	O	11/09/2023	Il a été transmis à la mission les éléments de preuve attendus en termes de planning des réunions des instances (mis à jour avec réunion mensuelle du CREX prévue jusqu'à fin 2023) et de mise à jour du RI du CREX (datée du 21 08 2023). Il pourrait y être ajouté la liste des fonctions des "invités non permanents" (voquels). Il est cependant attendu, la révision de la procédure/consignes régionales de traitement des FSI par l'Ugcam prouvant la suppression de la validation préalable par le gestionnaire régional des signalements - cf Ecart 6-Préscription 5.
		Renforcer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans l'EHPAD : - Réaliser l'administration et la distribution des médicaments au regard de l'exemplaire original (papier ou informatique) des prescriptions médicales à jour des résidents. La saisie des prescriptions dans Titan par les prescripteurs est à encourager et à privilégier. - Assurer la traçabilité complète de ces administrations de médicaments même si la prescription médicale n'est pas encore retranscrite dans le logiciel TITAN par le médecin coordonnateur. Pour ce faire, il conviendra de disposer d'un dispositif robuste permettant d'éviter toute source d'erreur et permettant d'assurer la transmission des informations entre les équipes soignantes. Il est rappelé que la retranscription des ordonnances médicales par les IDE est prescrite. - Porter systématiquement la date d'ouverture et le nom du résident sur les médicaments multi doses (flacons, gouttes, solutions buvables, collyres, etc.) ; - Sécuriser les conditions de stockage des médicaments en lien avec le pharmacien dispensateur et éviter tout regroupement des traitements nominatifs. Les médicaments non utilisés devront être retournés à la pharmacie. Afin d'éviter tout surstockage, les délivrances des traitements devront prendre en compte à chaque dispensation, les besoins réels et le nombre de boîtes restantes pour chaque résident ; - Adapter le stock des médicaments pour les soins prescrits en urgence à une liste qui sera établie par le pharmacien dispensateur en lien avec le MEDEC ; - Sécuriser la rédaction des ordonnances au sein de l'EHPAD conformément aux obligations réglementaires et encourager leur saisie par les prescripteurs sur Titan.	R. 4312-38 & 42 CSP, R. 4311-7 CSP, L. 5126-30, R. CSP, R. 5126-106 CSP, R. 5126-108 CSP, L. 313-26 CASP.	7 jours	Tout élément attestant de la réalisation de l'administration et de la distribution des médicaments auprès des résidents au regard des prescriptions médicales à jour ; - Consignes écrites et/ou procédurales concernant l'identification de la date d'ouverture sur les spécialités multidoses ; - Copie de l'information aux prescripteurs d'encouragement de la saisie des prescriptions dans Titan ; - Liste des médicaments pour les soins prescrits en urgence datée et signée par le pharmacien conventionné au date prévisionnelle de la séance de travail entre le pharmacien et le médecin coordonnateur pour établir la liste de médicaments pour les soins prescrits en urgence.	N		Même si la mission a pris en compte les éléments transmis, ces derniers ne permettent pas de lever cette injonction. - La gestion et notamment l'identification des médicaments multidoses n'est pas suffisamment complète (le document transmis : "Procédure SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT-P4" ne fait référence qu'aux formes buvables en excluant toutes les autres formes pharmaceutiques, ex collyre, stylo injecteur d'insuline, pommade, etc). - Il a été constaté dans la procédure "Mémorisation du circuit du médicament" que les traitements intercurrents pouvaient être livrés déconditionnés par l'officine. Cette pratique, outre le fait qu'elle soit dangereuse (risque d'erreur) est interdite et fera l'objet d'un point direct de la mission avec le pharmacien. Le mode opératoire permettant de prendre en compte sans délai l'ensemble des prescriptions médicales, qu'elles soient saisies dans Titan ou non (papier multi-fas) n'a pas été transmis. Il s'agit d'un élément indispensable permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins des résidents hébergés dans l'EHPAD. La mission rappelle qu'il a été constaté lors de son inspection en avril 2023 que certains traitements médicamenteux n'avaient pas été pris en compte (ou partiellement) par l'équipe soignante générant une succession d'événements indésirables graves préjudiciables. <u>L'injonction est maintenue.</u>

**Tableau des mesures définitives
Injonctions**

Date de mise à jour des mesures :	15/06/2023	Nom établissement :	EHFAD BELFONTAINE
Coordonnateur :		Adresse :	3 Rue Georges Bourgois
		Code postal :	21121 Commune : FONTAINE-LES-DUON

