

Le directeur général

**Le président du conseil départemental
du Pas-de-Calais
Direction de l'autonomie et de la santé**

Réf : 2024-DOMS-PPT62-JR
Mission : 2023-HDF-00235

Lille, le 21 NOV 2024

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection 2023, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Les Jardins d'Iroise » à Vendin-le-Vieil, géré par la société « les jardins d'Iroise de Vendin » a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L.313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles et des articles L.1421-1 et L.1435-7 du code de santé publique afin de vérifier :

- 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 ;
- Qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 2 juillet 2024.

Par courrier daté du 6 août 2024, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées, et plus particulièrement sur l'ensemble des prescriptions et sur les recommandations 1 à 21.

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

Monsieur le Président
Société « les jardins d'Iroise de Vendin »
Route de Wingles
62880 VENDIN-LE-VIEIL

correctives listées dans le tableau joint en annexe.

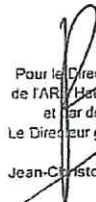
Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial du Pas-de-Calais de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Pas-de-Calais, par la direction de l'autonomie et de la santé. Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété des documents justificatifs permettant de lever les recommandations et prescriptions.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection.

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 laissons juger de l'opportunité de transmettre ces éléments au directeur de l'EHPAD.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération distinguée.


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

Le Président du Conseil Départemental,
et par délégation,
le directeur du Pôle Solidarités


Patrick GENEVAUX

Pièce jointe :

- Tableau listant les mesures correctives

**Mesures envisagées suite à l'inspection du 7 décembre 2023
de l'EHPAD Les Jardins d'Iroise de Vendin-le-Vieil**

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	Délai de mise en œuvre effectif
Le registre des personnes accueillies n'est pas mis à jour, contrairement aux dispositions de l'article L331-2 du CASF.	P1 : Mettre à jour le registre des personnes accueillies	3 mois	
En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement complet, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-7 et R311-33 et suivants du CASF.	P2 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement	3 mois	
En ne disposant pas d'un projet d'établissement complet, en ce qui concerne l'absence de consultation par le conseil de vie sociale et de plan précisant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L311-8 et D312-160 du CASF.	P3 : Actualiser le projet d'établissement	9 mois	
Le conseil de vie sociale n'est pas conforme aux dispositions des articles D311-5, D311-16, D311-19 et D311-20 du CASF.	P4 : Redéfinir l'organisation du conseil de vie sociale	6 mois	

Ecart(s) (E) et remarque(s) (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	Délai de mise en œuvre effectif
<p>En ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, les numéros d'appel dédiés à l'écoute des situations de maltraitance et les coordonnées des autorités administratives, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>P5 : Mettre à jour le livret d'accueil</p>	<p>1 mois</p>	
<p>Des agents non qualifiés (ASH – agent de service hospitalier) participent aux soins de nursing. Cette organisation ne permet pas à l'établissement de garantir aux résidents des soins de qualité dans des conditions de sécurité. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF, de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et 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.</p>	<p>P6 : Mettre en place un plan d'actions visant à garantir aux résidents des soins de qualité, dans des conditions de sécurité</p>	<p>9 mois</p>	
<p>Des ASH de jour participent à la mise en bouche chez les résidents. Ces situations traduisent des glissements de tâches. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de 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</p>			

Ecart(s) (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	Délai de mise en œuvre effectif
août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.			
L'absence d'évaluation gériatrique pour chaque nouveau résident admis est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 alinéa 6 du CASF (« L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin »).	P7 : Mettre en place une évaluation gériatrique lors de l'admission de chaque nouveau résident	Immédiatement	
En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet d'accompagnement personnalisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 3ème alinéa du CASF.	P8 : Formaliser un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident	6 mois	
En ne disposant dans les dossiers des résidents, de tous les avenants au contrat de séjour, relatif aux objectifs et prestations adaptées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311 du CASF.	P9 : Mettre à jour les contrats de séjour avec les avenants relatifs aux objectifs et prestations adaptées	6 mois	
Compte tenu de la présence de produits et d'objets dangereux, en libre accès auprès des résidents de l'UVA, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	P10 : Sécuriser l'UVA de tout produit ou objet dangereux	Immédiatement	
Le temps du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D 312-156 du CASF.	P11 : Mettre en conformité le temps du médecin coordonnateur conformément aux dispositions de l'article D312-156 du CASF	12 mois	

