

Le directeur général

Lille, le 18 mars 2025

Réf : 2024.DSSSE-SDIC-YM
Mission n° 2024_00102



Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le président,

A la suite de la réception d'une réclamation à l'agence régionale de santé Hauts-de-France et dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle 2024, j'ai décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) « La Compassion », situé au n° 4 bis, rue de la Libération à Chaumont-en-Vexin (60240), en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Cette inspection a été réalisée le 19 mars 2024 et avait pour objectifs de vérifier à travers l'analyse des griefs de la réclamation :

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

Suite à cette inspection, par courrier en date du 8 avril 2024, je vous ai demandé de remédier aux dysfonctionnements portant sur les points suivants :

- circuit du médicament (glissements de tâches, administration des médicaments, suivi des dates de péremption et dispositifs médicaux) ;
- absence de sécurisation de la fenêtre donnant accès à la terrasse du premier étage.

En l'absence de réponse satisfaisante dans votre courrier du 21 avril 2024, je vous ai enjoint par courrier en date du 2 août 2024 à remédier à ces dysfonctionnements.

A l'analyse de votre réponse en date du 12 août 2024, cette injonction a été levée.

Monsieur Jacques Lechêne
Président de l'association La Compassion
N°11, rue Jean Monnet
60000 Beauvais

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures envisagées vous ont été notifiés le 10 décembre 2024.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courrent à compter de la réception de la présente.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du département de l'Oise 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.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection, que je 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.

Je vous prie d'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.

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



Pièce jointe : le tableau des mesures correctives.

Mesures correctives
Inspection du 19 mars 2024
de l'EHPAD La Compassion à Chaumont-en-Vexin

