

Le directeur général

Le président du conseil départemental

Réf : 2023.DSSSE-SDIC-YM
Mission n°2023_HDF_00236



Lille, le 3 février 2023

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Jacques cartier », situé au 23, chemin Saint-Nazaire, BP 55, 62580 Vimy, 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 la santé publique.

Cette inspection a été réalisée le 13 décembre 2023 et avait pour objectifs 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 ;
- si un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires ;
- la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Monsieur Alain Duconseil
Président de La Vie Active
4, rue Beffara
62000, Arras

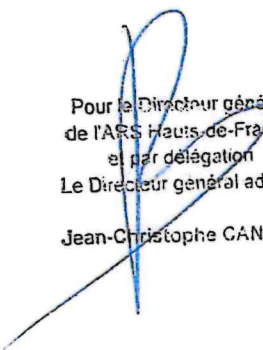
Le rapport d'inspection et le tableau des mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 8 août 2024. A l'analyse de votre réponse au contradictoire en date du 30 septembre, le rapport d'inspection n'est pas modifié.

En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, nous vous demandons de bien vouloir mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint en annexe. Le contrôle de leur mise en place sera assuré par nos collaborateurs du pôle de proximité du département du Pas-de-Calais de la direction de l'offre médico-sociale de l'agence régionale de santé Hauts-de-France et de la direction de l'autonomie du conseil départemental du Pas-de-Calais.

Ainsi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées dans le tableau des décisions finales, complété par les délais effectifs de mise en œuvre des actions prévues, les documents demandés.


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

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

Pour le président du conseil départemental
et par délégation,
le directeur du pôle solidarités



Patrick Genevaux

pièce jointe :

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

**Mesures correctives suite à l'inspection
du 13 décembre 2023
de l'EHPAD de Vimy « Jacque Cartier ; La vie active », Rue de Saint-Nazaire, 62580 Vimy.**

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
P1	Ecart n° 1 : Le règlement de fonctionnement n'a pas été actualisé, car il date de 2018/2022. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article R311-33 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 1 : Actualiser le règlement de fonctionnement.	Levée
P2	Ecart n° 2 : En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale (CVS) trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 2 : Respecter le nombre de réunions annuelles des membres du CVS	Levée
P3	Ecart n°3 : Selon les entretiens, les IDE ne disposent pas de temps pour superviser et contrôler le travail des soignants (aides soins, aides-soignants), ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-3 du CSP.	Prescription 3 : Mettre en place une organisation garantissant la supervision, du travail des AS/AES par les IDE.	Levée
P4	Ecart n° 4 : L'affectation d'une IDE le week-end pour la réalisation des soins techniques (pansements ...), l'administration des traitements et la gestion des urgences ne permet pas à l'établissement de garantir des soins de qualité dans des conditions de sécurité. Cette organisation contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 4 : Garantissez la présence d'un effectif suffisant en nombre d'IDE le week-end et la semaine afin de sécuriser la prise en charge des résidents. La présence d'une seule IDE le week-end ne peut pas garantir la réalisation des soins techniques,	Dès la clôture de la procédure contradictoire.

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
		l'administration des médicaments, la prise en charge des urgences et la surveillance clinique des résidents.	
P5	<p>Ecart n°5 :</p> <p>Les aides-soins participent aux tâches suivantes : mise en bouches, toilettes complètes, soins de nursing. Or, ces professionnels ne disposent pas de qualification requise pour la réalisation de ces actes. 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 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.</p>	<p>Prescription 5 :</p> <p>Mettre fin aux glissements de tâches. Garantissez la présence d'un effectif suffisant en nombre et qualifié pour la réalisation des soins de nursing, l'aide à la prise de médicaments et les mises en bouches.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire.
P6	<p>Ecart n° 6 :</p> <p>La mission d'inspection a constaté l'ouverture de l'office de cuisine au sein de l'UVA (unité de vie Alzheimer). Les résidents ont libre accès notamment aux produits d'entretiens et objets coupants. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n° 7 : La mission a constaté notamment au 1er étage unité d'hébergement où sont admis également des résidents avec des troubles cognitifs les faits suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la disponibilité d'objets coupants, - la disponibilité de produits d'entretien, - les denrées alimentaires, telles que les jus de fruits ne comportent pas la date d'ouverture et la date de fin de consommation après ouverture, - le local DASRI n'est pas sécurisé, - un monte-charge n'est pas sécurisé. 	<p>Prescription 6 :</p> <p>Sécuriser les accès aux produits d'entretiens, aux antiseptiques et aux objets tranchants notamment au sein de l'UVA et des unités d'hébergement.</p>	Levée