Injonctions								
Nb	S	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée
1		Disposer pour chaque résident d'une prescription médicale de contention, révisée régulièrement.	L. 311-3 du CASF	8 jours	Éléments de preuve : tableau de suivi des contentions	E12	N	
								<u>L'injonction est notifiée.</u> Une commission "contentions" a été mise en place, animée par le HecCo (1ère réunion le 16/06/23 avec CR transmis comme élément de preuve, réunions mensuelles fixées dans le planning des instances). La mission a pris bonne note par ailleurs que la mise en oeuvre des bonnes pratiques relatives à la contention fait partie des indicateurs suivis dans le Tableau de bord de la direction fourni à l'ARS. Cependant, il était attendu aussi par l'ARS sous 8 jours le tableau de suivi des contentions : non transmis et à faire avec extractions de Titan.
2		Mettre à jour et rendre opérationnels les droits d'accès différenciés aux dossiers informatisés selon les catégories de professionnels (bodes, conventions signées avec les médecins traitants, logiciel fonctionnel)	L. 311-3 du CASF	2 mois	Tout élément permettant d'attester de la mise en oeuvre d'actions correctrices	E13	N	
								<u>L'injonction est notifiée.</u> La mission prend acte des actions réalisées : [REDACTED] Cependant, à ce jour, cela ne répond toujours pas à l'injonction ARS relative à l'accessibilité partagée et sécurisée (y compris à distance), et à la complétude du DSL par les intervenants libéraux. <u>L'injonction reste en vigueur, telle que réitérée et précisée par l'ARS le 3/06/2023 : " Il vous est demandé d'établir un mode opératoire concret et solide permettant de prendre en compte sans délai l'ensemble des prescriptions médicales, qu'elles soient saisies dans Titan ou non (papier-mail-fax)".</u>
3		Compléter et mettre à jour le protocole Douleur de l'EHFAD, avec le cas échéant le recours à des avis experts (EMSP et/ou EMO du CHU) ; S'assurer de son appropriation (MEDCO/DEC/Responsable qualité), avec l'inscription au plan de formation/DDC de formations, à organiser et réaliser le cas échéant avec les équipes expertes.	R.4311-8, R.4312-10, R.4312-15, R.4312-41 et R.4312-42 du CSP O. 312-158 et alinéa 3 de l'article L.311-3 du CASF	Délai de 1 mois pour la mise à jour du protocole et de 3 mois pour la prise en compte au plan de DDC et organisation/planification des sessions de formation.		E14	N	
								<u>L'injonction est notifiée</u> - Le protocole de prise en charge de la douleur est incomplet, et prévoit le recueil de la douleur à l'entrée par une échelle possiblement adaptée. Si le protocole prévoit l'usage de l'EVA, aucune preuve de la mise à disposition des outils à tous les professionnels n'a été fournie. La structure n'exprime pas avoir recours à l'échelle d'olopius, ce qui est inhabituel. De plus le protocole ne prévoit pas la cotation en équipe pluridisciplinaire comme indiqué par les RBP de la HAS, avec la nécessité d'associer un médecin pour l'analyse de la douleur puis sa prise en charge. - Au-delà de la sollicitation d'un intervenant extérieur, pourquoi non recours aux experts EMO ou EMSP dans le cadre conventions CHU 21 à actualiser ?; il sera utile d'assurer des séances de formation pour tous les salariés à l'évaluation et prise en charge de la douleur : à inscrire et à suivre dans le plan DDC 2023 et suivants. - L'injonction ne pourra être levée qu'après la communication d'un protocole douleur complété et d'un planning des sessions de formation organisées sur ce thème. Concernant la formation des personnels, au-delà de la sollicitation d'un intervenant extérieur (généraliste au CH-HCO), la mission se questionne sur le non recours aux experts EMO ou EMSP dans le cadre des conventions avec le CHU 21). Il sera utile d'assurer des sessions de formation pour tous les salariés à l'évaluation et prise en charge de la Douleur (la formation sera à inscrire et à suivre dans le plan DDC 2023 et suivants). <u>L'injonction ne pourra être levée qu'après la communication d'un protocole douleur complété et d'un planning des sessions de formation organisées sur ce thème.</u> La mission a pris bonne note par ailleurs que la prise en compte de la douleur fait partie des indicateurs suivis dans le Tableau de bord de la direction fourni à l'ARS, et allait être inscrit dans le projet d'établissement.