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
P1	<p>Ecart n°1 :</p> <p>En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement de moins de 5 ans avec ses obligations réglementaires, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-7 à L.311-37 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 1 :</p> <p>Mettre à jour le règlement de fonctionnement.</p>	3 mois	
P2	<p>Ecart n°2 :</p> <p>L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement à jour comportant ses axes réglementaires, tels qu'un projet de soins, un volet sur la promotion de la bientraitance, un volet sur les soins palliatifs et un volet sur la formation professionnelle. Cette organisation n'est pas conforme 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 avec ses composantes dont le projet de soins de manière collégiale avec les professionnels. Les axes de travail et les différentes thématiques portant notamment sur les actions de prévention, les soins palliatifs, la politique du médicament, la formation, la bientraitance doivent comporter des indicateurs pondérables et faire l'objet d'un suivi dans le temps.</p>	6 mois	
P3	<p>Ecart n°3 :</p> <p>L'établissement n'a pas communiqué à la mission un document unique, mentionnant les compétences et les missions confiées par délégation à la directrice. Cette</p>	<p>Prescription 3 :</p> <p>Transmettre un document unique, mentionnant les compétences et les</p>	1 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
<p>organisation ne respecte pas les dispositions de l'article D312-176-5 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n°1 : L'établissement n'a pas transmis à la mission la fiche de poste et la fiche de tâches de la directrice. 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), p16.</p>	missions confiées par délégation à la directrice.		
<p>P4</p> <p>Ecart n°4 :</p> <p>En l'absence de CVS, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles D.311-4 et suivants du code de l'action sociale et des familles. De plus, le nombre de réunions annuelles du CV n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311-6 du code de l'action sociale et des familles.</p>	Prescription 4 : Respecter les dispositions des articles D.311-4 D.311-6 du code de l'action sociale et des familles relatives à la mise en place d'un CVS et ses modalités de réunions annuelles.	3 mois	
<p>P5</p> <p>Ecart n°5 :</p> <p>L'établissement ne signale pas systématiquement tous les événements indésirables graves conformément aux dispositions des articles L.331-8-1 (déclaration sans délai de tout EIG) ; R 331-9 ; R 331-10 du code de l'action sociale et des familles et décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p> <p>Remarque n°4 :</p>	Prescription 5 : Respecter les dispositions des articles L.331-8-1 (déclaration sans délai de tout EIG) ; R 331-9 ; R 331-10 du code de l'action sociale et des familles et décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement sans délai des structures sociales et médico-sociales.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
Les signalements d'EI (événement indésirable) ou d'EIGS (événement indésirable grave lié aux soin) ne donnent pas lieu systématiquement un retour d'information à l'ensemble des professionnels susceptibles d'être confrontés aux mêmes EI/EIGS suite à l'analyse réalisée au sein de la structure sur l'évènement.	En cas d'EIGS, organiser des retours d'informations à tous les professionnels concernés.		
P6 Ecart n°6 : Le sous-effectif récurrent ne permet pas à l'établissement d'offrir aux résidents une prise en charge de qualité dans des conditions de sécurité. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 6 : Garantir la présence d'un effectif suffisant en nombre et qualifié de manière continue.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
P7 Ecart n°7 : Les fiches de tâches formalisent des glissements de tâches pour les agents de nuit : elles ne font pas la différence entre personnes qualifiées avec diplôme et les personnes non qualifiées. Cette organisation est contraire aux dispositions. R 4311-4 du code de la santé publique, 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. De plus, les effectifs dédiés aux aides aux repas sont insuffisants au regard des besoins et du nombre de résident. Remarque n°8 : Tous les professionnels de jour et de nuit ne connaissent pas leur fiche de poste et fiche de tâches. Cette organisation n'est	Prescription 7 : Mettre à jour les fiches de postes et fiches de tâches. Ces fiches doivent prendre en compte les actes autorisés et les actes non autorisés pour chaque catégorie de professionnels. Garantir la transmission de ces fiches aux professionnels.	3 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
	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), p22			
P8	Ecart n°8 : Les auxiliaires de vie et des agents de service logistique sans qualification réalisent les mêmes actes de soins que les aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux ; cette organisation est contraire aux dispositions de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Cette organisation ne garantit pas la qualité et la sécurité des soins ; elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 8 : Mettre fin aux glissements de tâches.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
P9	Ecart n°9 : L'établissement n'a pas désigné un référent « activité physique/sport adapté » (APA) formé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-12 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 9 : Désigner un référent APA formé.	3 mois	
P10	Ecart n°10 : L'absentéisme générant des sous-effectifs ne permet pas l'établissement d'offrir aux résidents une prise en charge sécurisée, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles. Remarque n°10 :	Prescription 10 : Garantir le remplacement systématique des professionnels absents de manière imprévisible ou prévisible. Mettre en place un programme sur la recherche des causes de	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

