



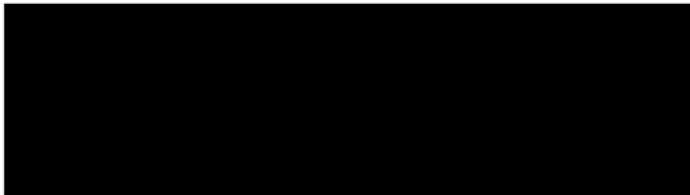
RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
Liberé  
Égalité  
Fraternité



## Le directeur général

Réf : 2023-DOMS-PPT59-JZ

Mission n° 2023-HDF-00028



## Le président du conseil départemental



Lille, le

### Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le directeur général,

A la suite de réclamations reçues par l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France et dans le programme régional d'inspection/contrôle 2023, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) « Résidence Dampierre », situé au n°10 rue Dampierre 59100 Roubaix a fait l'objet d'une inspection en application de l'article L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF), afin de vérifier :

- d'une part si les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement sont de nature à garantir la sécurité et le bien-être des résidents et à prévenir d'éventuels incidents ou actes de maltraitance à leur encontre ;
- d'autre part la sécurisation du circuit du médicament.

Cette inspection a été réalisée de manière inopinée les 14 et 15 mars 2023. A l'issue de cette inspection, nous vous avons adressé le 21 mars 2023 une lettre de mesures immédiates à mettre en œuvre pour remédier aux dysfonctionnements suivants :

- des manquements dans l'hygiène des locaux (chambres et sanitaires des résidents, parties communes) ;

Sébastien Levavasseur  
Directeur général  
UGECAM Hauts-de-France  
CPAM de Lille-Douai ;  
2 rue d'Iéna CS700004 59043 Lille cedex

- des manquements dans la sécurisation des locaux (fenêtres, portes d'accès aux escaliers, présence de médicaments et de dispositifs médicaux dans un tiroir de l'unité de vie protégée (UVP) sans dispositif de fermeture adaptée).

Par votre réponse en date du 31 mars 2023, vous avez apporté une réponse satisfaisante à tous les dysfonctionnements sauf à celui portant sur la sécurisation des fenêtres. Ainsi, si le directeur avait précisé avoir pris les mesures nécessaires pour éviter tout risque de défenestration du public accueilli, il n'avait pas transmis de justificatifs. Ces derniers, bien que demandés dans le courrier en date du 3 septembre 2024, n'ont toujours pas été transmis. Ainsi, nous vous demandons de nous transmettre des éléments des preuves relatifs à la sécurisation des fenêtres dès la réception du présent courrier.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 3 septembre 2024. Par courrier, reçu le 7 novembre 2024, vous avez présenté vos observations concernant le rapport et 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.

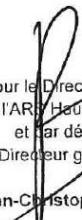
A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe. Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement et par les professionnels du conseil départemental du Nord. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues, ainsi que les documents et justificatifs 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 général de l'agence régionale de santé préside.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le directeur général, l'assurance de notre considération distinguée.

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

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

Pierre Loyer

ARS Hauts-de-France – 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE  
0 809 402 032 - [www.ars.hauts-de-france.sante.fr](http://www.ars.hauts-de-france.sante.fr)

Pièce(s) jointe(s) : le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

ARS Hauts-de-France – 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE  
0 809 402 032 - [www.ars.hauts-de-france.sante.fr](http://www.ars.hauts-de-france.sante.fr)

**Mesures correctives suite à l'inspection des 14 et 15 mars 2023 de l'EHPAD «  
Les Maisons Bleues – Résidence Dampierre », géré par l'UGECAM**

P/R	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place demandé
P1	Ecart 1. En ne disposant pas d'un projet d'établissement et d'un projet de soins de moins de cinq ans, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L 311-8 du CASF.	<p>Prescription 1.</p> <p>Elaborer un projet d'établissement, comportant un projet de soins d'une manière coordonnée entre les professionnels de l'établissement.</p> <p>Le projet de soins doit définir des objectifs portant sur des thématiques de soins et de prévention, avec des indicateurs pondérables. L'établissement doit également mettre en place un processus d'évaluation continue de ces objectifs avec l'ensemble des professionnels.</p>	Levée
P2	Ecart 2. En ne réunissant pas le conseil de vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	<p>Prescription 2.</p> <p>Organiser le renouvellement du CVS conformément à la réforme de 2022 et garantir sa tenue au moins 3 fois par an.</p>	Levée