**Tableau des mesures définitives
Injonctions**

Date de mise à jour des mesures :	13/06/2023	Nom établissement :	EHPAD BELFONTAINE
Coordonnateur :		Adresse :	3 Rue Georges Bourgois
		Code postal :	21121
		Commune :	FONTAINE-LES-DUDDON

Injonctions									
Nb	S	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		Procéder à : - Des formations adaptées à la prise en charge de la chute aux professionnels aux regards des résidents accueillis ; - Une évaluation normative du patient ayant chuté comprenant si besoin la surveillance neurologique ainsi qu'une évaluation et une prise en charge de la douleur sur avis médical ; - Une évaluation médicale du résident ayant chuté ; - Une évaluation pluri professionnelle des fiches de chutes en proposant des actions correctives.	L 311-3 du CASF	3 mois	Tout élément permettant d'attester de la mise en œuvre d'actions correctrices	EVS	Abandonnée	13/06/2023	Une commission "Chutes" a été mise en place, animée par le MedCo (1ère réunion le 05/06/23 avec CR transmis comme élément de preuve, réunions mensuelles fixées dans le planning des instances). L'injonction envisagée n'est pas notifiée, et il sera nécessaire dans le suivi de s'assurer des formations sur la thématique prévention/analyse des chutes inscrites et réalisées. La mission a pris bonne note par ailleurs que l'analyse des chutes par le MedCo fait partie des indicateurs suivis dans le Tableau de bord de la direction fourni à l'ARS.

Tableau des mesures définitives
Prescriptions

Date de mise à jour des mesures : Caractéristique :	Nom établissement : Adresse : Code postal :	EHFAD BELFONTAINE 3 Rue Georges Bourdon 21121	Commune : FONTAINE-LES-CLON
--	---	---	--------------------------------