N°	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.		
P7	Ecart n°8 : Selon les entretiens, les douches des résidents ne sont pas équipées de mitigeurs thermostatiques ou d'un système de sécurisation de l'eau chaude aux points d'usage, robinetteries. Cette organisation présente 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 7 : Equiper les sources d'eau chaude de mitigeurs thermostatiques ou d'un système de sécurisation de l'eau chaude aux points d'usage, robinetteries.	3 mois
P8	Ecart n° 9 : L'EHPAD n'a pas désigné un référent activité physique adaptée, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D311-40 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 8 : Désigner référent activité physique adaptée.	Levée
P9	Ecart n°10 : Selon les entretiens, tous les professionnels ne sont pas formés aux gestes/soins d'urgence, ni à l'utilisation du défibrillateur, ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. L'organisation de l'EHPAD n'est pas conforme avec les recommandations HAS-ANESM volet 4, septembre 2012, p 74.	Prescription 9 : Former les professionnels aux gestes et aux soins d'urgence.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
P 10	Ecart n°11 : A l'analyse d'un dossier d'une résidente, la mission a constaté qu'une résidente a présenté une hypothermie (36,50 °C) avec un épisode d'hématuries, avec des résultats en attente d'un ECBU au-delà de 48 sans l'intervention du médecin coordonnateur entre le 9 et 13 décembre 2023 pour	Prescription 10 : Mettre en place une organisation médicale et paramédicale garantissant la prise en charge des situations d'urgence et la	Dès la clôture de la procédure contradictoire

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	<p>notamment réaliser un examen clinique et pour récupérer les résultats de cet examen auprès du laboratoire, après un délai de 48 heures. Ces situations ne respectent pas les dispositions des articles suivants, R.4311-1, R.4311-2 (alinéa 2 : De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions), R.4311-15-2 et le décret relatif au rôle du médecin coordonnateur alinéa 13 « (Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement ». « Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou télé-prescription. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées ».</p> <p>Remarque n°35 : Les renouvellement des prescriptions par le médecin coordonnateur en cas d'urgence et en l'absence de médecin traitant n'est pas structurée et formalisée entre ce praticien et les IDE.</p>	<p>coordination des soins entre les IDE, les médecins traitants et le médecin coordonnateur.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant l'intervention du médecin coordonnateur en cas d'urgence pour assurer la prise en charge médicale des résidents.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la continuité des soins en l'absence des médecins traitants, par le médecin coordonnateur, conformément aux dispositions du décret 2019.</p>	

