

Réf : 2025-DOMS- PPT Nord
Mission n° 2023_HDF_00228



Lille, le

Le directeur général de l'agence régionale de santé

et

le président du conseil départemental

à

Monsieur Martial BEYAERT

Président du CCAS

CCAS de Grande Synthe

Place François Mitterrand

BP 149

59792 Grande-Synthe Cedex

LETTER RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives à la suite de l'inspection du 4 juillet 2023 au sein de l'EHPAD « Zélia Quenton » à Grande-Synthe.

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2023, l'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier que les conditions de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits. Cette inspection a été réalisée le 4 juillet 2023.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 2 septembre dernier.

Par courriel reçu le 6 octobre dernier, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures

correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial Nord de la direction de l'offre médico-sociale et au Département du Nord par le pôle offre contractualisation de la direction de l'autonomie, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que le directeur de l'agence régionale de santé préside.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Pour le président du conseil départemental
et par délégation,
le directeur de l'autonomie



Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures définitives

Inspection du 4 juillet 2023 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Zélie Quenton» situé à Grande-Synthe.

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
	Ecarts	Prescriptions		
E1	Ecart n°1 : le registre des personnes présentes n'est pas conforme aux dispositions de l'article L331-2 du CASF.	Prescription n°1 : mettre à jour le registre des personnes accueillies.	15 jours	
E2	Ecart n°2 : en ne disposant pas de règlement de fonctionnement, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-7 du CASF.	Prescription n°2 : élaborer un règlement de fonctionnement dont le contenu sera conforme aux dispositions du CASF.	3 mois	
E3	Ecart n°3 : en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale... »	Prescription n°3 : soumettre le projet d'établissement pour avis au CVS.	6 mois	
E4	Ecart n°4 : en ne définissant pas les objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement, le projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°4 : inclure dans le projet d'établissement l'ensemble des éléments signalés comme manquants tout au long du rapport d'inspection.	5 mois	
E5	Ecart n°5 : en ne disposant pas d'un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-160 du CASF.	Prescription n°5 : Formaliser un plan bleu.	3 mois	
E6	Ecart n°6 : en l'absence de document formalisant la continuité de la direction, celle-ci ne peut être assurée en l'absence du directeur, ce qui ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents contrairement aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n°6 : formaliser une procédure relative à la continuité de la fonction de direction.	15 jours	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E7	Ecart n°7 : Les comptes rendus fournis ne sont pas tous signés du président du CVS, contrairement aux dispositions de l'article D311-3 du CASF.	Prescription n°7 : soumettre les PV à la signature du président du CVS au fur et à mesure.	Sans délai	
E8	Ecart n°8 : la méconnaissance par le personnel de ses obligations de signalement, les lacunes dans la traçabilité, l'absence d'analyse des situations de maltraitance, de même que l'inexistence de procédures inhérentes ne permettent pas de satisfaire aux obligations telles qu'issues du décret du 21 décembre 2016 et de l'arrêté du 28 décembre 2016.	Prescription n°8 : formaliser une procédure relative au signalement et de gestion des situations de maltraitance, et s'assurer de sa prise de connaissance par les agents.	2 mois	
E9	Ecart n° 9 : l'établissement ne dispose pas d'une politique de gestion du risque formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS, ce qui ne permet pas de garantir une qualité de prestation satisfaisante aux résidents au sens de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n°9 : installer une démarche globale de gestion des risques identifiés en EHPAD.	6 mois	
E10	Ecart n°10 : En l'absence de vérification systématique à l'embauche de l'extrait de casier judiciaire, puis de renouvellement régulier de ces vérifications, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription n°10 : réaliser le contrôle des incapacités des agents sans délai et assurer un suivi régulier.	Délai immédiat	
E11	Ecart n°11 : En raison d'une part de l'absence de sécurisation des locaux techniques, et d'autre part de l'encombrement des couloirs, la mission d'inspection ne peut garantir le respect de la sécurité des résidents (article L311-3 du CASF)	Prescription n°11 : sécuriser les accès aux locaux techniques et désencombrer les couloirs.	Sans délai	
E12	Ecart n°12 : Les appels réalisés pendant l'inspection n'ont pas abouti et aucun soignant ne s'est déplacé, ce qui constitue un risque pour la sécurité des résidents.	Prescription n°12 : assurer un rappel aux équipes en ce sens dans l'immédiat et à intervalles réguliers en tant que de besoin, en mettant en place des contrôles inopinés ou en suivant le temps de réponse via les outils d'appel.	15 jours	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E13	Ecart n°13 : Le consentement éclairé du résident n'est pas systématiquement recherché, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.	Prescription n°13 : Sensibiliser l'ensemble du personnel sur cette thématique et intégrer cette notion au sein des outils de la Loi 2022.	3 mois	
E14	Ecart n°14 : en ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription n°14 : formaliser les projets personnalisés des résidents (de vie et de soins) dans les délais impartis par le CASF et assurer leur mise à jour régulière en tant que de besoin et a minima une fois par an.	6 mois	