Prescriptions										
N°	ID	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Résultats attendus	Référence rapport E/R	Statut O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
1		Mettre à jour l'organigramme avec une équipe pluridisciplinaire qualifiée répondant aux attentes réglementaires.	L312-1 du CASF	3 mois	Organigramme nominatif date et diplômes des professionnels assurant la fonction d'admission et pour les fonctions fonction rectrice preuve de l'inscription dans une formation qualifiante (VAB etc.).	Mise en conformité	21	N		La prescription est notifiée. La mission prend note des éléments de preuves P1 P2 et P3 ainsi que les mesures du plan transitoire et date du 28/07/2023 et reste dans l'attente des éléments de preuves demandés. En effet, les différents documents fournis sont incomplets et ne permettent toujours pas à la mission de s'assurer que la structure dispose des professionnels qualifiés et engageant les faisant fonctions dans un processus de formation qualifiante. La capacité de la structure à s'assurer de disposer des professionnels qualifiés n'est aujourd'hui toujours pas certaine. Pour information, la mission à Huto pour les personnels extérieurs à la structure ne mesure pas celle-ci de s'assurer de la qualification du professionnel. En l'absence des éléments de preuves.
2		Supprimer les fiches d'administration intitulées « délégation de tâche » à destination des AS et faire en sorte que les médicaments soient distribués la nuit conformément à la réglementation existante, dans le cadre des actes de la vie courante et au regard de l'ordonnance en cours des résidents.	L 4214-4 CSP L 313-26 CASF	8 jours	Détail des modalités mise en œuvre afin de sécuriser la distribution des médicaments la nuit.	Mise en conformité	62	Abandonnée	16/06/2023	La prescription n'est pas notifiée, cependant, la mission fait les observations suivantes : - L'établissement n'a pas transmis d'information relative à l'application des dispositions de l'article L. 313-26 du CASF dans le cas de l'aide à la prise de médicaments par les FAS la nuit ; - La procédure "Sécurisation du circuit du médicament" contient plusieurs erreurs et imprécisions (omission des dispositions de l'article L. 313-26 du CASF, réclamation par AS ou AIS d'actes réservés aux IDE sur prescription). La prescription n'est pas notifiée.
3		S'assurer que tous les IDE salariés de l'EHFAD sont inscrits à l'Ordre des infirmiers. Réaliser l'envoi de la liste nominative des infirmiers à l'Ordre des infirmiers.	L. 4315-15 D. 4311-52-2	3 mois	Tableau de preuve d'envoi	Tous les IDE sont inscrits à l'Ordre	69	Abandonnée	16/06/2023	La prescription n'est pas notifiée.
4		Impliquer toute l'équipe de direction (Directeur, IDEC, MIDCO) dans l'actualisation de la convention HAD avec la Fédération 21, notamment la définition des situations complexes pour lesquelles l'EHFAD pourrait obtenir l'attribution d'une prescription HAD en retour d'hospitalisation d'un résident, ou les situations de résidents pour lesquelles une demande anticipée d'HAD pourrait être soumise par l'EHFAD (démarche MIDCO/IDEC) en lien avec les prescripteurs. Impliquer toute l'équipe de direction (Directeur, IDEC, MIDCO) dans l'actualisation des conventions existantes, et l'élaboration d'une nouvelle convention sur la filière de soins gériatriques (opportunité de conventionner avec l'équipe de gériatrie/EMD du CHU 21, en complément de la convention HFDE) avec la (re)définition des attentes et des modalités d'échanges entre l'EHFAD et ces ES de référence. Organiser des temps d'échanges entre les équipes (directeurs/MIDCO/IDEC avec leurs homologues) pour faire vivre ces conventions, par exemple à la faveur d'une situation complexe type PCF, ou de temps de sensibilisation/formation...	