Ecart(s) (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	Délai de mise en œuvre effectif
Les plans de soins infirmiers ne sont pas réévalués d'une manière collégiale et structurée entre les IDE et les AS, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-1 du code de la santé publique. L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement ne veille pas à l'actualisation du bilan de santé pluridisciplinaire du résident.	P12 : Réévaluer les plans de soins infirmiers de manière collégiale et structurée	3 mois	
Les AS/AES distribuent et font l'aide à l'administration des médicaments sans croiser les contenus des piluliers avec les prescriptions. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R.4311—5 alinéas 5 et 6 du CSP et l'article L.313-26 du CASF.	P13 : Mettre en place un système de vérification du contenu des piluliers avant l'administration des médicaments	Immédiatement	
L'établissement n'a pas mis à la disposition des professionnels une liste de dotation pour soins urgents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 5126-10 du CSP.	P14 : Mettre en place auprès des professionnels une liste de dotation pour soins urgents	Immédiatement	
Les professionnels n'ont pas mis en place un suivi régulier et tracé des dates de péremptions des médicaments, des dispositifs médicaux et des compléments alimentaires, ce qui est contrairement aux dispositions de l'article R. 4312-38 du CSP.	P15 : Procéder à un suivi régulier et tracé des dates de péremption des médicaments	Immédiatement	
L'établissement n'a pas désigné un référent APA (activité physique adaptée) formé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-12 du CASF.	P16 : Désigner un référent APA	9 mois	
L'absence d'informations autour des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, au sein du projet d'établissement, ne permet pas au personnel de « donner un sens à leurs	R1 : Actualiser le projet d'établissement	9 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
pratiques professionnelles, d'identifier le cadre organisationnel et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers » (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM / HAS, décembre 2009).			
La partie intitulée « projet de soins » dans le projet d'établissement ne comporte pas des thématiques de santé et de prévention ainsi que de prise en charge des résidents et des formations des professionnels avec des objectifs mesurables grâce à des indicateurs pondérables.			
Les incohérences dans les différents organigrammes de l'établissement sont de nature à créer de la confusion dans le management de l'équipe et ne permet pas aux professionnels d'appréhender clairement son positionnement.	R2 : Actualiser les organigrammes aux effectifs réels de l'établissement	Immédiatement	
La fiche de poste du directeur n'est pas à jour.	R3 : Actualiser la fiche de poste du directeur	1 mois	
Les enquêtes de satisfaction mises en place par l'établissement ne font pas l'objet d'un plan d'actions permettant l'amélioration continue des prestations et de la qualité de prise en charge.	R4 : Instaurer et mettre en œuvre des plans d'actions à l'issue des enquêtes de satisfaction réalisées	12 mois	
L'absence de véritable partie dédiée à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance dans le projet d'établissement, l'absence de référent, l'absence de mise à jour, le caractère	R5 : Impulser une nouvelle dynamique dans la politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance	6 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
incomplet et l'absence de personnalisation des protocoles aux spécificités de l'établissement ne permet pas à l'établissement de disposer d'une politique de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance opérationnelle, connue et formalisée.			
L'absence de référencement et de visas sur les 2 protocoles relatifs à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ne garantit pas leur caractère officiel et applicable.	R6 : Mettre à jour les protocoles relatifs à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance	Immédiatement	
L'absence d'utilisation des fiches de signalement des événements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.	R7: Impulser une nouvelle dynamique dans la politique de gestion des risques	6 mois	
En ne disposant pas d'un dispositif d'analyse des signalements des événements indésirables formalisé et opérationnel, l'organisation de la gestion des événements indésirables ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM-HAS qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM-HAS, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008).			