P3	Ecart 3. En l'absence d'éléments transmis sur la vérification des casiers judiciaires, la mission d'inspection ne peut pas garantir que l'établissement satisfait aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Prescription 3.  Mettre en place un outil relatif à la vérification et à l'actualisation régulière des extraits du bulletin n°3 des casiers judiciaires afin de s'assurer de la capacité et des aptitudes des agents à travailler auprès d'un public vulnérable.	Levée
P4	Ecart 4. Le temps du médecin coordonnateur est de 0,40 ETP, ce qui ne respecte pas les dispositions de l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4.  Augmenter le temps du médecin coordinateur conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF	3 mois

P5	<p>Ecart 5. Des agents (AVS, ASH ou autres) réalisent des soins alors qu'ils n'ont pas pour certains les qualifications requises. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au Décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.</p> <p>Ecart 6. Les IDE ne supervisent pas le travail des AS/AES/AMP, ce qui est contraire aux</p>	<p>Prescription 5.</p> <p>Mettre fin aux glissements de tâches.</p> <p>Organiser la supervision des AS/AMP/AES par les IDE (actualisation des fiches de poste, formation à la supervision, réunions de supervision).</p>	Immédiat
----	---	--	----------

	dispositions de l'article R.4311-4 du CSP.		
P6	Ecart 7. L'insuffisance, voire l'absence de professionnels sur des plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement et de sécurité ne permettent pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du CASF.	<p>Prescription 6.</p> <p>Garantir la présence d'un effectif qualifié et suffisant en nombre d'une manière permanente.</p> <p>Favoriser une gestion des effectifs sur le long terme et organiser la fidélisation des pools de remplacement par la gestion RH en faveur d'une montée en compétences des professionnels.</p>	Levée

P7	<p>Ecart 8. En n'adaptant pas les locaux et le mobilier aux besoins du public accompagné (respect de la dignité et mise en sécurité) l'établissement contrevient aux dispositions de</p>		Immédiat
	<p>l'article L311-3 al 1 du CASF et l'article R431239 du CSP.</p> <p>Ecart 9. Les escaliers ne sont ni identifiés, ni sécurisés entraînant un risque de chute au regard du public accueilli, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</p>	<p><b>Prescription 7.</b></p> <p>Sécuriser les locaux tous les locaux y compris les escaliers et les portes (système de fermeture des fenêtres, retrait des meubles abîmés).</p>	

P8	<p>Ecart 10. En ne mettant pas en œuvre les outils liés au recueil des habitudes de vie des résidents, l'établissement ne garantit pas la qualité et l'individualisation de l'accompagnement des résidents, ce qui ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM - Le projet personnalisé : une dynamique du parcours</p>	<p>Prescription 8.</p> <p>Rendre systématique le recueil des habitudes de vie des résidents à leur entrée dans l'établissement et en prévoir l'actualisation chaque fois que</p>	1 mois
----	--	--	--------

	<p>d'accompagnement (volet EHPAD), août 2018 et article L 311-3 du CASF.</p>	nécessaire	
--	--	------------	--

P9	<p>Ecart 11. La non-participation des IDE aux soins de nursing en cas de besoin (sous-effectif AS/AES) est contraire aux dispositions de l'article R.4311-5 du CSP portant sur le rôle propre des IDE.</p>	<p>Prescription 9.</p> <p>En cas de effectif), les respecter   CSP portant sur leur r contribuant notamment besoin (sous-de nursing. IDE doivent</p>	Immédiat
P10	<p>Ecart 12. Au regard de la charge de travail du personnel dû à l'absentéisme, et dans la mesure où tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé, les rythmes de vie des résidents ne sont pas systématiquement respectés,</p>	<p>Prescription 10.</p> <p>Organiser le fonctionnement des équipes afin de garantir le respect du rythme des usagers, conformément à leur PAP</p>	3 mois
	<p>contrairement aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques.</p>		

P11	Ecart 13. L'absence de décision médicale justifiant d'une admission en UVP conduit à une privation de liberté, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<p>Prescription 11.</p> <p>Conditionner l'entrée en UVP de façon systématique et obligatoire à une décision médicale.</p>	Levée
P12	Ecart 14. En cas d'absence des agents du service de restauration, l'IDEC aide ponctuellement. Or la restauration ne relève pas de ses missions. Son absence ne garantit pas le management des équipes et la surveillance de la qualité des prestations. Cette organisation des repas représente	<p>Prescription 12.</p> <p>Garantir le respect des missions propres à l'IDEC en ce qui concerne notamment le management et l'organisation du travail au quotidien.</p>	Levée