D312-155-6 (1° CASF) D313-158-11 (1° de Medico) R. 6123-26 (participation au réseau des urgences) Instruction DGCS/3A/DGOS/BA/2017/041 du 29 décembre 2017 RFP HAS 2008 – Ouverture de l'établissement à et sur son environnement RFP HAS 2008 – La bierristance : définition et repères pour mise en œuvre RFP HAS 2011 - Programme Qualité de vie en EHPAD (volet 4)	3 mois	Conventions mises à jour et calendrier des temps d'échanges prévus entre les équipes. Toutes les situations où les soins nécessaires aux résidents ne peuvent être satisfaits par les moyens disponibles dans l'EHFAD sont anticipés et résolus par la mise en œuvre d'un réseau de prestataires et de services avec lesquels l'EHFAD aura conventionné.		24	N		La prescription est notifiée. La mission prend note des éléments suivants : - Il est indiqué une réalisation de cette prescription entre septembre et le 31/12/2023, ce qui est acceptable au vu du changement de direction de l'EHFAD en juillet 2023. - L'actualisation et la contribution opérationnelle des conventions passées entre l'EHFAD et les autres structures ne doivent pas reposer sur le seul directeur : le MedCo/IDEC une fois recruté doit être impliqué dans le cadre de ses missions (cf. Art D 312-158 à 11). - L'ARS n'a pas demandé à mettre à jour la convention avec le pharmacien du Sécoc, ni à conventionner avec une autre officine. Les conventions prioritaires à actualiser, signer et à rendre opérationnelles sont celles avec l'HFDE pour les urgences, avec le CHU 21 (EMD, filière de soins gériatriques tant avec les urgences qu'avec la gériatrie et l'EMG) et avec l'HAD (Hadosad 21, Clinique de Talant). L'ARS note avec intérêt la réflexion initiée sur une assistance IDE avec la Clinique de Talant. Les éléments de preuve suivants restent attendus par l'ARS d'ici le 31/12/2023 : conventions mises à jour et calendrier des temps d'échanges prévus entre les équipes de l'EHFAD et celles des structures.
5		Évaluer l'opérationnalité de la procédure et de la conduite à tenir en cas d'ESD et de son annexe, la mettre à jour le cas échéant, et former toutes les équipes dont l'équipe de direction à sa bonne mise en œuvre. Sans préjudice de dispositif d'appui et de promotion du signalement en place, faire évoluer la procédure existante afin qu'aucune validation extérieure à l'établissement avant transmission d'un signalement ne soit exigée par le gestionnaire à ses cadres et salariés quel qu'ils soient. Cette restriction est contraire à la loi.	Article L. 1413-14 CSP article L. 331-6-1 CASF arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales article L. 311-3 du CASF article 434-3 du code pénal	3 mois	Procédure(s) révisé(s) ; Preuves de la diffusion : liste(s) de diffusion émané(s) et comptes rendus de réunions d'information.	Mise en conformité	55 et 56	N		La prescription est notifiée. Concernant la mise à jour de la procédure ESD, il est indiqué que cette partie de la prescription 5 a été réalisée au 26/06/2023, ce la preuve de la révision transmise date de 2021. La procédure de signalement des ESD reste attendue par l'ARS. Il est fourni comme preuve de diffusion de la procédure révisée une feuille d'émargement à deux sessions de sensibilisation à Blangisargis (suivie par un point le 21/07/2023 et par 6 autres le 10/06/23), sans les compte-rendus du contenu de ces réunions : ceux-ci restent attendus par l'ARS. Concernant la validation réglementaire, il est indiqué que cette partie de la prescription 5 a été réalisée au 01/05/2023 ; ce la preuve fournie est un fichier électronique la procédure (comptes rendus de réunions des ESD par l'Agence) ; dans ce fichier, l'onglet légende CRODR fait toujours apparaître un appel de 3 référents au siège pour les ESD (en joint de page : onglet date de fin 2020) ; aucun autre document externe par la mission de l'établissement. Cela ne permet pas donc pas à l'ARS de constater que la validation préalable des signalements par le gestionnaire a été supprimée.

