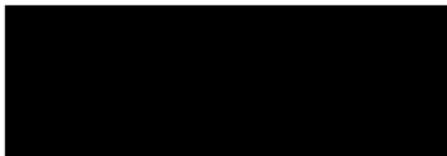


Réf : 2024-DSSE-SDIC-YM
Mission n°2024_HDF_0089



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

à

Madame Carole Bridoux
Directrice générale du centre
Hospitalier de Wasquehal
2 Rue Salvador Allende, 59290
Wasquehal

Lettre recommandée avec accusé de réception

Objet : mesures correctives suite à l'inspection du 13 février 2024 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « résidence le golf », situé au 36 avenue de Flandre à Wasquehal.

A la suite de la réception d'une réclamation à l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-deFrance et dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle 2024, j'ai décidé de diligenter une inspection de manière inopinée au sein de l'établissement cité en objet, en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Cette inspection a été réalisée le 13 février 2024. Elle avait pour objet de vérifier :

- les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD, afin de s'assurer qu'elles ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits,
- la capacité de l'établissement à prévenir et gérer les situations de maltraitance,
- la qualité et la sécurité des soins.

Le rapport d'inspection et le tableau des mesures correctives envisagées vous ont été adressés le 26 novembre 2024.

Par courriels reçus le 6 et le 14 février 2025, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et les mesures correctives envisagées.

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

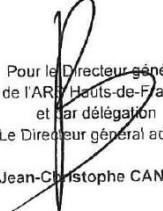
A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui 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.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre le rapport d'inspection au président du conseil de surveillance du centre hospitalier de Wasquehal.


Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)
« Résidence le golf » rattaché au centre hospitalier de Wasquehal, situé au 36 Av. de Flandre, 59290
Wasquehal En date du 13 février 2024.

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre demandé
P1	<p>Ecart n°1 : Le règlement de fonctionnement et les tarifs des prestations ne sont pas affichés dans l'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.311-34 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°3 : En l'absence d'affichage, les comptes rendus du conseil de la vie sociale ne sont pas aisément consultables par les résidents, les familles et les représentants légaux. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.311-32-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 1 :</p> <p>Afficher le règlement de fonctionnement, les tarifs des prestations et les comptes rendus du CVS au sein de l'établissement.</p>	Levée

P2	<p>Ecart n°2 : L'EHPAD « résidence le golf » ne dispose pas de son propre projet d'établissement comportant un projet de soins, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-8 et D311-38 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Prescription 2 :</p> <p>Elaborer un projet d'établissement propre à l'EHPAD « résidence le golf » avec ses composantes réglementaires portant notamment sur les axes suivants : un projet de soins, un volet prévention, un volet soins palliatifs, un volet animation, un volet bientraitance, un volet formation et un volet plan bleu.</p> <p>Les axes mentionnés cidessus doivent être déclinés sous forme d'objectifs comportant des indicateurs pondérables. Un processus d'évaluation doit être également planifié à court et à moyen terme.</p> <p>Ces documents doivent être réalisés dans un cadre</p>	6 mois
----	--	--------

	coordonné entre les différentes catégories de professionnels.	
--	---	--

P3	<p>Ecart n°4 : En l'absence de communication d'enquête de satisfaction portant sur l'année 2023, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D311-21 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 3 :</p> <p>Transmettre l'enquête de satisfaction portant sur l'exercice 2023.</p>	1 mois
----	---	---	--------

P4	<p>Ecart n°5 : L'établissement ne signale pas systématiquement aux autorités (agence régionale de santé et conseil départemental) tous les EIGS (événements indésirables graves liés aux soins), tels qu'une TIAC en 2023 (toxi-infections alimentaires collectives), des erreurs d'administration de médicaments, ce qui contrevient aux dispositions des articles R.4311-5-42° et R.1413-68 du code de la santé publique, L.331-8-1, R.331-10 et l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles. Cette organisation n'est pas conforme également avec les dispositions de l'article 5 de l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une</p>	<p>Prescription 4 :</p> <p>Signaler sans délai aux autorités les EIGS.</p> <p>Organiser des RETEX en présence de l'ensemble des professionnels susceptibles d'être confrontés aux évènements faisant l'objet de ces RETEX.</p> <p>Elaborer chaque année :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une cartographie des risques propres à la population accueillie et des plans de gestion des risques, -un RAMA. <p>Sensibiliser tous les professionnels à la prise de connaissance</p>	Levée
----	--	--	-------