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
En l'absence d'une traçabilité des réclamations, telle que recommandée par l'ANESM-HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (décembre 2008), l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.			
L'absence d'appropriation de la procédure de signalement des événements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.			
La procédure relative au recrutement et à l'accompagnement des nouveaux salariés n'est pas formalisée.	R8 : Formaliser la procédure relative au recrutement et à l'accompagnement des nouveaux salariés	6 mois	
L'ensemble des agents de l'EHPAD ne dispose pas de fiches de tâches en fonction des postes et des horaires effectués (jour et nuit). Cette absence de formalisation précise des tâches et responsabilités engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension du rôle des professionnels (recommandation HAS : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	R9 : Instaurer des fiches de tâches pour tous les agents	12 mois	
L'absence de communication relative aux fiches de poste et à leur mise à jour effectuée en 2023 contrevient au bon fonctionnement de l'EHPAD.	R10 : Communiquer aux professionnels les nouvelles fiches de poste	3 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
L'absence d'évaluation régulière des agents 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. (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).	R11 : Instaurer un processus complet et régulier d'évaluation du personnel	12 mois	
L'absence d'évaluation de pratiques professionnelles, notamment concernant les soins techniques, et l'absence de formalisation, ne permettent pas de vérifier concrètement le respect des bonnes pratiques des professionnels sur le terrain.			
L'absence de recueil des besoins en formation annuels de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (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 - Décembre 2008).	R12 : Intégrer de manière systématique le recueil des besoins en formation dans les évaluations annuelles des professionnels	12 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
L'absence de planning dédié au dispositif d'accueil de jour ne permet pas d'identifier réellement les professionnels missionnés à cet accompagnement.	R13 : Identifier les professionnels dédiés au dispositif d'accueil de jour	6 mois	
L'absence d'harmonisation des pratiques, de collaboration et d'échanges réguliers entre les professionnels des deux équipes de l'établissement, impulsé par le management de proximité, engendre un risque de maltraitance non intentionnelle (recommandation de l'ANESM-HAS : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	R14 : Instaurer des espaces de collaboration et d'échanges réguliers entre les deux équipes de l'établissement, afin d'harmoniser les pratiques	3 mois	
L'établissement n'a pas mis en place un espace de parole et de soutien au profit des professionnels. Cette organisation n'est pas conforme avec 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 2008 », p 20 : « Mettre en place des groupes de parole pour les professionnels dont le travail est par nature isolé ».	R15 : Instaurer un espace de parole et de soutien pour les professionnels	9 mois	
L'absence de signature des procédures par les rédacteurs, vérificateurs et valideurs ne garantit pas leur caractère officiel et applicable.	R16 : Actualiser les procédures	12 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
L'absence de connaissance de la procédure relative à l'accueil des nouveaux résidents par les professionnels de l'établissement ne garantit pas sa bonne mise en œuvre.	R17 : Sensibiliser les professionnels à la procédure d'accueil des nouveaux résidents	6 mois	
Selon les entretiens, l'établissement n'a pas désigné de référent par résident, pour notamment contribuer à l'élaboration du PAP et sa mise en œuvre. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Le projet personnalisé une dynamique de parcours, août 2018 ».	R18 : Désigner un référent par résident, dans le cadre de la démarche des PAP	6 mois	
Les PAP remis à la mission ne sont pas datés, ni évalués, ni signés. Les objectifs mentionnés dans les PAP ne comportent pas d'indicateurs ni de périodicité d'évaluation. De plus, tous les PAP ne comportent pas les noms et les qualifications des rédacteurs, ni les signatures des résidents ou leur représentant. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Le projet d'accompagnement : une dynamique du parcours d'accompagnement, août 2018 ».	R19 : Actualiser les PAP conformément à la recommandation HAS/ANESM « Le projet d'accompagnement : une dynamique du parcours d'accompagnement, août 2018 ».	6 mois	
Les IDE n'organisent pas de réunion de service pour faire le point sur le suivi des résidents en lien avec l'IDEC, le médecin coordonnateur et les médecins traitants.	R20 : Instaurer des réunions de service périodique en ce qui concerne le suivi des résidents	3 mois	