Date de mise à jour des mesures		Nom d'établissement :	HIPAD BELFONTAINE	
Coordonnateur		Adresse :	3 Rue Georges Rouppes	
		Code postal :	21201	Commune : FONTAINE-LES-DUON

Prescriptions										
N°	ID	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Résultats attendus	Référence rapport I/II	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
6		Mettre en place un dispositif fiable et actualisé en temps réel (logiciel ou autre) permettant de sécuriser et tracer les informations relatives aux soins (notamment les prescriptions, traçabilité des administrations), les transmissions entre équipes soignantes, et entre Équipe Soignante et médecins, et former tous les professionnels concernés à la mise en œuvre.	R. 4312-41 R. 4312-38 L. 311-3 du CASP	Délai : 1 mois maximum pour le dispositif et 3 à 6 mois pour la formation	Tout élément permettant d'attester de la mise en œuvre d'actions correctrices	Mise en conformité	E7, E8 et E35	N		La prescription est notifiée Les actions initiées pour former les salariés de l'Équipe à utiliser le DS-Titan sont dans le bon sens, telles qu'énoncées dans le tableau d'actions et dans le courrier de réponse au rapport signé le 24/06/2023 par le DG de l'Agence HFC. Cependant, pour l'équipe soignante interne, elles ne sont initiées que par une feuille d'engagement à 2 sessions de sensibilisation à Titan (3 et 14/06, pour 4 AS et ASH de nuit, fait par TDSH référent) et par la communication des Tutos Titan qui restent aussi affichés en salle de soins ; les actions de formation doivent se poursuivre, sans oublier celles relatives aux intervenants externes. Par ailleurs, aucun document n'est fourni pour attester de la mise en œuvre d'actions correctrices sur le dispositif hébergeant permettant de sécuriser et tracer toutes les informations relatives aux soins et toutes les transmissions entre équipes soignantes. L'ARS a réévalué et précisé ce point dans son courrier le 3/09/2023 : " Il vous est demandé d'élaborer un mode opératoire commun et valide permettant de prendre en compte sans délai l'ensemble des prescriptions médicales, qu'elles soient saisies dans Titan ou non (papier-mat-fact)". Cela reste d'actualité, et aucun élément ne permet en l'état de lever toute objection et prescription sur ce thème.
7		Disposer en lien avec la MECOC, d'un Dossier de liaison d'urgence pour chaque résident contenant les informations utiles et accessibles à tous, et contenant les attendus des RPP de la HAS.	L. 311-3 du CASP R. 4312-41 du CSP Décision n°2015-0158(DC)EMACDAM du 24 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé	2 mois	Tout élément permettant d'attester de la mise en œuvre d'actions correctrices	Mise en conformité	E9	N		La prescription est notifiée En l'absence de transmission d'un nouveau DLU type conforme aux RPP HAS de juin 2015, pour attester de leur mise en œuvre il est nécessaire de demander l'édition papier de 2 DLU liés au site, 4 transparents à l'ARS.
8		Former tous les professionnels de l'EMAD et compo membres de l'équipe de direction à la mise en œuvre de la conduite à tenir en situation d'urgence. Procéder au recatage de l'AFOSU de chaque professionnel de santé concerné.	L. 311-3 et D. 344-5-6 du CASP R. 4312-40 du CSP Article 6 de l'arrêté modifié du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence R. 4312-40	6 mois	Feuille d'engagement des personnels ayant suivi la formation à la nouvelle version de la procédure. Copie de l'AFOSU de moins de 4 ans de chaque professionnel de santé.	Mise en conformité	E10 et E11	N		La prescription est notifiée pour la partie qui n'a pas reçu de réponses satisfaisantes. La procédure d'urgence transmise le 30/05 a été actualisée de manière pertinente en V2 le 22-06-2023. Par contre, la prescription 8 demande aussi à ce que tous les salariés de l'Équipe y soient formés : Manquement de preuve attendu sur ce point (feuille d'engagement) remis attendu par l'ARS. Il est mentionné en annexe de ce plan d'action la feuille d'engagement aux formations AFOSU 1 et/ou 2 prévues pour 3 ESE et 7 AS, avec le CRFP de la Croix-Rouge : formations à poursuivre pour tous dans les équipes soignées.
9		S'assurer que chaque prescription établie pour un résident concernant des mesures d'alimentation adaptée soit effectivement mise en œuvre.	L. 311-3 du CASP et R. 4312-42 du CSP	15 jours	Tout élément permettant d'attester de la mise en œuvre d'actions correctrices	Mise en conformité	E16	N		La prescription est notifiée. La mission prend bonne note qu'une Commission Nutrition mensuelle a été mise en place depuis le 10/06/2023 et que le dépistage de la dénutrition par le MedCo fait partie des indicateurs suivis dans le tableau de bord de la direction. - La prescription de l'ARS reste d'actualité car elle porte sur la mise en œuvre par les équipes des prescriptions médicales en matière d'alimentation elle est faite en premier lieu à l'inscription 2-tours d'actualité telle que préalable par l'ARS dans son courrier du 3/06/2023 : " Il vous est demandé d'élaborer un mode opératoire commun et valide permettant de prendre en compte sans délai l'ensemble des prescriptions médicales, qu'elles soient saisies dans Titan ou non (papier-mat-fact)". - A noter par ailleurs que le protocole Parcours Nutrition daté du 23-06-2023 est à modifier par le MedCo en lien avec les RPP de la HAS/SH de 2021 sur la prise en charge de l'hyperalbuminémie, mais pas un schéma de diagnostic de la dénutrition, mais un schéma de suivi. L'indicateur albuminémie doit être retiré du tableau d'objectifs de la direction.
10		Procéder à la formation de tous les agents affectés aux soins à l'usage et à l'entretien des matériels dont le dispositif.	L. 311-3 du CASP	3 mois	Attestation de formation	Mise en conformité	E17	N		La mission prend note des actions prévues annexes A32-A31-A33 du plan transmis en date du 26/07/2023 et nous dans l'attente des éléments de preuve. La prescription est notifiée
11		Conserver les traitements nominatifs (hors médicaments thermosensibles et stupéfiants) dans des cadres individuels comportant le même niveau d'identification. Classer le regroupement de spécialités, à risque (AVK, hypotenseurs, ...) de non, appartenant au traitement nominatif de résidents.	L. 311-3 du CASP R. 3129-108 CSP R. 3129-109 CSP	1 mois	Procédure(s) révisée(s) ; Preuves de la diffusion : liste(s) de diffusion émise(s) et compte-rendu de réunions d'information ; Photographies des lieux de rangement des médicaments.	Tout médicament présent dans l'EMAD appartenant à l'une des deux catégories : médicaments destinés aux soins prescrits en urgence figurant sur une liste ; médicaments appartenant au traitement nominatif d'un résident, identifiés avec précision et regroupés par résident.	E18	N		Aucun des éléments transmis (notamment la procédure "Sécurisation du circuit du médicament") ne fait référence à la mise en œuvre d'actions correctrices. La prescription est notifiée

Prescriptions

Date de mise à jour des mesures		Nom : Belmontagne Adresse : 3 rue Georges Mourgon Code postal : 21220 Commune : FONTAINE-LEZ-CLICHY
---------------------------------	--	--