<p>pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.</p> <p>Remarque n°5 : Les RETEX (retour d'expérience) relatifs aux EI (événement indésirable) et EIG (événement indésirable grave) ne sont pas réalisés en présence de tous les professionnels susceptibles d'être confrontés à ces événements.</p> <p>Remarque n°6 : L'EHPAD n'a pas élaboré une cartographie des risques spécifiques à la population accueillie, conformément aux recommandations de l HAS/ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, décembre 2012 », p 50.</p> <p>Ecart n°6 : L'établissement ne produit pas de RAMA (rapport annuel d'activité médicale) portant notamment des indicateurs de la cartographie des risques et des spécificités de la population accueillie et pouvant conduire à des travaux par les professionnels: le nombre d'escarres, le nombre d'hospitalisations en urgence, le nombre d'hospitalisations programmées, le nombre de prescriptions ayant fait l'objet d'une réévaluation, le nombre de résidents sous psychotropes/neuroleptiques/anxiolytiques,</p>	<p>et de l'application des procédures qualité.</p>	
--	--	--

<p>le nombre de formations dispensées par le médecin, le PATHOS, le nombre de résidents en situation de dénutrition ... Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n°9 : Toutes les procédures qualité ne sont pas connues, ni appliquées par tous les professionnels de l'établissement.</p>		
--	--	--

P5	<p>Ecart n°7 : Affecter la nuit deux professionnels dont un agent non-qualifié à la prise en charge des résidents ne permet pas à l'établissement de garantir la qualité et la sécurité des soins aux usagers, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°8 : Des agents de service hospitaliers qualifiés (ASHQ) participent à la réalisation des soins de nursing. Cette organisation est contraire aux dispositions du décret n°2021-1825 du 24/12/2021 portant statut particulier des corps de la filière soignante de la catégorie C de la fonction publique hospitalière.</p>	<p>Prescription 5 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la fin des glissements de tâches au profit des ASHQ, -la présence d'un effectif de professionnels qualifiés et suffisants en nombre le jour et la nuit, -un nombre de professionnels suffisant pour les aides aux 	1 mois
----	---	---	--------

<p>Ecart n°9 : Le nombre d'agents qualifiés (IDE¹, AS, AES et AMP) affectés à la prise en charge des résidents est insuffisant pour offrir aux résidents des soins de qualité dans des conditions de sécurité, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D.312-155-0 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n° 25 : Le nombre de professionnels en charge de l'aide aux repas et les mises en bouches le soir est insuffisant. De plus, les fiches de surveillance des apports alimentaires et hydriques ne sont pas actualisées tous les jours.</p>	<p>repas.</p>	
---	---------------	--

¹ ISG (infirmier en soins généraux).

P6	<p>Remarque n°10 : L'absentéisme et la rotation des professionnels sont importants, sans pour autant faire l'objet d'une analyse des causes en collaboration avec la médecine du travail dans le respect de l'anonymat, ni d'un plan d'actions.</p> <p>Ecart n°10 : La récurrence des absences non remplacées constitue un risque dans la prise en charge des résidents. De plus, les absences imprévisibles et leur non remplacement systématiquement ont fait</p>	<p>Prescription 6 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'analyse des causes de l'absentéisme avec un plan d'actions, -le remplacement systématique des absences imprévisibles. 	3 mois
----	---	--	--------

<p>l'objet de signalements à répétition par les professionnels (cf. ; tableau des FEI 2022/2023). Cette situation à risque est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°14 : Les absences imprévisibles d'IDE ne sont pas remplacées systématiquement. Cette organisation présente un risque pour la sécurité et la qualité des soins. Elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>		
---	--	--