	<p>un risque sur la qualité de la prise en charge des résidents. Elle est contraire aux dispositions de l'article Art. R. 4312-36 du CSP.</p>		
P13	<p>Ecart 15. Tous les résidents ne bénéficient pas d'un PAP (projet d'accompagnement personnalisé), ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF et aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles HASANESM (2012) - « Accompagnement personnalisé de la personne âgée, septembre 2012 ».</p>	<p>Prescription 13.</p> <p>Elaborer et actualiser les PAP des résidents. Cette actualisation doit avoir lieu au moins une fois par an.</p>	1 mois

P14	Ecart 16. En ne mettant pas à jour les plans de tables et ne mettant pas à la disposition des IDE un accès direct au trombinoscope, cette organisation ne	Prescription 14.  Mettre à jour les plans de	Levée
-----	---	--	-------

	permet pas notamment aux intérimaires d'identifier les résidents lors de l'administration des médicaments, constituant un risque d'erreur médicamenteuse, conformément à l'article L 311-3 du CASF.	tables.  Mettre en place une organisation garantissant aux professionnels chargés de l'administration et de l'aide à la prise de médicaments d'avoir un accès rapide aux photos des résidents afin de prévenir tout risque d'erreur.	
P15	Ecart 17. L'organisation relative à la distribution et l'administration des médicaments contrevient aux dispositions des articles R.4311-5 du CSP et L.313-26 du CASF.	Prescription 15.  Revoir et sécuriser l'organisation relative à la distribution et à l'administration des médicaments afin de se conformer aux textes.	Immédiat

P16	<p>Ecart 18. Selon les entretiens, les renouvellements de prescriptions sur place (au sein de l'EHPAD) ne donnent pas lieu à un examen clinique systématique. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R 5132-3 du</p>	<p>Prescription 16.</p> <p>Mettre en œuvre un examen clinique systématique lors des renouvellements de prescriptions au sein de l'EHPAD.</p>	Levée
-----	--	--	-------

	CSP.		
P17	<p>Ecart 19. Le médecin coordonnateur n'a pas suivi de formations en gériatrie ; ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-157 du CASF.</p>	<p>Prescription 17.</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D.312-157 du CASF portant sur la formation du médecin coordonnateur.</p>	3 mois

P18	Ecart 20. L'établissement n'a pas transmis à la mission la convention avec la pharmacie d'officine, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 5126-10 - II CSP.	Prescription 18. Transmettre la convention avec la pharmacie d'officine.	Levée
P19	Ecart 21. Toutes les IDE n'ont pas suivi d'une manière régulière des formations dans le champ du PDC (développement des compétences). Cette organisation est	Prescription 19. Respecter les dispositions de l'article L 4021-3 du CSP relatif au PDC des IDE.	3 mois

	contraire aux dispositions de l'article L 4021-3 du CSP.		
--	--	--	--

P20	<p>Ecart 22.</p> <p>L'établissement est marqué par l'absence de contribution du médecin coordonnateur auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF.</p>	<p>Prescription 20.</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D.312-158 du CASF relatif à la formation des agents aux impératifs gériatriques par le médecin coordonnateur.</p>	3 mois
P21	<p>Ecart 23. L'aide à la prise des médicaments par les AS, AES et AMP n'a pas donné lieu à une formation des AS, AMP, AES, ni à l'élaboration d'un protocole de collaboration entre</p>	<p>Prescription 21.</p> <p>Transmettre un protocole de collaboration entre ces agents et les IDE.</p>	3 mois

	ces agents et les IDE. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.313-6 du CASF.		
R 1	<p>Remarque 1. En ne possédant pas d'organigramme nominatif, conforme à la réalité, ne permettant pas aux professionnels ainsi qu'aux résidents d'appréhender clairement l'organisation des effectifs,</p> <p>l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM (2012) – « Qualité de vie en EHPAD - De l'accueil de la personne à son accompagnement (volet n°1), et le cadre de vie et la vie quotidienne (volet n°2) ».</p>	<p>Recommandation 1.</p> <p>Elaborer un organigramme nominatif précisant les postes occupés ainsi que le nombre d'ETP couvert par chaque poste.</p>	3 mois

R2	Remarque 2. En n'actualisant pas les documents liés à la continuité des fonctions de direction, l'établissement ne garantit pas un fonctionnement optimal et sécurisé dans la prise en charge des personnes accueillies.	Recommandation 2.  Mettre en place une démarche d'actualisation des outils et des modalités de diffusion auprès des agents, des résidents et de leurs familles.	Immédiat
R3	Remarque 3. En n'intégrant pas la gestion des absences imprévues aux tâches dédiées aux agents d'astreinte, l'établissement ne garantit pas la sécurité des accompagnements et met en difficulté les agents effectivement présents	Recommandation 3.  Actualiser les documents permettant la continuité de la fonction de direction en cas d'absence ou d'empêchement du directeur.  Intégrer aux missions du cadre d'astreinte, la gestion des absences imprévues.	Levée