E15	Ecart n°15 : L'absence de communication formalisée autour des plannings et les modifications apportées entraîne un risque d'absentéisme important, ce qui ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité du résident prévue dans les dispositions de l'article L311-3 3° du CASF.	Prescription n°15 : revoir les modalités de transmission de l'information relatives aux modifications de planning.	15 jours	
E16	Ecart n°16 : L'insuffisance de prise en compte des rythmes de la journée ne permet pas de garantir au résident une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins (article L311-3 du CASF).	Prescription n°16 : Réaliser une revue des pratiques professionnelles afin de répondre, dans la mesure du possible, aux rythmes et habitudes de vie des résidents.	1 mois	
E17	Ecart n°17 : L'existence de contentions en dehors d'un protocole formalisé ne permet pas de garantir le respect des recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004 (liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité) et les dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n°17 : formaliser un protocole relatif aux contentions et s'assurer de la prise de connaissance des agents, et veiller à son application à l'ensemble des résidents.	3 mois	
E18	Ecart n°18 : L'insuffisance de formations du personnel concernant la maîtrise de l'utilisation du logiciel soins, des modalités de réalisation des transmissions ciblées et la participation à ces formations basées sur le volontariat des agents ne permettent pas de garantir la qualité de la prise en charge et la continuité des soins des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n°18 : assurer une formation de l'ensemble des professionnels concernés en interne et re sensibiliser les professionnels extérieurs intervenants à l'EHPAD à l'usage des outils soins de l'établissement et y centraliser l'ensemble des informations.	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E19	Ecart n°19 : En ne pouvant disposer d'un accès rapide au dossier informatique Netsoins et de ce fait, en utilisant d'autres supports de transmission d'information, l'établissement augmente le temps agents dédié à ces transmissions et le risque d'erreur lié à un défaut de communication, ne permettant pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents prévues à l'article L311-3 du CASF.			
E20	Ecart n°20 : L'insuffisance de transmission dans le logiciel dédié par l'ensemble des médecins généralistes et paramédicaux libéraux est de nature à générer un risque d'erreur dans la circulation des informations et ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.			
E21	Ecart n°21 : en n'ayant pas développé un dispositif protocolisé de prévention, d'évaluation, de prise en compte et de traitement de la douleur, en lien le cas échéant avec un établissement de santé, l'EHPAD ne satisfait pas aux dispositions de l'article L1112-4 du CSP.	Prescription n°19 : formaliser un protocole relatif à la prise en charge de la douleur, et s'assurer de la prise de connaissance des agents et veiller à son application à l'ensemble des résidents.	3 mois	
E22	Ecart n°22 : il n'existe aucun protocole de collaboration entre IDE et AS/AES daté et signé relatif à l'aide à la prise de médicament. Cette organisation n'est pas conforme aux articles R4311-3 et R4311.4 du code de la Santé Publique (CSP), ainsi que l'article L313-26 du CASF. De plus les AS / AMP / ARS n'ont pas suivi de formation sur la sécurisation du circuit du médicament conformément aux recommandations de la HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017 » p7 : « formation / sensibilisation des personnels sur le risque médicamenteux et sur les conditions dans lesquelles les médicaments peuvent être coupés ou broyés ... ».	Prescription n°20 : formaliser un protocole relatif à la distribution des médicaments et s'assurer de la prise de connaissance des agents et veiller à son application à l'ensemble des résidents.	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés de la fiche de synthèse		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Délai de mise en œuvre effective
E23	Ecart n°23 : Le défaut de transmission et de méconnaissance par les professionnels de procédures validées décrivant les différentes étapes du circuit du médicament ne permet pas à la mission d'inspection de s'assurer du respect des bonnes pratiques et constitue un facteur de risque d'erreur médicamenteuse, ne permettant pas de garantir la qualité des prises en charge prévue aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.			
E 24	Ecart n°24 : L'absence de traçabilité de la température de l'enceinte réfrigérée dédiée au médicament ne permet pas de garantir une conservation conforme au résumé des caractéristiques des produits, et de garantir la qualité des prises en charge prévue aux dispositions de l'article L 31163 du CASF.	Prescription n°21 : mettre en place une traçabilité de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments, y sensibiliser les agents et assurer des contrôles réguliers de sa bonne utilisation.	1 mois	
E 25	Ecart n°25 : dans le local DASRI, un carton de DASRI usagé n'était pas fermé, ce qui n'est pas conforme à l'article R 1335-6 du CSP.	Prescription n°22 : s'assurer du bon usage des contenants DASRI.	Sans délai	
E 26	Ecart n°26 : les informations à caractère confidentiel d'une résidente de l'EHPAD présentent à l'annexe 3 de la convention avec l'HAD de Flandre Maritime contreviennent aux dispositions de l'article L1110.4 du CSP « toute personne prise en charge par un professionnel... a droit au respect... des informations la concernant » et de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n°23 : supprimer les données d'informations personnelles et à caractère médical inscrites dans la convention de partenariat avec l'HAD afin de respecter la réglementation en vigueur.	15 jours	