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
P 11	<p>Ecart n°12 :</p> <p>Selon le contrat de travail en date du 1er mars 2019, le temps du médecin coordonnateur est de 0,20 ETP pour un établissement de 80 places, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-156 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Remarque n°29 :</p> <p>Le contrat de travail du médecin coordonnateur ne précise pas les horaires de présence au sein de l'EHPAD de Vimy, ni sa quotité de travail.</p>	<p>Prescription 11 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D.312-156 du CASF relatives au temps de travail du médecin coordonnateur.</p> <p>Préciser les horaires de sa présence au sein de l'EHPAD. Ces horaires doivent être communiqués à tous les soignants.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire
P 12	<p>Ecart n°13 :</p> <p>Le médecin coordonnateur ne procède pas systématiquement à la réalisation d'une évaluation gériatrique dès l'admission de chaque nouveau résident, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 12 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles relatives à la réalisation systématique d'une évaluation gériatrique dès l'admission de chaque nouveau résident.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire
P 13	<p>Ecart n°14 :</p> <p>Selon les entretiens, il n'existe pas de réévaluation structurée des prescriptions portant notamment sur les neuroleptiques, les anxiolytiques, les hypnotiques, les morphiniques, les antibiotiques. Le médecin coordonnateur rencontre des difficultés dans sa mise en place avec les médecins traitants. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-158 alinéa 7 du code de l'action sociale et des familles : « 7° Contribue auprès des professionnels de</p>	<p>Prescription 13 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la réévaluation des prescriptions, dans un cadre coordonné entre les médecins traitants, le médecin coordonnateur, le pharmacien d'officine et les IDE.</p>	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	<p>santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ». Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017 », p 8 : « En analysant ces éléments en équipe pluridisciplinaire (médecin traitant, médecin coordonnateur, pharmacien, infirmier) notamment en organisant, si nécessaire, des conciliations médicamenteuses³⁰, afin d'observer si le traitement est toujours bien adapté à l'état de santé du résident, et de limiter les risques iatrogéniques notamment ».</p>		
P 14	<p>Ecart n°15 : Le médecin coordonnateur n'a suivi aucune formation en gériatrie, ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 16 août 2005 fixant le programme de l'attestation de formation de médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Prescription 14 : Respecter les dispositions de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles portant sur la formation du médecin coordonnateur.</p>	<p>6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
P 15	<p>Ecart n°16 :</p> <p>L'établissement n'a pas mis en place un protocole de collaboration nominatif daté et signé portant sur l'aide à la prise de médicaments entre les IDE et les aides-soignants/accompagnants socio-éducatifs, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.313-26 du code de l'action sociale et des familles et R.4311-3 et 4 du code de la santé publique.</p> <p>Ecart n°18 :</p> <p>Contrairement aux dispositions de l'article L.313-26 du CASF, l'aide à la prise des médicaments par les aides-soignants n'a pas fait l'objet d'un protocole de soins nominatif daté et signé. De plus, les IDE ne vérifient pas systématiquement la prise effective du médicament par les résidents.</p>	<p>Prescription 15 :</p> <p>Elaborer un protocole de collaboration nominatif daté et signé portant sur l'aide à la prise de médicaments entre les IDE et les aides-soignants/accompagnants socio-éducatifs.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
P 16	<p>Ecart n°17 :</p> <p>Les dates de péremptions des médicaments et dispositifs médicaux (DM) ne sont pas toutes vérifiées, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R. 4312-38 et 4312-39 du code de la santé publique. L'EHPAD n'a pas mis en place une procédure relative à la vérification de ces dates d'une manière régulière et nominative.</p>	<p>Prescription 16 :</p> <p>Mettre en place un contrôle régulier des dates de péremption des médicaments et dispositifs médicaux. Ce contrôle tracé doit être détaillé par type de médicament et DM.</p>	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire
P 17	<p>Ecart n°19 :</p> <p>La mission a constaté qu'une aide-soignante avait en charge la distribution et l'administration des médicaments et traitements déposés dans un chariot. Cette professionnelle entreposait ce chariot dans un local non sécurisé. Cette organisation est</p>	<p>Prescription 17 :</p> <p>Garantir l'administration des médicaments par les IDE.</p>	Dès la clôture de la procédure contradictoire