R4	<p>Remarque 4. En n'actualisant pas régulièrement les documents et en n'assurant pas leur communication et leur accessibilité aux agents, aux résidents et à leurs familles,</p>	<p>Recommandation 4.</p> <p>Actualiser les documents relatifs au fonctionnement et aux missions de</p>	3 mois
	<p>l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS (2015) – « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ».</p>	<p>l'établissement et faire une communication auprès des professionnels et des familles.</p>	

R5	<p>Remarque 5. En ne désignant pas de référent bientraitance, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques formulées par la HAS (2012) – « Le déploiement de la bientraitance ; Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD ».</p>	<p>Recommandation 5.</p> <p>Définir un référent bientraitance et formaliser les documents qui tiennent à cette mission.</p>	3 mois
R6	<p>Remarque 6. Les professionnels ne sont pas formés à la qualification des EI et des EIG, ni au processus interne de signalement.</p>	<p>Recommandation 6.</p> <p>Former les professionnels à la qualification des EI et des EIG.</p>	Immédiat

R7	<p>Remarque 7. Il n'a pas été mis en place au sein de l'EHPAD une démarche qualité et gestion des risques au regard de la population accueillie (personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés). Il n'a pas été élaboré une cartographie des risques. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS-ANESM (2012) « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident » - p 10 La prévention et la gestion des risques liés à la santé.</p>	<p>Recommandation 7.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant le signalement des EIG (événements indésirables graves) et des EI (événements indésirables).</p> <p>Mettre en place une politique de la qualité et gestion des risques structurés au sein de l'EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- signalement des EIG,</li> <li>- analyse et traitement de ces EIG,</li> <li>- réévaluation des plans d'actions,</li> <li>- bilans périodiques des EIG,</li> <li>- RETEX avec tous les professionnels susceptibles de vivre les EIG signalés</li> </ul>	Immédiat
----	--	---	----------

R8	Remarque 8. En ne proposant pas d'outil d'expression de la satisfaction des usagers, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS (2021) – « Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en EHPAD et en structures du handicap ».	Levée	
R9	Remarque 9. En ne s'assurant pas de la communication et de l'appropriation par les agents du dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations (ou signalements ou évènement indésirables), l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM (2008) - « Mission du responsable d'établissement et	<p>Recommandation 9.</p> <p>Former et impliquer les professionnels dans la communication et l'appropriation du dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations (ou signalements ou évènement indésirables).</p> <p>Mettre en place un véritable dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations et doléances des résidents et de leurs familles.</p>	Levée



	rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance ».		
--	---	--	--

R10	<p>Remarque 10. En n'organisant pas l'évaluation régulière des agents, l'établissement ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel. Il n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM (2008) - « Les 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</p>	<p>Recommandation 10.</p> <p>Mettre en œuvre une démarche régulière d'évaluation des professionnelles.</p>	3 mois
-----	--	--	--------

	objectifs de prévention de la maltraitance ».		
R11	Remarque 11. L'absence de formalisation précisant 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 11.  Formaliser les missions et responsabilités de chaque professionnel.	3 mois
R12	Remarque 12. Le management de proximité ne supervise pas l'organisation du travail relatif aux toilettes de nursing, douches et levé des résidents.	Recommandation 12.  Redéfinir les missions du manager de proximité et notamment la supervision de l'organisation du travail relatif aux toilettes de nursing, douche et levé des résidents.	3 mois

R13	<p>Remarque 13. En n'organisant pas un système d'accompagnement et de tutorat des nouveaux salariés, l'organisation de l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM (2017) – « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », p 17.</p>	<p>Recommandation 13.</p> <p>Organiser l'accompagnement et le tutorat des nouveaux salariés.</p>	3 mois
R14	<p>Remarque 14. Les arrêts malades ne donnent pas lieu à une analyse globale des causes en collaboration avec la médecine du travail.</p>	<p>Recommandation 14.</p> <p>Mettre en place une démarche d'analyse globale de l'absentéisme en lien avec la médecine du travail.</p>	Immédiat

	Remarque 15. L'établissement n'a pas mis en place des actions de formation portant sur la prévention de la		Immédiat
--	---	--	----------

	<p>maltraitance et la promotion de la bientraitance, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM :</p> <p>« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 8 : « <i>La maltraitance n'est pas un risque hypothétique et lointain mais bien un risque incontournable, consubstantiel des pratiques pour tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier. L'exercice de leur mission appelle donc la conscience de ce risque et la vigilance qu'elle induit</i> »</p>	
--	--	--