	Remarques	Recommandations		
R1	Remarque n°1 : l'absence de descriptif de la méthode et de la fréquence de l'évaluation périodique du projet ainsi que l'incomplétude du tableau de bord quant au calendrier et au nom des pilotes de chaque action ne permet pas d'assurer le suivi de la mise en œuvre du projet (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, décembre 2009).	Cf ; prescription n°4		
R2	Remarque n°2 : la rubrique du projet d'établissement relative à la promotion de la bientraitance ne mentionne pas l'analyse des risques.	Recommandation n°1 : cette rubrique pourrait utilement être complétée par une analyse des risques approfondie et étayée au vu des éléments issus de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	5 mois	
R3	Remarque n°3 : l'absence de cohérence entre la réalisée présentée lors des entretiens des agents et la formalisation de l'organigramme dans le positionnement hiérarchique de la cadre de santé est de nature à créer de la confusion dans le management des équipes.	Recommandation n°2 : clarifier le positionnement hiérarchique de l'ensemble des agents de l'EHPAD et mettre en cohérence les différents outils le présentant.	2 mois	
R4	Remarque 4 : en ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet de formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques qui préconisent l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (HAS-ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – décembre 2008)	Recommandation n°3 : mettre en œuvre et inscrire dans les plans de formation pluriannuels des formations relatives à la thématique de la bientraitance à destination de l'ensemble des agents.	6 mois	
R5	Remarque n°5 : l'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM (« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – décembre 2008)	Recommandation n°4 : Engager une réflexion d'équipe sur cette thématique Recommandation n°5 : formaliser les conduites à tenir en cas d'évènements indésirables graves, former le personnel à ces dernières, rendre opérationnels l'analyse et le suivi des EIG, et en assurer la traçabilité.	6 mois	