Prescriptions										
Nb	ID	Libellé	Fondement juridique	Délai	Éléments de preuve à fournir	Résultats attendus	Référence rapport I/R	Levée O/N/ Abandonnée	Date de la levée	Observations
12		Sécuriser les prescriptions (stupéfiants notamment), lutter contre le mésusage. Sécuriser les administrations des médicaments nécessitant des adaptations de posologie (comme pour les AVK notamment) de façon à ce que chaque changement de dosage soit prescrit par écrit par un médecin, ou soit encadré par un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin. L'utilisation d'un protocole pour un résident donné doit préalablement avoir été autorisée par son médecin.	R. 4311-7 du CSP	1 mois	Protocole révisé Rapport des inspections réglementaires	Sauf urgence, toute administration de médicament et toute modification de posologie d'un médicament est faite à la vue d'une prescription écrite ou d'un protocole écrit, daté et signé d'un médecin. L'application d'un protocole à un résident aura été préalablement approuvée par écrit par son médecin.	E19	N		La prescription est notifiée : Les attendus de la prescription 12 ne portent pas uniquement sur le processus AVK à actualiser, mais sur l'ensemble des protocoles en cours dans l'EHPAD et sur le sécurisation de l'acte infirmier en application du CSP art. R 4311-7 (: "en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin") Or la procédure AVK datée du 10 08 2023 transmise ne paraît pas suffisamment explicite sur ce dernier point : il serait utile de l'amender par exemple comme suit : "Je soussigné, Docteur _____, par le présente certifie avoir lu et approuvé ce protocole de surveillance des INR autorisant les ID _____ à gérer les AVK pour : M. / Mme / _____ . A tout moment, en fonction de l'état clinique du patient, je peux décider de mettre fin à ce protocole et demander d'avoir connaissance de tous les résultats d'INR et des modifications de posologie réalisées. J'ai le _____ le _____ la _____ Signature du médecin. De plus, il a été noté plusieurs erreurs, notamment : - en point 3 (administration des AVK) "L'administration d'un AVK est non uniquement administrée par une ID", - en point 4 (suivi des INR) "Ouvrir tout résultat d'INR, le suivi médical n'est pas infirmier, la procédure relève au point 3 intitulé "En cas de mésusage asymptomatique" (ce qui ne correspond pas au cas général, - L'annexe 1 résumée (avantage à un protocole qu'à une prescription médicale, qui doit répondre à des applications réglementaires spécifiques. Le titre du tableau "INR cible" ne correspond pas aux données figurant dans le dit-tableau. Il s'agit d'avantage de consignes à suivre en cas de résultats INR en dehors de la cible. De plus, le cas de figure d'un INR > 2 (anticoagulation insuffisante) n'est pas envisagé. La procédure "Suivi des AVK" est à revoir en profondeur Par ailleurs l'INR n'est pas une norme mais un des indicateurs de l'efficacité du traitement anticoagulant prescrit, et l'INR doit se situer dans la fourchette de valeurs souhaitées (valeur basse / valeur haute) définies par le médecin en fonction de la pathologie de chaque résident.

**Tableau des mesures définitives
Recommandations**

Date de mise à jour des mesures : Coordonnateur :	15/09/2023 [REDACTED]	Num établissement : Adresse : Code postal :	EHPAD BELFONTAINE 3 Rue Georges Bourgoin 21121	Commune : FONTAINE-LES-DIJOIS
--	--------------------------	---	--	-------------------------------