R15	Remarque 16. L'EHPAD n'a pas mis en place des outils spécifiques pour évaluer les besoins en formation des		3 mois
-----	---	--	--------

	<p>professionnels. Ainsi, l'absence de dynamique dans le champ de la formation continue à destination de l'ensemble des professionnels ne permet pas « la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées ... en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives » (Recommandations HAS/ANESM : Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – Juin 2008).</p>	<p>Recommandations 15.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant l'évaluation et le suivi des besoins en formation de l'ensemble des professionnels. Le plan de formation doit intégrer ces axes de travail.</p>	
--	---	---	--

R16	<p>Remarque 17. En ne proposant pas d'espace d'expression et de dispositif de soutien psychologique aux agents, l'établissement n'investit pas le volet qualité de vie au travail et ne respecte pas les recommandations de la HAS (2017) – « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins : du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux ».</p>	<p>Recommandation 16.</p> <p>Mettre en place un dispositif favorisant la parole des professionnels.</p>	Immédiat
	<p>Remarque 18. En n'élaborant pas de plan de formation continue, y compris sur l'axe de la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance et sur la sécurisation du circuit des médicaments, à</p>		

	<p>destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer, d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels et ne se conforme pas aux recommandations de l'ANESM (2008) – « Les missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - partie II » et – ANESM (2012) - « Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD », p23.</p>	
--	---	--

R17	Remarque 19. En ne disposant pas d'un extérieur adapté aux personnes en perte d'autonomie, l'établissement ne garantit pas aux usagers le maintien de leurs habitudes de vie et ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques de	Recommandation 17.  Organiser un extérieur (terrasse ; jardin ...) adapté aux personnes en perte	6 mois
-----	--	--	--------

	I'ANESMS « Qualité de vie en EHPAD - volet 2 ».	d'autonomie,	
--	---	--------------	--

R18	<p>Remarque 20. En ne réalisant pas le nettoyage régulièrement, en ne responsabilisant pas les agents quant à la traçabilité des temps de nettoyage des espaces communs, en ne contrôlant pas les prestations et en ne mettant pas en place de démarche d'évaluation l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD de la Direction Générale de la Santé, de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la société Française de Gériatrie et Gérontologie (2007).</p>	<p>Recommandation 18.</p> <p>Garantir aux résidents et aux professionnels des locaux propres.</p> <p>Revoir les termes du contrat d'externalisation du nettoyage des locaux privatifs et retravailler les protocoles internes de bionettoyage des espaces collectifs. Et mettre en place une démarche d'évaluation des prestations, tant à l'interne qu'à l'externe.</p>	Levée
-----	---	--	-------

R19	Remarque 21. La procédure d'admission n'a pas été actualisée depuis 2014 et est incomplète.	Recommandation 19.  Actualiser la procédure d'admission	Levée
R20	Remarque 22. La procédure intitulée « admission et accueil » ne précise pas les missions et tâches de chaque professionnel (médecin, AS, AMP, IDE, IDEC, psychologue...) lors de l'admission de chaque nouveau résident	Recommandation 20.  Préciser la procédure intitulée « admission et accueil » les missions et tâches de chaque professionnel (médecin, AS, AMP, IDE, IDEC, psychologue...)	Levée

	<p>Remarque 23.</p> <p>L'absence d'actualisation annuelle des PAP ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne (Recommandation ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » Décembre 2008).</p>	Cf. Prescription 13	
--	---	---------------------	--

R21	<p>Remarque 24. En n'élaborant pas de projet d'animation et/ou en n'assurant pas sa communication auprès des agents et des résidents, l'établissement ne s'inscrit pas dans une démarche d'adaptation et de diversification des activités en réponses aux besoins des personnes accompagnées.</p>	<p>Recommandation 21.</p> <p>Elaborer un projet d'animation adapté au public accompagné et spécifique, notamment aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.</p>	Levée
-----	---	---	-------

R22	<p>Remarque 25. En n'organisant pas la vie sociale des usagers au travers des activités, en ne prenant pas en compte les attentes de tous les usagers en matière d'activités et en ne proposant pas d'activités à l'UVP, l'établissement ne permet pas aux usagers de continuer à exercer les différents rôles sociaux et à recréer un nouveau réseau social comme préconisé dans les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESMS « Qualité de vie en EHPAD - volet 3 ».</p>	<p>Recommandation 22.</p> <p>Prévoir régulièrement des activités adaptées au public de l'UVP notamment et favoriser les sorties à l'extérieur afin d'encourager les interactions sociales des résidents et de lutter contre l'isolement.</p>	3 mois
-----	--	--	--------