Ecart (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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
L'établissement n'a pas élaboré un programme sur la recherche des causes de l'absentéisme et des arrêts maladie en lien notamment avec la médecine du travail (en respectant le principe de l'anonymat).	l'absentéisme en collaboration avec la médecine du travail toute en respectant l'anonymat. Ce programme doit donner lieu à des plans d'actions spécifiques.		
P11 Ecart n°10 : Contrairement aux dispositions de l'article L.4021-1 du code de la santé publique, l'établissement ne prend pas en compte le principe de la régularité des formations professionnelles pour tous les paramédicaux afin de favoriser la montée en compétence des paramédicaux. Remarque n°12 : Selon les entretiens, les offres de formations ne répondent aux besoins et aux demandes des professionnels. De plus, l'établissement n'a pas communiqué les plans de formation 2022/2023	Prescription 11 : Respecter les dispositions de l'article L.4021-1 du code de la santé publique relatif au développement de compétences des paramédicaux.	3 mois	
P12 Ecart n°12 : Les accès aux produits d'entretiens ne sont pas sécurisés. L'accès aux produits d'hygiène dans l'UVP n'est pas sécurisé. Cette organisation comporte un risque pour les résidents ayant des troubles cognitifs. Elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 12 : Sécuriser les accès aux produits d'entretien et aux produits d'hygiène en fonction des capacités cognitive de la population accueillie.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
P13	<p>Ecart n°13 :</p> <p>Le contrat de séjour communiqué ne comporte pas la mention d'un avenant dans un délai maximum de 6 mois précisant les objectifs et les prestations adaptées. Ce contrat n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n°15 :</p> <p>Le livret d'accueil transmis ne précise pas : le détail des prestations, le libre choix de la pharmacie d'officine, le libre choix du médecin et les coordonnées de l'ARS et du conseil départemental de l'Oise, conformément à l'instruction ministérielle.</p>	<p>Prescription 13 :</p> <p>Mettre à jour le contrat de séjour en respectant les dispositions de l'article D.311 du code de l'action sociale.</p> <p>Mentionner dans le livret d'accueil, le détail des prestations, le libre choix de la pharmacie d'officine, le libre choix du médecin et les coordonnées de l'ARS et du conseil départemental de l'Oise, conformément à l'instruction ministérielle.</p>	1 mois	
P14	<p>Ecart n°14 :</p> <p>Toutes les fugues ne font pas l'objet d'un signalement aux autorités. Cette organisation ne respecte pas les dispositions des articles L.331-8-1 (déclaration sans délai de tout EIG) ; R 331-9, R 331-10 du code de l'action sociale et des familles et décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales. De plus, les professionnels ne disposent pas d'une procédure relative à la gestion des fugues.</p>	<p>Prescription 14 :</p> <p>Signaler sans délai aux autorités les fugues.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
P15	<p>Ecart n°15 :</p> <p>Le nombre de professionnels qualifiés pour les mises en bouches est insuffisant. Cette organisation présente un risque pour les résidents à risque (troubles de la déglutition), ce qui</p>	<p>Prescription 15 :</p> <p>Garantir la présence d'un effectif suffisant en nombre et qualifié pour les mises en bouches.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

Ecart (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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
P16	<p>est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n°19 : Tous les professionnels ne sont pas formés aux troubles de la déglutition.</p>	Former tous les professionnels aux troubles de la déglutition.		
P17	<p>Ecart n°16 : Le temps du médecin coordonnateur est inférieur au temps réglementaire, ce qui n'est pas conforme avec les dispositions de l'article L.312-156 du code de l'action sociale et des familles. Par ailleurs, depuis l'inspection, la réglementation a évolué avec la parution du décret n° 2024-779 du 9 juillet 2024 relatif au nombre de places en EHPAD en deçà duquel la fonction de coordination est occupée par un seul médecin coordonnateur.</p>	Prescription 16 : Respecter les dispositions de l'article L.312-156 du code de l'action sociale et des familles relatives au temps de médecin coordonnateur.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
P18	<p>Ecart n°17 : A l'analyse de 5 dossiers de résidents, la mission n'a pas trouvé l'évaluation gériatrique datée et signée par le médecin coordonnateur à l'admission de ces résidents. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.312-158 alinéa 6 du code de l'action sociale et des familles.</p>	Prescription 17 : Respecter les dispositions de l'article D.312-158 alinéa 6 du code de l'action sociale et des familles relatives à l'évaluation gériatrique pour chaque nouveau résident. Le document attestant cet acte doit être daté et signé par le médecin coordonnateur.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
P18	<p>Ecart n°18 : L'établissement ne produit pas de RAMA (rapport annuel d'activité médicale) de 2023 portant notamment des</p>	Prescription 18 : Elaborer chaque année un RAMA avec un plan d'actions portant sur les constats :	6 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
<p>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, 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 2 du décret ° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p> <p>Remarque n°30 : 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 Eh pad (volet 4).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -besoins des résidents, -formation des professionnels, -plan de gestion des risques (dénutrition, escarres, chutes, hospitalisations en urgence ...). <p>Elaborer une cartographie des risques propre à la population accueillie.</p>		
<p>P19</p> <p>Ecart n°19 :</p> <p>Les IDE ne supervisent pas le travail des AS/AES/AMP. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R4311-4 du code de la santé publique.</p>	<p>Prescription 19 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la supervision des AS/AES/AMP par les IDE, afin, notamment de garantir la circulation des informations, la</p>	<p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>	