P7	<p>Ecart n°11 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement ne peut pas garantir la réalisation d'une évaluation gériatrique pour chaque nouveau résident admis. Cette situation ne respecte pas l'article D312-58 du CASF et les dispositions du décret N° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Cette organisation ne permet pas à l'établissement de sécuriser le processus d'admission.</p> <p>Ecart n° 12 : L'établissement ne dispose pas d'un médecin coordonnateur depuis plusieurs années. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles D.312-156 et D.312-158 du code de</p>	<p>Prescription 7 :</p> <p>Réaliser systématiquement l'évaluation gériatrique pour chaque nouveau résident.</p> <p>Recruter un médecin coordonnateur afin de sécuriser le processus d'admission et de prise en charge médicale des résidents.</p>	Levée
----	--	--	-------

	l'action sociale et des familles.		
--	-----------------------------------	--	--

P8	<p>Ecart n°13 : Tous les résidents ne disposent pas d'un PAP (plan d'accompagnement personnalisé) comportant notamment : les habitudes de vie, le GIR, les besoins, les soins, les objectifs et les moyens pour les atteindre ainsi que la périodicité d'évaluation. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.312-3 alinéa b, de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles, et non conforme aux recommandations de la HAS-ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpad), août 2018 ».</p> <p>Remarque n°23 : Selon les entretiens, la psychologue ne réalise pas de test d'évaluation cognitive pour chaque résident nouvellement admis.</p>	<p>Prescription 8 :</p> <p>Elaborer pour chaque résident un PAP.</p> <p>Faire réaliser pour chaque résident admis un test d'évaluation cognitive.</p>	3 mois
P9	<p>Ecart n°15 : Les informations paramédicales et de surveillance clinique des résidents ne sont pas coordonnées entre les AS/AES/AMP et les IDE. De plus, les IDE ne supervisent pas le travail de ces derniers, ce qui est contraire aux</p>	<p>Prescription 9 :</p> <p>Mettre en place une organisation structurée garantissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une coordination des 	1 mois

<p>dispositions des articles R.4311-1 et R.4311-4 du code de la santé publique.</p> <p>Ecart n°16 : La surveillance de l'état clinique des résidents ne donne pas lieu systématiquement en cas de problème de santé grave à une demande d'intervention d'un médecin et/ou l'appel du centre 15. La surveillance clinique des résidents n'est pas systématiquement tracée dans le dossier de soins. Cette organisation ne respecte pas les dispositions des articles R. 4312-35 ; R.4311-2 et suivants du code de la santé publique.</p> <p>Ecart n°17 : Les soins techniques dont la réfection de pansements ne font pas l'objet d'un suivi quotidien portant notamment sur l'évolution de l'état des téguments. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R.4311-5 et R.4311-7 du code de la santé publique.</p> <p>Remarque n°28 : Selon les entretiens, le suivi des escarres et du risque d'escarres (prévention et soins) chez les résidents à risque n'est pas structuré : déficit dans la coordination des soins entre les IDE et les</p>	<p>informations entre tous les professionnels y compris les AS/AES/AMP et les IDE,</p> <ul style="list-style-type: none"> -d'une prise en charge en urgence en cas de nécessité et/ou d'un problème grave de santé d'un ou plusieurs résidents, -la traçabilité de la surveillance clinique des résidents dans les dossiers de soins, -d'un suivi quotidien, portant notamment sur les soins de pansements, -d'un suivi des escarres dans un cadre coordonné entre les professionnels et les médecins traitants, -la saisie exhaustive des transmissions écrites, -la mise en place de modalités de prise en
---	--

	AS/AES/AMP d'une part ; et d'autre part entre les IDE et les médecins traitants.	charge et/ou de prescriptions anticipées en	
--	--	---	--

<p>Remarque n°29 : Les transmissions écrites relatives aux actes de soins réalisés et à la surveillance clinique des résidents ne sont pas exhaustives.</p> <p>Remarque n°32 : L'établissement n'a pas mis en place des modalités organisationnelles portant sur la prise en charge des résidents de manière anticipée notamment lors des soins palliatifs ou en urgence, les week-ends, jours fériés et/ou pendant les vacances des médecins. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, septembre 2012 », p 83 .</p>	<p>adéquation avec l'évolution de l'état de santé des résidents.</p> <p>Ces modalités doivent être discutées de manière collégiale avec l'IDEC, les IDE , les médecins traitants et les structures d'offre de soins identifiées pouvant intervenir sur demande et en cas d'urgence.</p>	
--	---	--