R6	Remarque n°6 : en ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations (ou signalements ou évènements indésirables) formalisé et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (ANESM »Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008)			
R7	Remarque 7 : l'absence d'exploitation des fiches de signalement des évènements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.			
R8	Remarque n°8 : l'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violences et de maltraitance sur les résidents ne permet pas de garantir que les évènements indésirables font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels.			
R9	Remarque n°9 : l'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation ANESM, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008)	Recommandation n°6 : les fiches de poste des agents doivent être travaillées en équipe et précises, elles doivent notamment indiquer le positionnement hiérarchique clair de chacun ; il s'agira de s'assurer de leur appropriation par les agents.	3 mois	
R10	Remarque n°10 : en ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM : Mission du responsable	Recommandation n°7 : prévoir cette thématique dès le prochain plan de formation et s'assurer de la sensibilisation de l'ensemble des agents.	6 mois	

	d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008)			
R11	Remarque n°11 : l'absence de mise en place d'un dispositif formalisé d'analyse des pratiques, en complément d'autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes, est contraire aux recommandations de bonnes pratiques (page 23 des recommandations de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008)	Recommandation n°8 : mettre en place un dispositif formalisé d'analyse des pratiques.	6 mois	
R12	Remarque n°12 : la procédure d'admission n'est pas formalisée	Recommandation n°9 : formaliser une procédure relative à l'admission et s'assurer de l'appropriation de son contenu par les agents concernés.	3 mois	
R13	Remarque n°13 : l'absence d'évaluation annuelle (a minima) du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins (ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - décembre 2008).	Cf. Prescription 14		
R14	Remarque n°14 : l'organisation des transmissions ne permet pas d'assurer la circulation optimale des informations et ne respecte pas les recommandations de l'ANESM : « afin de ne pas mettre en péril la fiabilité de l'accompagnement des usagers, la mise en place de procédures de transmission d'information rigoureuses est recommandée, sous une forme à la fois orale et écrite ... » (ANESM : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – juin 2008)	Recommandation n°10 : revoir l'organisation des transmissions entre équipes et assurer une traçabilité suffisante des informations entre les équipes.	1 mois	
R15	Remarque 15 : la traçabilité des éléments échangés lors des réunions de service ne permet pas de répondre aux recommandations de l'ANESM : « il est recommandé que les coordinations entre les métiers et entre les professionnels soient formalisées, organisées et périodiquement vérifiées » (ANESM : missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008)	Recommandation n°11 : assurer une meilleure traçabilité des échanges intervenus en réunions d'équipe.	1 mois	

R16	Remarque n°16 : l'absence de protocole décrivant les modalités de prise de décision, de mise en place, de surveillance de contention est un obstacle à la mise en œuvre des recommandations décrites dans le document de l'ANAES « limiter les risques de contention physique de la personne âgée » octobre 2000.	Recommandation n°12 : rédiger en équipe un protocole relatif à la contention et s'assurer de son appropriation par les équipes.	3 mois	
R17	Remarque n°17 : le protocole relatif aux chutes n'est pas élaboré.	Recommandations n°13 : rédiger en équipe un protocole relatif à la prévention et à la prise en charge des chutes et s'assurer de son appropriation par les équipes.	3 mois	
R18	Remarque n°18 : en ne formalisant pas les commissions animation, l'établissement ne favorise pas la participation des résidents à la vie de l'établissement comme indiqué au 2 du III du volet III des recommandations de l'ANESMS : qualité de vie en EHPAD (Développer d'autres forme de participation collective formelle)	Recommandation n°14 : tracer les échanges relatifs aux animations, et assurer un suivi qualitatif du programme proposé.	3 mois	
R19	Remarque n°19 : L'EHPAD ne réalise pas d'évaluation qualitative des animations mises en place.			
R20	Remarque n°20 : Le protocole relatif aux troubles de la déglutition n'a pas été transmis à la mission d'inspection.	Recommandation n°15 : rédiger en équipe un protocole relatif aux troubles de la déglutition et s'assurer de son appropriation par les équipes.	3 mois	
R21	Remarque n°21 : l'absence de transmission de comptes rendus ne permet pas de s'assurer e la réalisation des commissions nutrition ni du suivi des résidents.	Recommandation n°16 : mettre en place une traçabilité des échanges relatifs à la nutrition des résidents.	3 mois	
R22	Remarque n°22 : les protocoles relatifs à la prévention et à la prise en charge de la nutrition / dénutrition et à la réhydratation n'ont pas été transmis à la mission d'inspection.	Recommandation n°17 : rédiger en équipe un protocole relatif à la prévention et à la prise en charge de la nutrition / dénutrition et à la réhydratation, et s'assurer de son appropriation et de son application par les équipes.	3 mois	
R23	Remarque n°23 : la mise en œuvre et l'évaluation des projets de soins individualisés ne s'appuient pas sur un protocole dédié permettant de sécuriser les procédures.	Recommandation n°18 : rédiger une procédure relative à la rédaction et à la révision des projets personnalisés.	1 mois	
R24	Remarque n°24 : les agents référents de thématiques et leurs missions ne sont pas ou peu identifiés.	Recommandation n° 19 : identifier les agents référents thématiques et assurer la promotion de ces références auprès des équipes afin qu'ils soient bien identifiés.	3 mois	