Ecart (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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
		sécurité des soins et la coordination des soins.		
P20	<p>Remarque n°32 :</p> <p>Les produits multidoses ouverts (Laroxyl®, Haldol®, Risperdal®, Valuim®, Manotol®, insuline ...) ne comportent pas la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture, conformément à chaque résumé des caractéristiques de chaque produit.</p> <p>Ecart n°20 :</p> <p>Les piluliers ne comportent pas tous les photos des résidents. Les professionnels ne disposent pas d'un trombinoscope pour identifier les résidents lors des soins dont l'administration des médicaments. Cette organisation ne garantit pas la sécurisation du circuit du médicament, notamment en cas d'intervention de nouveaux salariés, ce qui est contraire à l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°21 :</p> <p>Les professionnels ne disposent pas d'une liste de dotation pour soins urgents élaborée par le médecin coordonnateur, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.5126-108 du code de la santé publique.</p> <p>Remarque n°33 : Les IDE ne vérifient pas systématiquement les médicaments disponibles par résident avant transmission des</p>	<p>Prescription 20 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article R.4311-2 du code de la santé publique relatif à l'administration de médicaments soumis à prescription médicale :</p> <p>Mentionner sur les flacons des produits multidoses la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture.</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels titulaires et remplaçants des piluliers comportant les photos des résidents et/ou un trombinoscope.</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels une liste de dotation pour soins urgents.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	

Ecart (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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
<p>prescriptions à la pharmacie d'officine, le recours à la mention « ND » (ne pas délivrer) est rarement appliqué.</p> <p>Remarque n°34 :</p> <p>La salle pour préparer les médicaments n'est pas équipé d'un point de lavage des mains, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations du Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN).</p> <p>Remarque n°35 :</p> <p>Tous les professionnels ne sont pas formés à la PECM (prise en charge médicamenteuse) en EHPAD. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (PECM en EHPAD, juin 2016), p6 : « formation/sensibilisation des personnels, sur le risque médicamenteux (formation de l'ensemble des personnels y compris non soignant) (médecin coordonnateur, pharmacien) ; sur les conditions dans lesquelles les médicaments peuvent être coupés ou broyés (médecin coordonnateur, pharmacien) ».</p> <p>Remarque n°36 :</p> <p>La procédure sur le circuit du médicament, ne comporte d'information sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'obligation de signalement des erreurs d'administration de médicaments à l'ARS, -la gestion des produits thermosensibles de la phase de réception jusqu'au stockage dans le réfrigérateur, 	<p>Mettre en place une organisation garantissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la vérification des médicaments disponibles pour chaque résidente avant transmission de la prescription à la pharmacie d'officine, -l'inscription de la mention « ND » sur la prescription si besoin. <p>Equiper la salle pour préparer les médicaments d'un point d'eau.</p> <p>Former les professionnels à la PECM afin de sécuriser le circuit du médicament.</p>		

Ecart (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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
<p>-la gestion des produits multidoses, avec mention de l'identité du résident, la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation,</p> <p>-le lien avec l'officine sur les retraits de lots,</p> <p>-le rôle des AS dans le cadre de l'aide à la prise de médicaments dans le cadre d'un protocole nominatif daté et signé entre les IDE et les AS.</p> <p>Ecart n°22 : L'établissement n'a pas mis en place un protocole de collaboration portant sur l'aide à la prise de médicaments entre les IDE et les AS/AES/AMP, ce qui ne respecte pas les dispositions des articles L.311-26 du code de l'action sociale et des familles et R.4311-4 du code de la santé publique.</p>	<p>Actualiser la procédure circuit du médicament en y ajoutant les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'obligation de signalement des erreurs d'administration de médicaments à l'ARS, -les modalités de gestion des produits thermosensibles de la phase de réception jusqu'au stockage dans le réfrigérateur, -les modalités de gestion de gestion des produits multidoses, -le lien avec l'officine sur les retraits de lots, - le rôle des AS/AES/AMP dans le cadre de l'aide à la prise de médicaments dans le cadre d'un protocole nominatif daté et signé entre les IDE et les AS. <p>Elaborer et transmettre un protocole de collaboration nominatif portant sur l'aide à la prise de médicaments entre les IDE et les AS/AES/AMP.</p>		