Les professionnels ne procèdent pas à des bilans périodiques relatifs à l'analyse des causes des chutes et les moyens de prévention.	R21 : Dresser un bilan périodique des causes liées aux chutes	6 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
L'établissement n'a pas mis en place de commission d'animation permettant notamment de dresser un bilan des animations proposées aux résidents contrairement aux recommandations de l'ANESM-HAS « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents en Ehpad, décembre 2011 », page P 37 : « Favoriser la constitution et l'animation de lieux de débats et de participation. Comme par exemple : un conseil de résidents / comité « vie de l'établissement » et un comité animation ».	R22 : Mettre en place une commission d'animation	9 mois	
L'établissement ne dispose pas d'un projet d'animation complet, contrairement aux recommandations de l'ANESM-HAS « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents en Ehpad, décembre 2011 », page 18 « L'animation de la vie sociale est intégrée dans le projet de vie de l'établissement (vie quotidienne, animation, ouverture sur l'extérieur...) et dans le projet personnalisé de chaque résident. Elle concerne donc tous les professionnels et nécessite un coordinateur pour en faciliter la mise en œuvre concrète ».	R23 : Actualiser la partie relative à l'animation dans le projet d'établissement	9 mois	
Tous les professionnels ne sont pas formés aux troubles de la déglutition.	R24 : Former tous les professionnels, qui participent à l'aide aux repas, aux troubles de déglutition	12 mois	
Le temps de présence du médecin coordonnateur n'est pas défini.	R25 : clarifier le temps de présence du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD	Immédiatement	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
<p>L'IDEC n'a pas suivi de formation qualifiante. 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 », p 30 : « Mettre en place des démarches de formation continue de l'encadrement : Il est recommandé que des démarches de formation continue sur ce thème soient mises en place à destination des équipes de direction et d'encadrement. Ces démarches leur donnent l'occasion d'évoquer de manière distanciée les problématiques rencontrées dans leur établissement, et de mutualiser les connaissances et expériences en la matière. Ces démarches permettent en outre aux responsables d'établissement et aux cadres d'être moins isolés et donc, de consolider leur conscience des problématiques de maltraitance et la rigueur de leur positionnement ».</p>	<p>R26 : Inscrire l'IDEC à des formations</p>	<p>12 mois</p>	
<p>Selon les entretiens, le RAMA (rapport d'activité médical annuel) ne donne pas lieu à un plan d'actions, portant par exemple sur les causes des hospitalisations en urgence et des escarres.</p>	<p>R27 : Prévoir des plans d'actions à l'issue des données relevées dans le cadre du RAMA</p>	<p>12 mois</p>	
<p>L'établissement n'a pas mis en place des informations aux AS / AES portant sur les nouveaux actes autorisés par le décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé.</p>	<p>R28 : Former les professionnels aux nouveaux actes autorisés par le décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé</p>	<p>6 mois</p>	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
L'établissement n'a pas élaboré une cartographie des risques spécifiques à la population accueillie, afin de mettre en place des actions spécifiques adaptées aux besoins de la population accueillie. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Volet 4 Qualité de vie en Ehpad : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, septembre 2012 », p 63 : « En hiérarchisant une fois par an les risques en fonction de leur prévalence selon les caractéristiques de la population accompagnée et le plan d'amélioration de la qualité élaboré dans le cadre de la démarche continue d'évaluation interne ».	R29 : Elaborer une cartographie des risques adaptée aux résidents accueillis à l'EHPAD et mettre en place les actions spécifiques en découlant	12 mois	
Tous les dossiers de soins ne comportent pas des transmissions structurées et régulières portant sur les soins réalisés et la surveillance des résidents.	R30 : Réviser les dossiers de soins en y intégrant de manière régulière et structurée les transmissions relatives aux soins réalisés et à la surveillance des résidents	3 mois	
Tous les soignants n'évaluent pas la douleur chez les résidents avec des échelles spécifiques telles que Algoplus ou autres.	R31 : Déployer l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur auprès de tous les professionnels (formation, etc.)	6 mois	
Tous les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des refus de soins. L'établissement n'a pas mis en place un espace d'échange sur cette thématique entre les professionnels. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Volet 4, L'accompagnement personnalisé de la santé du résident septembre 2012 », p 44 : « Analyser et	R32 : Former les professionnels de l'EHPAD à la prise en charge des refus de soins.	18 mois	