P10	Ecart n°18 : Les accès aux produits d'entretien et d'hygiène ne sont pas sécurisés au sein de l'UVA. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et de la famille.	Prescription 10 : Sécuriser les accès aux produits dangereux tels que les produits d'entretien et d'hygiène, notamment au sein de l'UVA.	Dès la clôture de la procédure contradictoire .
-----	---	---	---

--	--	--

P11	<p>Ecart n°19 : Pour planifier les actes de soins, les professionnels consultent les informations issues du logiciel « OSIRIS » et chaque prescription médicale, car les informations issues de ce logiciel ne sont pas exhaustives. Cette organisation comporte un risque par les possibles pertes d'informations sur les actes qui doivent être réalisés par jour et par résident. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 11 :</p> <p>Mettre en place une organisation matérielle permettant aux professionnels d'accéder facilement aux informations portant sur les soins planifiés chaque jour.</p> <p>Sécuriser la réalisation des soins planifiés à réaliser chaque jour pour chaque résident, par notamment la mise en place d'un support adapté de travail.</p>	3 mois
-----	--	---	--------

P12	<p>Ecart n°20 : Lors de l'administration des médicaments, les IDE ne croisent pas les contenus des piluliers avec les prescriptions. Cette organisation comporte un risque d'erreur élevé. Elle est contraire aux dispositions de l'article R.4312-38 code de la santé publique.</p> <p>Remarque n°33 : Les IDE titulaires et remplaçants ne disposent pas d'outils, tels que les photos pour identifier tous les résidents pour notamment l'administration de médicaments (ou en cas d'intervention de professionnels extérieurs).</p>	<p>Prescription 12 :</p> <p>Les IDE doivent croiser les contenus des piluliers avec les prescriptions médicales avant toute administration de médicaments.</p> <p>Elaborer et mettre à la disposition des professionnels un trombinoscope des résidents.</p>	3 mois
-----	---	--	--------

	<p>Ecart n°32 : La coordination des informations entre les IDE et les médecins traitants portant notamment sur les modifications thérapeutiques n'est pas tracée. Cette organisation conduit à des pertes d'informations et présente un risque pour la santé des résidents. Elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 13 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la coordination des informations portant sur les modifications et les réévaluations thérapeutiques entre .</p>	
P13	<p>Remarque n°34 : En l'absence de médecin</p>		

	<p>coordonnateur, la réévaluation thérapeutique des traitements n'est pas abordée, ni structurée entre les IDE et les médecins traitants.</p>	<p>les IDE et les médecins prescripteurs.</p>	
--	---	---	--

P14	<p>Ecart n°22 : Il n'existe aucun protocole nominatif 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 R.4311-3 et R.4311-4 du code de la santé publique, ainsi que l'article L313-26 du code de l'action sociale et des familles. De plus, les professionnels en charge de l'aide à la prise de médicaments ne sont pas formés au circuit du médicament, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017 » : p 7 : « formation/sensibilisation des personnels sur le risque médicamenteux et sur les conditions dans lesquelles les médicaments peuvent être coupés ou broyés. ».</p>	<p>Prescription 14 :</p> <p>Elaborer un protocole nominatif de collaboration entre IDE et AS/AES/AMP daté et signé relatif à l'aide à la prise de médicaments.</p> <p>Les AS/AES/AMP doivent être formés à la sécurisation du circuit du médicament.</p>	3 mois

P15	<p>Remarque n°35 : La liste de dotation pour soins urgents n'est pas signée par un médecin, la procédure relative à cette dotation ne renvoie pas aux modalités de contrôle des dates de péremption (médicaments et dispositifs médicaux).</p> <p>Ecart n°21 : Les dates de péremptions (balance : entrées/sorties) des médicaments, des dispositifs médicaux (DM) et des produits de santé ne sont pas toutes vérifiées et tracées, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R. 4312-38 du code de la santé publique. L'EHPAD n'a pas mis en place une procédure relative à la vérification de ces dates d'une manière régulière et nominative.</p> <p>Remarque n°36 : Tous les médicaments et les produits multidoses ne sont pas identifiés et ne comportent pas tous la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture selon les RCP (résumé des caractéristiques du produit).</p>	<p>Prescription 15 :</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels une liste de dotation pour soins urgents signée par le médecin coordonnateur.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la traçabilité du suivi et contrôle des dates de péremption des médicaments et DM, -l'inscription sur les produits multidoses : l'identité du résident, la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture, -la mise à la disposition des professionnels 	Levée
-----	--	--	-------