	<p>Remarque 26. En ne prévoyant aucune activité adaptée aux pathologies (Alzheimer notamment) des résidents, l'établissement ne permet pas un accompagnement optimal des personnes accueillies. Le volet animation est insuffisamment investi, ne permettant pas de maintenir les capacités et les acquis des résidents, n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM - « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social », p 21.</p>	Cf. Recommandation 21	
--	---	-----------------------	--

R23	Remarque 27. En n'évaluant pas les activités organisées, l'établissement ne garantit pas la prise en compte et le respect des attentes et des besoins des résidents.	Recommandation 23.  Organiser une démarche d'évaluation des activités afin d'adapter au mieux les plannings aux besoins/attentes des résidents.	3 mois
-----	--	---	--------

R24	Remarque 28.  Remarque 28.  L'absence de transmission des comptes rendus de commission d'animation ne permet pas à la mission d'apprécier l'effectivité de cette commission, conformément aux recommandations de la HAS/ANESM « Volet 3, décembre 2011 », p 37 : « Favoriser la constitution et l'animation de lieux de débats et de participation.	Recommandation 24.  Transmettre les comptes rendus de la commission d'animation.	3 mois
-----	---	--	--------

R25	<p>Remarque 29. En n'organisant pas de temps de transmissions dont les agents assurent la traçabilité, ce qui ne permet pas une circulation optimale des informations et ne facilite ni la continuité des prises en charge ni leur individualisation ainsi qu'en n'organisant pas de réflexion de manière collégiale des prises en charge, l'établissement ne respecte pas les</p>	<p>Recommandation 25.</p> <p>Mettre en place, de façon quotidienne, les temps de</p>	Levée
-----	--	--	-------

	<p>recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (2008) – « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » et de l'ANESM (2011) - « L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile ».</p>	<p>transmission entre professionnels. les</p>	
--	--	---	--

	<p>Remarque 30. En l'absence d'organisation permettant l'évaluation des nouveaux salariés, l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2018 », p17 : « Concevoir et organiser une phase d'accueil et d'intégration individualisée pour</p>		Levée
	Cf. Recommandation 10		

	tous les nouveaux arrivants ».		
--	--------------------------------	--	--

R26	<p>Remarque 31. En ne structurant pas l'accompagnement des résidents aux gestes de la vie quotidienne, l'organisation n'est pas conforme aux recommandations 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 », P 12.</p>	<p>Recommandation 26.</p> <p>Garantir l'accompagnement des résidents dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne.</p>	Levée
R27	<p>Remarque 32. En ne garantissant pas un affichage et une communication accessible à tous les résidents, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'HAS-ANESM, volet 2, juin 2011, P 33 : Donner l'envie de venir en salle à manger et stimuler l'appétit en : « -</p>	<p>Recommandation 27.</p> <p>Mettre en place une communication accessible et visible aux résidents. Celle-ci peut notamment sur les menus, les sorties.</p>	Levée

	<p>affichant en gros caractères le menu du jour dans les différents endroits de passage des résidents dans l'établissement ».</p>		
R28	<p>Remarque 33. En n'organisant pas de réflexion dédiée à l'alimentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles associés, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de laH AS-ANESM(2 009) - « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ».</p>	<p>Recommandation 28.</p> <p>Mettre en place des réflexions et échanges entre les professionnels sur la maladie d'Alzheimer ou de troubles associés,</p>	Levée

R29	Remarque 34. En n'organisant pas de formation portant sur les prises en charge des résidents, telles que le refus des soins ou les comportements problèmes, l'établissement ne respecte les recommandations de la HAS-ANESM (2019) -	Recommandation 29.  Mettre en place des formations portant sur les prises en charge des résidents, telles que le refus des soins ou les comportements problèmes.	3 mois
-----	--	--	--------

	« Analyser et accompagner les situations de refus de soins ».		
R30	Remarque 35. En ne mentionnant pas d'information sur le libre choix du médecin traitant de l'officine de pharmacie, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM.	Recommandation 30.  Ajouter la mention relative au libre choix du médecin traitant et de l'officine dans les documents, tels que le livret d'accueil.	Levée

R31	Remarque 36. En ne disposant pas de protocole relatif à la prise en charge de la douleur, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS-ANESM.	Recommandation 31.  Rédiger un protocole relatif à la prise en charge de la douleur et garantir son appropriation par les professionnels.	Levée
R32	Remarque 37. Tous les agents ne sont pas formés à la prise en charge des soins palliatifs et à l'accompagnement des résidents en fin de vie. Cette situation n'est pas conforme aux recommandations		Levée

	de la HAS-ANESM Volet 4, septembre 2012, P88 : « Incrire dans le plan de formation continue des formations sur les soins palliatifs et la fin de vie, mais également sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress ».	Recommandation 32.  Former les professionnels aux soins palliatifs.	
--	---	---	--