Ecart(s) (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	Délai de mise en œuvre effectif
accompagner les situations de refus de soins ».			
Tous les professionnels de l'UVA (secteur protégé) ne sont pas formés à la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés. Cette organisation n'offre pas une prise en charge de qualité, 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, p 13 « Il est recommandé que les professionnels soient qualifiés, spécifiquement formés, soutenus et en nombre suffisant pour accompagner les personnes accueillies et permettre une relation de qualité, quels que soient le moment de la journée et le jour de la semaine, week-end inclus ».	R33 : Former les professionnels de l'EHPAD à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés	12 mois	
Remarque n°40 : Les professionnels de l'UVA réalisent de tâches ménagères, telles que le nettoyage des chambres, du sol, salles de bains et toilettes, ainsi que le rangement du linge l'après-midi ou encore la sortie de la poubelle en fin de journée. Cette organisation ne permet pas à l'établissement de garantir aux résidents une prise en charge de qualité dans des conditions de sécurité autour des priorités suivantes : le respect du rythme de chaque résident en ce qui concerne notamment la	R34 : Revoir l'organisation de l'UVA de manière à assurer une présence effective en soins constante auprès des résidents	6 mois	

Ecart(s) (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	Délai de mise en œuvre effectif
toilette et les repas, la surveillance continue des résidents, l'aide à la mobilité des résidents et la mise en place de programmes d'activités. 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, p 18/27 ».			
L'EHPAD est marqué par un manque d'animations individuelles et collectives. De plus, l'absence d'aménagement du jardin pour les résidents et d'activité de jardinage en particulier en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM volet 2 p 34 et 37.	<p>R35 : Réviser le programme des animations afin d'intégrer davantage d'animations dans l'UVA</p> <p>R36 : Porter une réflexion sur l'aménagement du jardin de l'UVA</p>	<p>6 mois</p> <p>12 mois</p>	
Tous les professionnels ne sont pas formés aux soins palliatifs et à l'accompagnement des résidents en fin de vie.	R37 : Former les professionnels aux soins palliatifs et à l'accompagnement des résidents en fin de vie	12 mois	
Les protocoles « distribution et prise effective de traitements médicaux oraux » et « distribution des traitements de nuit » comportent la mention suivante : « La délégation de la délivrance du traitement est autorisée aux AS/AMP selon le code de la santé publique, à la condition impérative que les traitements distribués aient été préparés, contrôlés et validés par l'IDE ». Or,	R38 : Réviser les protocoles « distribution et prise effective de traitements médicaux oraux » et « distribution des traitements de nuit »	3 mois	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
aucun texte de ce code ne confirme la position de l'EHPAD.			
Les produits multidoses dont les stylos à insulines, les médicaments et les produits de désinfection ne sont pas tous identifiés et ne comportent pas la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation.	R39 : Identifier et dater tous les produits multidoses, les médicaments et les produits de désinfection	Immédiatement	
Les professionnels ne disposent pas d'un protocole relatif à la conduite à tenir en cas d'écart de température (inférieur à 2° et supérieur à 8°C).	R40 : Définir et formaliser un protocole relatif à la conduite à tenir en cas d'écart de température des réfrigérateurs	1 mois	
Les professionnels ne disposent pas d'un trombinoscope des photos de tous les résidents à mettre à la disposition des professionnels remplaçant afin de prévenir la confusion entre les résidents lors notamment de l'administration des médicaments.	R41 : Mettre en place un trombinoscope des résidents, à utiliser lors de l'administration des médicaments	Immédiatement	
Les professionnels ne procèdent pas régulièrement à la réalisation de la balance (entrée/sortie) des médicaments classés stupéfiants en lien avec la pharmacie d'officine. La mission a constaté la présence dans un coffre sécurisé des médicaments classés stupéfiants dont certaines boîtes sont non identifiées.	<p>R42 : Mettre en place une balance régulière des médicaments classés stupéfiants, en lien avec la pharmacie d'officine.</p> <p>R43 : Identifier toutes les boîtes des médicaments classés comme stupéfiants</p>	<p>1 mois</p> <p>Immédiatement</p>	

Ecart (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	Délai de mise en œuvre effectif
Les professionnels ne disposent pas d'une liste de médicaments à ne pas écraser.	R44 : Mettre en place une liste des médicaments à ne pas écraser à destination des professionnels	1 mois	
La mission a constaté la présence de médicaments non identifiés. De plus, les IDE ne vérifient pas systématiquement la disponibilité des traitements avant la commande à la pharmacie d'officine. Ils n'utilisent pas la mention « ne pas délivrer » sur les ordonnances si besoin.	Voir R39 R45 : Revoir l'organisation autour de la commande des médicaments	immédiat 1 mois	
Tous les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge de la crise suicidaire, ni aux refus de soins. Aucun espace d'échanges n'est organisé autour de ces thématiques.	Voir R32 R46 : Former les professionnels à la prise en charge de la crise suicidaire et organiser des temps d'échanges autour de cette thématique	18 mois	
Les conventions de partenariats avec des établissements de santé et des établissements sociaux n'ont pas donné lieu à des bilans portant notamment sur le nombre de résidents pris en charge, le nombre de professionnels ayant bénéficié de formation, la file active des résidents.	R47 : Dresser des bilans des conventions de partenariat	18 mois	