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	contraire aux dispositions des articles R.4312-39 du code de la santé publique.		
R1	Remarque n°1 : Selon les entretiens, les professionnels de l'établissement y compris le médecin coordonnateur n'ont pas été associés à l'élaboration du projet d'établissement et du projet de soins. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, décembre 2009 », p 45 : La dynamique du travail d'équipe ».	Recommandation 1 : Associer le médecin coordonnateur et les professionnels de santé à l'élaboration du projet de soins et à la mise en œuvre des thématiques portant notamment sur la santé des résidents et la démarche de prévention.	Levée
R2	Remarque n°2 : L'établissement n'a pas communiqué un organigramme. La mission a constaté l'absence d'organigramme affiché dans les locaux. Cette organisation ne permet pas aux résidents, aux familles et aux tuteurs d'identifier les professionnels de l'établissement.	Recommandation 2 : Transmettre à la mission l'organigramme de l'établissement. Ce document doit être affiché au sein de l'établissement et visible pour les salariés, les résidents et leur famille.	Levée
R3	Remarque n°3 : Le jour de l'inspection, la mission a constaté l'absence de la directrice pour cause de maladie. Or, l'intérim de direction est assuré par un directeur d'un autre établissement de l'association. Cet intérim n'est pas formalisé.	Recommandation 3 : Désigner un directeur d'établissement ou une personne qualifiée pour exercer d'une manière continue la fonction de direction. A défaut, formaliser la fonction de directeur par intérim. Cette formalisation doit mentionner les jours de sa	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
		présence et les délégations de pouvoirs.	
R4	<p>Remarque n° 4 :</p> <p>Selon les entretiens, l'établissement n'a pas élaboré une cartographie des risques et un plan d'actions portant sur les caractéristiques 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 ».</p>	<p>Recommandation 4 :</p> <p>Elaborer une cartographie des risques propre à la population accueillie. Cette cartographie des risques doit donner lieu à des actions concrètes de prévention.</p>	6 mois
R5	<p>Remarque n° 5 :</p> <p>L'infirmière coordinatrice (IDEC) n'a pas suivi de formation sur la qualité et la gestion des risques.</p> <p>Remarque n°6 :</p> <p>Selon les entretiens, il n'existe pas au sein de l'établissement un contrôle structuré et régulier sur la qualité des prestations soins. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance », p 23 : « Mettre en place des dispositifs d'analyse des pratiques ».</p> <p>Remarque n°7 :</p>	<p>Recommandation 5 :</p> <p>Faire bénéficier l'IDEC d'une formation portant sur la qualité et la gestion des risques.</p> <p>Mettre en place des audits portant notamment sur la qualité des prestations soins.</p> <p>Mettre en place une démarche qualité et gestion des risques.</p>	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	L'établissement n'a pas mis en place une démarche qualité et gestion des risques en ce qui concerne : le retour d'expérience à tous les professionnels susceptibles d'être confrontés aux mêmes événements indésirables graves, les bilans sur les typologies de ces événements, les modalités de signalements aux autorités		
R6	Remarque n°8 : En l'absence de communication des réclamations et des réponses apportées à celles en 2022 et 2023, la mission ne peut pas affirmer que le suivi des réclamations est efficient au sein de l'établissement.	Recommandation 6 : Transmettre à la mission les réclamations portant sur la période 2022/2023.	Levée
R7	Remarque n°9 : La fiche de poste du médecin coordonnateur ne reprend pas les missions d'un médecin coordonnateur telles qu'elles sont définies par le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019.	Recommandation 7 : Mentionner dans la fiche du poste du médecin coordonnateur les obligations mentionnées dans le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019.	Levée
R8	Remarque n°10 : L'établissement n'a pas mis en place des formations structurées et régulières sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. De plus, il n'a pas désigné de référent bientraitance. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 18 : « Faire de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique pour les professionnels et associer les bénévoles et les intervenants libéraux à la réflexion ».	Recommandation 8 : Mettre en place des formations structurées et régulières sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.	6 mois