	<p>Remarque n°37 : Les professionnels ne disposent pas d'une liste de médicaments à ne pas écraser. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017, p 8 ».</p> <p>Remarque n°38 : La mission a constaté la présence au sein des infirmeries des bouteilles d'oxygène non arrimées, ce qui est contraire aux recommandations du RCP (résumé des caractéristiques du produits, ANSM).</p>	d'une liste de médicaments à ne pas écraser, -l'arrimage des bouteilles à O2 dans un local aéré.	
P16	Ecart n°23 : Les relevés journaliers de la température de tous les réfrigérateurs contenant les produits thermosensibles ne sont pas systématiquement réalisés, ce qui ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents prévue par l'article L.311-3 du CASF.	<p>Prescription 16 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la traçabilité des relevés journaliers de la température de tous les réfrigérateurs contenant les produits thermosensibles.</p>	Levée

P17	<p>Ecart n°25 : La mission a constaté des ruptures dans la livraison de médicaments à l'établissement par la PUI. Cette organisation constitue un risque pour les résidents et elle ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n°40 : La coordination des informations entre les professionnels de l'EHPAD et ceux de la PUI ne permet pas aux résidents de bénéficier de la livraison de leur traitements médicamenteux dans des conditions optimales.</p>	<p>Prescription 17 :</p> <p>Garantir la continuité de la livraison des médicaments prescrits pour les résidents.</p>	Levée
P18	<p>Ecart n°26 : Les IDE n'ont pas adapté le traitement (arrêt des anticoagulants) d'un résident en fonction d'une opération chirurgicale programmée. Cette organisation comporte un risque pour la santé du résident ; elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 18 :</p> <p>Les IDE doivent appliquer sans délai les modifications thérapeutiques ayant fait l'objet de prescriptions médicales.</p>	Levée

P19	<p>Ecart n°29 : La mission a constaté dans les bilans des EIGS 2022/2023 des erreurs de préparation de médicaments, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-2 du code de la santé publique.</p> <p>Ecart n°30 : La mission a constaté dans les bilans des EIG 2022/2023, le signalement de la présence de médicaments classés stupéfiants dans des chambres de résidents, alors que ces médicaments n'ont pas fait l'objet d'une prescription médicale. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°31 : Les bilans des EIG de l'année 2022 et 2023 indiquent la disparition des feuilles de traçabilité relatives à l'administration des produits classés stupéfiants. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article R.4312-35 du code de la santé publique</p> <p>Remarque n°41 : L'établissement n'a pas mis en place sur la période 2022/2023, une démarche qualité et gestion des risques afin d'identifier et de travailler sur les EI et les EIG les plus récurrents (erreurs de médicaments, absences imprévisibles des</p>	<p>Prescription 19 :</p> <p>Les professionnels doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sécuriser le circuit PDA (prescription, dispensation et administration) de tous les médicaments y compris les médicaments classés stupéfiants ; -garantir la vérification en temps réel de toutes les administrations des médicaments, y compris les produits classés stupéfiants ; -la mise en place d'une démarche qualité et gestion des risques en ce qui concerne la sécurisation du circuit du médicament dans sa globalité ; 	Levée
-----	---	---	-------

	<p>professionnels, le défaut de coordination avec la PUI pour la livraison des traitements médicamenteux, disparition des feuilles de traçabilité de l'administration des médicaments ...) et d'y travailler dessus pour éviter leur reproduction dans le temps.</p>		
R1	<p>Remarque n°1 : L'EHPAD ne dispose pas de son propre organigramme permettant aux résidents, aux familles et aux professionnels dont les remplaçants d'identifier notamment les responsables de l'établissements.</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Elaborer et transmettre un organigramme propre à l'établissement. Ce document doit permettre aux résidents, aux familles et aux professionnels dont les remplaçants d'identifier notamment les responsables de l'établissements.</p>	3 mois