Recommandations						
Nb	2	Libellé	Référentiel de bonnes pratiques	Référence rapport E/R	Levée O/N/ Abandonnée	Observations
1		S'assurer de l'inscription dans le plan de DDC/formation des thématiques prévention/maltraitance, évaluation et prise en charge de la douleur, prise en charge des soins de fin de vie, au bénéfice de toute l'équipe soignante. Pour les thèmes évaluation et prise en charge de la douleur, prise en charge des soins de fin de vie, l'EMSP pourrait utilement être sollicitée, ainsi que le cas échéant l'EMG équipe mobile de gériatrie du CHU. Mettre à jour les protocoles et procédures (travail conjoint IDEC/MEDCO et équipe) et s'assurer de leur appropriation tant par les salariés que par leurs remplaçants lors de leur accueil en poste.		R1	N	Cf. injonction 3 pour la formation "douleurs". Pas de réponses sur les autres thématiques
2		Développer un réseau partenarial avec d'autres EHPAD de la région (mutualisation d'une IDE d'astreinte la nuit, échanges de bonnes pratiques sur différentes thématiques dont organisationnelles, ...) et le cas échéant en inter-régional avec des EHPAD de l'UGECAM.		R2	O	La mission prend bonne note des actions engagées par la direction pour structurer des partenariats avec les autres Ehpad gérés par l'Ugcam, et avec la clinique B Joly pour mise en place d'astreintes IDE mutualisées.
3		Adhérer au RéQua, structure régionale d'appui qualité sécurité pour les Établissements de santé et médico-sociaux (Cf. Chapitre 2 ci-dessous) qui pourrait utilement aider l'EHPAD en termes de mise à jour et d'appropriation des procédures/protocoles, de formations et d'échanges avec d'autres EHPAD, de développement d'une culture sécurité, de réalisation de débriefing, de CREX et retours d'expérience.		R3	O	La mission prend bonne note de la demande d'adhésion de l'Ehpad au RéQua et d'une 1ère rencontre de définition des besoins organisée le 29 08 2023 entre les 2 directeurs.
4		Inscrire au plan de DDC la formation, à renouveler régulièrement, de toutes les équipes dont l'équipe de direction à la bonne mise en œuvre du circuit de de signalement des EUI/IG.		R4	N	La mission prend bonne note des actions engagées pour former toutes les équipes de l'Ehpad à la bonne mise en œuvre du signalement des EUI/IG. Toutefois l'ARS rappelle sa prescription (qui reste d'actualité) de supprimer toute validation préalable par le siège avant signalement des EIG aux autorités ; en effet à ce jour la preuve fournie est un fichier décrivant la procédure/consignes régionales de traitement des FSEI par l'Ugcam ; dans ce fichier, l'onglet logigramme CRQDR fait toujours apparaître un appel de 3 référents au siège pour les EIG (en pied de page : onglet daté de fév.2020) avant toute déclaration externe par la direction de l'établissement. Cela ne permet pas donc pas à l'ARS de constater que la validation préalable des signalements par le gestionnaire a été supprimée.
5		Développer la place de la commission de coordination gériatrique (si possible organiser plus d'une réunion annuelle, faire une communication anticipée sur l'ordre du jour et les attendus pour réunir plus de participants, prévoir des thèmes d'intervention invitant des partenaires extérieurs comme l'EMG ou l'EMSP du CHU 21)		R5	O	La mission prend bonne note de la programmation dans le planning des instances de 2 réunions de la CCG : juillet et en novembre 2023; toutefois elle s'interroge sur leur tenue au réel, vu que le CR de celle prévue en juillet n'est pas transmis et qu'il est annoncé dans ce plan d'action que la prochaine réunion est en décembre 2023. Au delà, la mission incite la direction et le MedCo à en faire la promotion en amont auprès des intervenants libéraux pour optimiser leur participation en nombre.
6		Mettre en œuvre pour chaque salarié qui n'est pas professionnel de santé une formation aux gestes et soins d'urgence AFGSU1.		R6	O	Il est transmis en annexe de ce plan d'action la feuille d'émargement aux formations AFD5U 1 et/ou 2 prévus pour 3 IDE et 7 AS, avec le CRFP de la Croix- Rouge ; les formations sont donc à poursuivre pour l'ensemble des équipes soignantes.
7		Réaliser la rédaction des directives anticipées sans y faire apparaître de limite de validité.		R7	O	La mission prend note de la mise en œuvre de la suppression des limites de validité de tous les documents de DA d'ici le 31 12 2023.
8		Élaborer un protocole d'évaluation et de prise en charge de la dénutrition déclenchant les RBPP, et former les équipes à son application. Tracer dans les supports informatisés partagés la pesée régulière (à minima mensuelle) et toutes les prescriptions médicales relatives à la nutrition des résidents.		R8	O	La mission prend note que la thématique Nutrition et prévention de la dénutrition va être inscrite au plan de DDC 2023 (à poursuivre), et que le dépistage de la dénutrition par le MedCo fait partie des indicateurs suivis dans le tableau de bord de la direction. Cependant l'ARS réitère que le protocole Parcours Nutrition daté du 23 08 2023 est à modifier par le MedCo en lien avec les RBPP de la HAS/SFN de 2021 sur la partie diagnostic (l'hypoalbuminémie n'est pas un critère de diagnostic de la dénutrition, mais un critère de sévérité).
9		Mettre en œuvre un accès du personnel soignant à une base de données pharmaceutique.		R9	O	La mission prend acte qu'une base de données "médicaments" existe via Titan. Il importe désormais de faire un rappel de son existence aux équipes soignantes.