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
R9	Remarque n°11 : En l'absence de plan de formation 2022/2023, la mission d'inspection ne peut pas constater si l'établissement est engagé dans la montée en compétences de ses salariés. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM.	Recommandation 9 : Transmettre les plans de formation réalisés 2022/2023.	Levée
R 10	Remarque n° 12 : Selon les entretiens, les ETP de professionnels affectés à la prise en charge des résidents la nuit sont insuffisants au regard de certains professionnels.	Recommandation 10 : Garantir la présence d'un effectif suffisant en nombre et qualifié la nuit.	Dès la clôture de la procédure contradictoire
R 11	Remarque n° 13 : L'EHPAD n'a pas mis en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles ni sur les conditions du travail. De plus, il n'a mis en place aucun dispositif de soutien aux salariés et particulièrement en faveur des plus isolés et des salariés impactés par la charge du travail. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations des pratiques professionnelles 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 : « Poser des espaces de concertation et d'échanges interdisciplinaires contribuant à une connaissance réciproque du travail et des savoirs, théoriques et pratiques, de chacun ; Organiser dans les groupes de pairs la mise en débat et les échanges sur le travail ; Dédier des temps à l'observation, pour les personnels volontaires, et les exploiter en équipe ; Mettre en place des groupes de parole pour les professionnels dont le travail est par nature isolé ; Examiner avec les équipes des ajustements dans les pratiques	Recommandation 11 : Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et les conditions du travail.	Levée

N°	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	et dans l'organisation du travail et les expérimenter ».		
R 12	Remarque n° 14 : L'établissement n'a pas mis en place un système de doublage du nouveau salarié. Il ne désigne pas de référent pour chaque nouveau salarié. L'encadrement de proximité ne procède pas à une évaluation structurée de chaque nouveau salarié, 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 19 : « Organiser l'accompagnement du nouvel arrivant en phase d'accueil et d'intégration ».	Recommandation 12 : Structurer l'accueil des nouveaux salariés : - travail en binôme les 1ers jours, - désignation de tuteur ou référent, - évaluation structurée des compétences et du relationnel (savoir être, bientraitance à l'égard des personnes âgées).,	Levée
R 13	Remarque n°15 : Selon les entretiens, l'établissement est marqué par l'absentéisme. Toutefois, il n'a pas mis en place des travaux sur la recherche des causes et des plans d'actions en lien avec la médecine du travail en respectant l'anonymat. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 17 : « Les phénomènes de turn-over importants, l'absentéisme de dernière minute ou répété, les conflits ouverts entre les professionnels ou encore la communication altérée entre des professionnels et leur cadre de proximité, doivent être ainsi des occasions pour l'encadrement de s'interroger sur leur propre management et sur l'organisation et de questionner la qualité du lien entre les professionnels et les usagers ».	Recommandation 13 : Mettre en place un suivi relatif à l'absentéisme : - recherche des causes, - plans d'actions, - suivi	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
R 14	Remarque n°16 : Le plan bleu date de l'année 2014 et n'a pas fait l'objet d'une actualisation.	Recommandation 14 : Actualiser le plan bleu	3 mois
R 15	Remarque n°17 : L'établissement n'a pas procédé au remplacement de l'assistante en soins de gériatrie (ASG) travaillant au sein du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Cette organisation ne garantit pas une prise en charge de qualité des résidents. De plus, la liste des résidents intégrant le PASA n'est pas datée. Remarque n°19 : Tous les auxiliaires ne sont pas formés à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. L'affectation de ces professionnels au sein de l'unité de vie protégée ne respecte pas 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 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 ». Remarque n°20 : Tous les professionnels ne sont pas formés aux refus de soins, ce qui 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, septembre 2012 », p 44 : «	Recommandation 15 : Garantissez la présence de professionnels qualifiés et formés à la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés notamment au sein du PASA. Former les professionnels à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Former les professionnels aux refus de soins.	6 mois