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
R1	<p>Remarque n°2 : Le référent bientraitance n'est pas identifié par tous ses collègues, ni par les familles.</p> <p>Remarque n°3 : L'établissement n'a pas mis en place des séances de formation et de sensibilisation de manière continue sur la prévention de la maltraitance et le développement de la bientraitance, ce qui 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), p18.</p>	<p>Recommandation 1 : Communiquer auprès des professionnels, des résidents et de leur famille/tuteur sur l'identité de la référente bientraitance.</p> <p>Mettre en place des séances de formation et de sensibilisation de manière continue sur la prévention de la maltraitance et le développement de la bientraitance.</p>	3 mois	
R2	Remarque n°5 : L'encadrement de proximité n'est pas formé à la qualité et gestion des risques.	Recommandation 2 : Former l'encadrement de proximité à la qualité et gestion des risques.	6 mois	
R3	Remarque n°7 : Les réclamations ne font pas l'objet d'un bilan qualitatif annuel ou semestriel.	Recommandation 3 : Mettre en place une démarche d'analyse qualitative des bilans des réclamations, afin de travailler sur les plus récurrentes.	6 mois	
R4	Remarque n°9 : L'encadrement de proximité n'organise pas de réunions régulières avec les professionnels (AS, AES, AMP, ADV et IDE) de l'établissement, ce qui ne respecte pas les recommandations HAS/ANESM (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008), p20	Recommandation 4 : Mettre en place une organisation garantissant la tenue de réunions de services régulières entre les professionnels.	1 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
R5	<p>Remarque n°11 :</p> <p>Les nouveaux salariés ne sont pas doublés systématiquement lors de leur prise de poste. Ils ne bénéficient pas de système de tutorat. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008), p 17.</p>	<p>Recommandation 5 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant le doublage des nouveaux salariés dès leur prise de poste.</p>	1 mois	
R6	<p>Remarque n°13 :</p> <p>En l'absence de transmission de la procédure admission, la mission d'inspection ne peut pas garantir son existence.</p> <p>Remarque n°14 :</p> <p>Les professionnels ne disposent pas d'un outil ou support pour le 1er recueil des informations pour chaque résident nouvellement admis : besoins, habitudes de vie, autonomie, régime alimentaire, texture alimentaire, allergies, traitements médicamenteux, consentement</p>	<p>Recommandation 6 :</p> <p>Elaborer et transmettre une procédure relative à l'admission. Ce document doit préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le rôle de chaque professionnel auprès du résident, -le processus d'évaluation de chaque séjour. <p>Elaborer et transmettre un outil de recueil des données portant sur les besoins et les habitudes de vie de chaque nouveau résident.</p>	3 mois	
R7	<p>Remarque n°16 :</p> <p>Les horaires de prise de postes ne se chevauchent pas. Cette organisation limite le temps des transmissions orales entre les différentes équipes du matin et du soir.</p>	<p>Recommandation 7 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant le chevauchement des horaires entre les équipes de jour et les équipes de nuit, afin de sécuriser les transmissions orales et les prises de poste le matin et le soir.</p>	3 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
R8	Remarque n°17 : Le rythme d'une douche par résident et par semaine n'est pas toujours respecté.	Recommandation 8 : Respecter le rythme d'une douche à minima par semaine et par résident.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R9	Remarque n°18 : Les menus ne sont pas affichés dans toutes les unités de l'établissement en grands caractères. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Qualité de vie en Ehpad (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, juin 2011), p33.	Recommandation 9 : Afficher les menus en grands caractères et au sein de toutes les unités.	1 mois	
R10	Remarque n°20 : L'établissement n'a pas mis en place un projet d'organisation formalisé au sein de l'unité de vie protégée afin de permettre aux professionnels de travailler notamment sur les thématiques suivantes : l'accueil du nouveau résident, les relations avec les familles, l'aménagement du cadre de vie, les mesures de protection des personnes, le soutien des professionnels, la formation des professionnels, la programmation et le suivi des activités/animations, l'ouverture de l'unité vers l'extérieur, les partenariats et les interventions à visée thérapeutique (psychiatre, équipe mobile de psychogériatrie, psychologue), le rythme de vie, et l'élaboration de protocoles de prise en charge (troubles du comportement, refus de soins). Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM (L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009).	Recommandation 10 : Elaborer un projet de service spécifique à la prise en charge des résidents au sein de l'UVP. Organiser des activités externes, telles que le jardinage pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Former les professionnels à la prise en charge des résidents atteints de	6 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
<p>Remarque n°23 : L'établissement n'organise pas d'activité de jardinage pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM ('L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009), p 21.</p> <p>Remarque n°27 : Tous les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés., ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM ('L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009), p14.</p> <p>Remarque n°28 : Tous les professionnels ne sont pas formés aux refus de soins. L'absence de formation ne permet pas aux professionnels de connaître les causes du refus de soins. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/A NESM (Qualité de vie en Ehpad (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, septembre 2012), p 44</p>	la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Former les professionnels aux refus de soins.		