R2	<p>Remarque n°2 : Selon les propos recueillis, le directeur et la cadre de santé assurant l'intérim en charge de l'EHPAD ne sont pas présents sur site tous les jours. La fonction de direction en l'absence du directeur n'est pas formalisée.</p> <p>Remarque n°3 : L'établissement n'a pas mis à la disposition des résidents et/ou leur famille un registre de réclamation. De plus, toutes les réclamations et plaintes ne pas lieu à des réponses écrites.</p>	<p>Recommandation 2 :</p> <p>Définir et formaliser la continuité de la fonction de direction.</p> <p>Afficher ces informations au sein de l'établissement.</p> <p>Mettre à la disposition des familles et tuteurs un registre de réclamations.</p>	3 mois
R3	<p>Remarque n°4 : Les professionnels ne disposent pas d'une procédure relative à la gestion des incidents (absence imprévisible d'un professionnel, panne ascenseurs, fuite d'eau ...).</p>	<p>Recommandation 3 :</p> <p>Elaborer et mettre à disposition des salariés d'une procédure relative à la gestion des incidents.</p>	3 mois

R4	<p>Remarque n°7 : L'IDEC ne dispose de formation qualifiante pour remplir ses fonctions en ce qui concerne notamment le management des équipes, le contrôle de la qualité des prestations, la mise en place d'une démarche qualité et risque et le travail sur la coupe PATHOS. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de l HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et</p>	<p>Recommandation 4 :</p> <p>Inscrire l'IDEC à une formation qualifiante.</p>	3 mois
R5	<p>rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008, p 30 ».</p> <p>Remarque n°8 : Selon les entretiens, l'encadrement de proximité n'est pas présent auprès des agents. Cette organisation n'est pas conforme aux pratiques professionnelles de l HAS/ANESM (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008), p28.</p>	<p>Recommandation 5 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la présence de manière régulière de l'encadrement de proximité auprès des agents.</p>	3 mois

R6	<p>Remarque n°11 : L'absence de formalisation précise des missions et responsabilité de chaque professionnel dans une fiche de poste et fiche de missions engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation de l'ANESM/HAS relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – partie II relative à la mise en place d'une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance – Décembre 2008).</p>	<p>Recommandation 6 :</p> <p>Mettre à jour les fiches de postes des AS/AES/AMP en fonction de la</p>	3 mois
----	---	--	--------

	<p>Ecart n°24 : Les fiches de poste des AS/AES mentionnent comme tâches, notamment la distribution des médicaments la nuit et la mise des bas de contention. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R.4311-4, R.4311-7 du code de la santé publique.</p> <p>Remarque n°12 : Les AS/AES n'ont pas été informés sur les nouveaux actes autorisés par le décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021. Ils n'ont pas été formés à réaliser ces actes.</p>	<p>législation en vigueur.</p> <p>Informer ces professionnels sur les actes autorisés.</p>	
--	---	--	--

R7	<p>Remarque n°13 : L'établissement n'a pas désigné de référent bientraitance.</p> <p>Remarque n°14 : L'établissement n'a pas mis en place un programme formation récent portant sur la bientraitance au bénéfice de tous les professionnels.</p>	<p>Recommandation 7 :</p> <p>Désigner un référent bientraitance. Cette personne doit être identifiée par les résidents, les familles et tuteurs des résidents et les salariés.</p> <p>Mettre en place un programme de formation portant sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.</p>	3 mois
----	--	--	--------

--	--	--	--

R8	<p>Remarque n°17 : Les cadres de l'établissement n'organisent pas des visites pour rompre l'isolement des salariés la nuit et les week-ends et contrôler leur travail. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008), p 29.</p> <p>Remarque n°19 : Les conflits et tensions RH (ressources humaines) n'ont pas donné lieu à une analyse des causes et des plans d'actions. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008), p28.</p>	<p>Recommandation 8 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant un meilleur climat social entre tous les professionnels.</p>	3 mois
R9	<p>Remarque n°15 : Selon les entretiens, les demandes de formation des salariés restent souvent sans réponse de la part de la direction. Des besoins en formations sont non satisfaits chez des salariés, en ce qui concerne des thématiques prioritaires,</p>	<p>Recommandation 9 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant l'accès à la formation professionnelle en fonction des besoins</p>	3 mois