R33	Remarque 38. En ne formalisant pas de convention avec les établissements et services médico-sociaux de son environnement, l'établissement ne garantit la continuité de la prise en soin et de l'accompagnement de ses résidents, contrevenant aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	Recommandation 33.  Engager des démarches pour formaliser des conventions avec les établissements et services médico-sociaux de l'environnement	3 mois
R34	Remarque 39. En n'ayant pas de document attestant de sa participation à une filière de soins gériatrique, pourtant présente sur le secteur, l'établissement ne respecte pas les	Recommandation 34.  Formaliser la participation à la filière de soins gériatrique du territoire.	3 mois
	recommandations de la HAS.		

R35	<p>Remarque 40. L'IDEC n'a pas suivi de formation qualifiante d'IDEC. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention de la maltraitance, décembre 2008, p 30 ».</p>	<p>Recommandation 35.</p> <p>Garantir la formation de l'IDEC par une formation qualifiante spécifique au rôle et missions des IDEC.</p>	Levée
R36	<p>Remarque 41. Le nouveau médecin coordonnateur n'a pas rencontré le pharmacien d'officine pour travailler avec lui, notamment sur les thématiques suivantes : substitution des formes galéniques, l'iatrogénie, la</p>	<p>Recommandation 36.</p> <p>Organiser des rencontres de travail entre le nouveau médecin coordonnateur et le pharmacien, afin d'améliorer</p>	3 mois

	conciliation thérapeutique, l'analyse pharmaceutique, le signalement des retraits de lots, la liste des médicaments non écrasables.	la prise en charge médicamenteuse des résidents	
R37	Remarque 42. L'établissement n'a pas désigné une personne formée chargée de la qualité et la gestion des risques.	Recommandation 37.  Désigner au sein de l'EHPAD un professionnel chargé de la qualité et la gestion des risques et le pilotage de la démarche qualité. Cette personne doit être formée.	Levée
R38	Remarque 43. L'EHPAD n'a pas désigné une personne en charge de la sécurisation de la PECM, et/ou un comité / groupe sur la sécurisation de la PECM.	Recommandation 38.  Désigner une personne formée à la sécurisation du circuit du médicament. Réaliser d'une manière régulière des audits sur la qualité des soins et le circuit du médicament.	3 mois

R39	Remarque 44. L'établissement ne propose pas aux	Recommandation 39.	3 mois
-----	--	--------------------	--------

	professionnels des formations portant sur la PECM et la sécurisation du circuit du médicament.	Diffuser les informations sur les procédures à tous les agents et procéder d'une manière régulière à la maîtrise de celles-ci.	
R40	Remarque 45. La procédure du circuit du médicament ne comporte pas de conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicaments : appel centre 15, médecin coordonnateur, médecin traitant. Elle ne comporte pas d'information sur les voies de signalement à l'ARS, ni sur les RETEX en cas d'erreur.	Recommandation 40.  Inclure dans la procédure du circuit du médicament la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicament.	3 mois

	<p>Remarque 46. Selon les entretiens, toutes les procédures y compris celle sur le circuit du médicament ne sont pas connues par tous</p>	Cf. Recommandation 38.	Levée
	les salariés.		
R41	<p>Remarque 47.</p> <p>L'encadrement de proximité ne réalise pas d'audit qualité, notamment sur le circuit du médicament</p>	<p>Recommandation 41.</p> <p>L'encadrement de proximité doit procéder d'une manière régulière à des audits portant sur la qualité des soins et prestations.</p>	3 mois

R42	<p>Remarque 48.</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place une démarche qualité et gestions des risques structurée : analyse des EIG et des EI, RETEX, bilans, réévaluation des plans d'actions.</p> <p>Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM "Qualité de vie en Ehpad (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident,</p>	<p>Recommandation 42.</p> <p>Mettre en place une démarche qualité et gestions des risques structurée : analyse des EIG et des EI, RETEX, bilans, réévaluation des plans d'actions.</p>	3 mois
-----	--	--	--------

	<p>septembre 2012", p 49 : "La prévention et la gestion des risques liés à la santé".</p>		
--	---	--	--