R25	Remarque n°25 : le défaut de document formalisant la procédure relative aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie, et la méconnaissance de ce protocole par les soignants ne garantissent pas le respect des recommandations de bonnes pratiques de la HAS.	Recommandation n°20 : rédiger en équipe un protocole relatif aux soins palliatifs, et s'assurer de son appropriation par les équipes.	3 mois	
R26	Remarque n°26 : il n'y a pas d'évaluation systématique du risque suicidaire à l'entrée d'un nouveau résident.	Recommandation n°21 : mettre en place une évaluation systématique des risques suicidaires à l'entrée des résidents.		
R27	Remarque 27 : le protocole relatif au repérage, à la prévention et à la prise en charge face à un risque suicidaire n'est pas formalisé conformément aux recommandations de bonnes pratiques ANESM « prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement » mai 2014.	Recommandation n°22 : rédiger en équipe un protocole relatif à la prévention du risque suicidaire, et s'assurer de son appropriation par les équipes.	3 mois	
R28	Remarque n°28 : l'ensemble des professionnels ne sont pas formés ou sensibilisés au repérage et à la conduite à tenir en cas de risques suicidaires conformément aux recommandations de bonnes pratiques ANESM « prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement » mai 2014.			
R29	Remarque n°29 : la convention avec la pharmacie de ville n'a pas été transmise.	Recommandation n°23 : Formaliser le partenariat avec la pharmacie sous forme de convention.	1 mois	
R30	Remarque n°30 : la convention DASRI n'a pas été transmise.	Recommandation n°24 : Formaliser le partenariat avec le prestataire en charge du traitement des DASRI.	1 mois	
R31	Remarque n°31 : le réfrigérateur dédié au stockage des médicaments n'est pas exclusivement réservé à cet effet conformément aux recommandations de bonnes pratiques (Cclin sud-ouest, 2006 « préparation et administration des médicaments dans les unités de soins : bonnes pratiques d'hygiène »).	Recommandation n°25 : mettre en place une traçabilité de la température du réfrigérateur conformément aux recommandations de bonnes pratiques et s'assurer que celui-ci soit réservé strictement aux médicaments.	15 jours	
R32	Remarque n°32 : dans le local DASRI, les cartons DASRI usagés sont entreposés avec les cartons propres.	Cf. prescription n°22		
R33	Remarque n°33 : le projet d'établissement n'est pas actualisé au regard des informations et conventions transmises.	Cf. prescriptions n°4		

R34	Remarque n°34 : l'absence de transmission et de formalisation des partenariats avec les acteurs du territoire ne démontre pas l'ouverture suffisante et durable de l'établissement sur l'extérieur et n'est pas conforme avec les recommandations de bonnes pratiques « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » de la HAS (décembre 2008)	Recommandation n°26 : Formaliser les partenariats établis sur le territoire par des conventions de coopération.	6 mois	
R35	Remarque n°35 : l'ouverture de l'établissement sur son environnement médico-social spécifiée dans le projet d'établissement est insuffisamment développé et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec les partenaires de ce secteur.			
R36	Remarque n°36 : les partenariats ne sont pas formalisés avec l'équipe mobile de psycho-gériatrie de la polyclinique de Grande-Synthe et l'équipe mobile de soins palliatifs du CH Dunkerque.			
R37	Remarque n°37 : l'absence de transmission et de formalisation des partenariats avec les acteurs du territoire ne démontre pas l'ouverture suffisante et durable de l'établissement sur l'extérieur et n'est pas conforme avec la recommandation de bonnes pratiques « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » de la HAS (décembre 2008)			