	<p>telles que : le refus de soins, la maladie Alzheimer ou les troubles apparentés, les soins palliatifs et les gestes d'urgence.</p>	<p>des salariés, afin de favoriser leur montée en compétence sur des thématiques prioritaires.</p>	
R1	<p>Remarque n°16 : L'établissement n'a pas mis en place un espace d'échanges sur les pratiques professionnelles, ni d'espace de soutien aux professionnels. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations des pratiques professionnelles de l'HAS/ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008 » et l'AHS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008, p 17 ». </p> <p>Remarque n°18 : Selon les entretiens, l'établissement n'a pas mis à la disposition des professionnels suffisamment de matériels d'aide, tels que les verticalisateurs et les lèves malades. De plus, les chambres ne sont pas équipées de rails. Cette organisation impacte de manière négative les conditions du travail.</p>	<p>Recommandation 10 :</p> <p>Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et un espace de soutien et d'écoute.</p> <p>Ces espaces doivent être organisés de manière régulière.</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels le matériel nécessaire à l'exercice de leurs missions, tel que des verticalisateurs et des lèves malades.</p>	<p>3 mois</p>

R11	<p>Remarque n°20 : Les denrées alimentaires et boissons conservées dans les réfrigérateurs ne comportent pas toutes la date d'ouverture et la date de fin de consommation après ouverture.</p>	<p>Recommandation 11 : Inscrire sur les denrées alimentaires et boissons conservées dans les réfrigérateurs la date d'ouverture et la date de fin de consommation après ouverture.</p>	Levée

	<p>Remarque n°21 : Le double système de saisie des transmissions écrites (application OSIRIS et cahier de liaison) présente un risque de perte d'informations portant sur la prise en charge des résidents.</p> <p>Remarque n°22 : Les agents de l'UVA ne participent pas aux transmissions orales. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM</p>	<p>Recommandation 12 :</p> <p>Mettre en place un système de saisie des transmissions écrites ne présentant pas de risque de perte d'information.</p>	
R1			Levée

	<p>(L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009), p14 : « Le soutien, l'organisation et la coordination des professionnels ».</p>	<p>Faire participer les professionnels de l'UVA aux transmissions orales.</p>	
--	---	---	--

R1	3 Remarque n°24 : Les mises en pyjama avant le repas du soir ne respectent pas le rythme de vie de chaque résident, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM (Volet 4, septembre 2012, p39).	Recommandation 13 : Respecter le rythme de vie des résidents, en ce qui concerne notamment les horaires des mises en pyjama.	Levée
R1	4 Remarque n°26 : Selon les entretiens, les feuilles de suivi des selles ne sont pas actualisées de manière régulière. Remarque n°31 : A l'analyse des dossiers de soins, la douleur n'est pas systématiquement évaluée à l'aide d'échelle de mesure à chaque admission.	Recommandation 14 : Mettre en place une organisation garantissant la traçabilité des selles et de la douleur.	Levée

R1	5	<p>Remarque n°27 : Selon les entretiens, tous les professionnels ne sont pas formés aux troubles de la déglutition.</p>	<p>Recommandation 15 :</p> <p>Former les professionnels aux troubles de la déglutition.</p>	Levée
R1	6	<p>Remarque n° 30 : L'absence de jardin thérapeutique n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés en établissement médico-social, février 2009, p21 et p35).</p>	<p>Recommandation 16 :</p> <p>Mettre en place des activités de jardinage thérapeutique au profit, notamment des résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés.</p>	6 mois

		Recommandation 17 : Mettre en place une organisation garantissant : -le nettoyage de la paillasse de l'infirmérie, -l'identification des	
R1	Remarque n°39 : La mission a constaté que la paillasse de l'infirmérie du RDC n'est pas nettoyée et que des 7 médicaments non identifiés sont déposés		Levée

	sur cette paillasse.	boites de médicaments et des médicaments préparés.	