R43	<p>Remarque 49.</p> <p>L'établissement n'a pas désigné une personne chargée du suivi des EIG au sein de l'EHPAD.</p>	<p>Recommandation 43.</p> <p>Désigner une personne chargée du suivi des EIG au sein de l'EHPAD. Cette personne doit être formée à cette fonction.</p>	Levée
R44	<p>Remarque 50.</p> <p>L'EHPAD ne dispose pas d'une procédure décrivant les modalités d'auto-gestion des traitements par les résidents autonomes telles que prévues dans les recommandations HAS-ANESM, qualité de vie en EPHAD, volet 4, page 43".</p>	<p>Recommandation 44.</p> <p>Mettre en place une procédure décrivant les modalités d'auto-gestion des traitements par les résidents autonomes.</p>	3 mois

R45	Remarque 51. Tous les résidents ayant des troubles cognitifs n'ont pas fait l'objet d'une évaluation médicale structurée et coordonnée entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants.	Recommandation 45.  Mettre en place une évaluation médicale des personnes ayant des troubles cognitifs, structurée et coordonnée entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants	Levée
R46	Remarque 52. L'établissement n'a pas mis en place une évaluation et un suivi des résidents ayant des troubles de la déglutition impliquant le médecin coordonnateur, les médecins traitants et des orthophonistes.	Recommandation 46.  Mettre en place une réévaluation et un suivi des résidents ayant des troubles de la déglutition, par notamment un orthophoniste.	3 mois

R47	<p>Remarque 53. Les changements de traitements ne sont pas structurés entre la pharmacie d'officine et l'EHPAD. En cas de changement d'un traitement, les IDE modifient les piluliers et barrent les noms des médicaments supprimés ; ce qui constitue un risque d'erreur. Les rajouts de traitements donnent lieu à des livraisons de médicaments par la pharmacie. Dans les deux cas (retrait et rajout de traitements), les blisters ne sont pas refaits par la pharmacie d'officine.</p>	<p>Recommandation 47.</p> <p>Mettre en place une organisation structurée entre le pharmacien d'officine et les médecins en ce qui concerne la coordination des informations sur les analyses pharmaceutiques.</p>	3 mois
-----	--	---	--------

	<p>Remarque 54. Les IDE n'ont pas accès au trombinoscope quand elles se déplacent dans la salle de restauration pour la distribution des médicaments. Or, cette organisation constitue un risque en</p>		Levée
	Cf. Prescription 14.		

	cas d'intervention d'IDE intérimaires.		
--	--	--	--

R48	<p>Remarque 55.</p> <p>L'administration et la non-administration des traitements (refus de soins) ne sont pas tracées en temps réel.</p>	<p>Recommandation 48.</p> <p>Tracer en temps réel l'administration et la non-administration des traitements (refus de soins) en temps réel. Les refus de soins doivent faire l'objet d'un partage d'information avec les médecins (médecin coordonnateur et médecins traitants) et d'une prise en charge par la psychologue quand c'est nécessaire.</p>	Levée
R49	<p>Remarque 56. Les professionnels ne consultent pas la liste des médicaments à ne pas écraser. Aucune démarche qualité n'a été mise en place en ce qui concerne la possibilité d'écraser ou ne pas écraser un</p>	<p>Recommandation 49.</p> <p>Les professionnels doivent consulter la liste des médicaments à « ne pas écraser » avant d'écraser les médicaments en cas de nécessité.</p>	Levée

	médicament sécable.		
	Remarque 57. Les analyses pharmaceutiques ne donnent pas lieu à une coordination et une information des médecins prescripteurs par le pharmacien d'officine.	Cf. Recommandation 45.	Immédiat
R50	Remarque 58. Tous les produits multidoses ne comportent pas l'identité, la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture.	Recommandation 50.  Inscrire sur tous les produits multi doses (médicaments, antiseptiques.) la date d'ouverture, la date de fin d'utilisation après ouverture et l'identité du résident.	Immédiat

R51	Remarque 59. Les professionnels ne disposent pas d'une procédure relative à la conduite à tenir en cas d'écart de température en dehors des spécifications préétablies (entre 2 et 8 C° pour les médicaments thermosensibles).	Recommandation 51.  Elaborer et mettre à la disposition des professionnels une procédure relative à la conduite à tenir en cas d'écart de température en dehors des spécifications préétablies (entre 2 et 8 C° pour les médicaments thermosensibles).	Levée
R52	Remarque 60. Absence de procédure concernant l'approvisionnement de médicaments en urgence (notamment les week-ends et jours fériés) notamment en cas de changement de traitement.	Recommandation 52.  Elaborer et mettre à la disposition des professionnels une procédure relative l'approvisionnement de médicaments en urgence (notamment les week-ends et jours fériés) notamment en cas de changement de traitement.  Mettre en place une organisation garantissant la sécurisation des changements de traitements.	Immédiat