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
R11	<p>Remarque n°21 : Les boissons dans le réfrigérateur à denrées alimentaires ne comportent pas tous la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture.</p> <p>Remarque n°22 : Des médicaments (Eductyl® et Doliprane®) sont déposés dans le casier de la porte du réfrigérateur à denrées alimentaires. Cette organisation ne respecte pas les points de vigilances en la matière (cf guide sur la sécurisation du médicament en EHPAD sans pharmacie à usage intérieur : points de vigilance, guide élaboré dans le cadre du RRéva des Hauts-de-France, version 2020 page 15).</p>	<p>Recommandation 11 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'inscription sur les boissons et denrées alimentaires la date d'ouverture (ou préparation) et la date de fin de consommation, -la non-conservation des médicaments dans les réfrigérateurs à denrées alimentaires. 	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R12	<p>Remarque n°24 : Les activités au sein du PASA ne sont pas tracés.</p> <p>Remarque n°25 :</p> <p>Les prises en charge des résidents dans la salle Snoezelen ne sont pas tracées. Les professionnels n'ont pas élaboré une liste de file active pour la programmation des prises en charge au sein de cette salle.</p> <p>Remarque n°26 :</p> <p>Le programme d'animations n'est pas affiché au sein de l'unité de vie protégée.</p>	<p>Recommandation 12 :</p> <p>Tracer les activités réalisées au sein du PASA et de la salle Snoezelen.</p> <p>Afficher le planning des animations au sein de l'UVP.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire.	
R13	<p>Remarque n°29 :</p> <p>Tous les professionnels soignants n'ont pas pris connaissance des protocoles de soins.</p>	<p>Recommandation 13 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la prise de connaissance des protocoles et</p>	3 mois	

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 demandé de mise en œuvre	Délai effectif de mise en œuvre
		procédures par tous les professionnels.		
R14	<p>Remarque n°31 : Selon les entretiens, tous les professionnels ne sont pas formés aux soins palliatifs, ce qui 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 88.</p> <p>Remarque n°37 : Tous les professionnels ne sont pas formés à la prévention de la crise suicidaire.</p>	<p>Recommandation 14 : Former tous les professionnels aux soins palliatifs et à la prévention du risque suicidaire.</p>	6 mois	