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	Analyser et accompagner les situations de refus de soins ».		
R 16	Remarque n°18 : Selon les entretiens, la surveillance mensuelle du poids de chaque résident n'est pas systématiquement réalisée pour tous les résidents.	Recommandation 16 : Garantir la traçabilité de la surveillance du poids de chaque résident.	Levée
R 17	Remarque n°21 : Selon les entretiens, les mises en pyjama commencent pour certains résidents à partir de 16h30. Cette organisation ne respecte pas le rythme de vie des résidents. Elle n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, juin 2011 », p 27 : « Le rythme de vie des résidents ne coïncide pas avec le rythme institutionnel. Le nombre de professionnels auprès des résidents est plus important le matin que le soir et a fortiori la nuit. Or la vie quotidienne se déroule sur l'ensemble des 24 heures de la journée ».	Recommandation 17 : Respecter le rythme de vie des résidents, notamment en fin de journée.	Levée
R 18	Remarque n°22 : L'établissement n'a pas transmis à la mission un protocole relatif à la gestion des contentions. Remarque n°31 : Selon les entretiens, lors de la mise sous contention, toutes les familles ne sont pas systématiquement informées.	Recommandation 18 : Transmettre le protocole relatif à la gestion des contentions. Mettre en place une organisation garantissant l'information de la famille, en cas de mise sous-contention.	Levée
R 19	Remarque n°23 : Selon les entretiens, l'effectif des professionnels chargés de l'aide aux repas est insuffisant. Cette organisation n'est pas	Recommandation 19 : Garantir la présence d'un effectif suffisant en	Dès la clôture de la

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, juin 2011 », pp 32/32 : « Faire des repas des moments privilégiés de plaisir et de convivialité ».	nombre et qualifié pour les mises en bouches et les aides aux repas.	procédure contradictoire
R 20	Remarque n°24 : La mission a constaté que les professionnels ne tracent pas d'une manière systématique la température journalière des réfrigérateurs contenant les denrées alimentaires, ni la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation des boissons, telles que les jus de fruits. Cette organisation présente un risque dans la prise en charge alimentaires des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Recommandation 20 : Garantir la traçabilité journalière du relevé de température des réfrigérateurs contenant les denrées alimentaires, et mentionner la date d'ouverture et la date de fin de ces denrées (aliments et boissons).	Levée
R 21	Remarque n°25 : Selon les entretiens, les animations ne sont pas adaptées à tous les profils des résidents.	Recommandation 21 : Mettre en place des animations adaptées à tous les besoins et profils des résidents.	Levée
R 22	Remarque n°26 : Selon les entretiens, l'établissement est marqué une carence dans le suivi de la douleur, notamment chez les résidents sous antalgique. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, septembre 2012 p 50 ». Remarque n°27 : Les résidents sous antalgiques ne font pas l'objet systématiquement d'un suivi par notamment les évaluations de la douleur.	Recommandation 22 : Mettre en place une organisation garantissant le suivi et l'évaluation de la douleur chez tous les résidents dès leur admission. Garantir le suivi de la douleur chez les patients sous antalgiques. Former les professionnels aux soins palliatifs.	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	Remarque n°28 : Selon les entretiens, tous les professionnels ne sont pas formés aux soins palliatifs		
R23	Remarque n°30 : A l'analyse d'un dossier d'une résidente en soins palliatifs, la mission a constaté que le médecin coordonnateur n'a pas contribué à la coordination des professionnels externes autour de cette résidente.	Recommandation 23 : Mettre en place une organisation garantissant la mise en place de soins palliatifs, d'une manière coordonnée entre les médecins traitants et le médecin coordonnateur afin, notamment de permettre aux structures externes d'intervenir rapidement au sein de l'EHPAD et de mettre à la disposition des IDE des prescriptions anticipées en cas de besoin.	Levée
R24	Remarque n°32 : L'établissement élabore chaque année un rapport médical d'activité annuel (RAMA). Mais, selon les entretiens, ce rapport ne donne pas lieu à des plans d'actions portant notamment sur les causes des hospitalisations en urgence, les besoins de formation des professionnels et les causes des escarres. 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 septembre 2012, p 99 ».	Recommandation 24 : Mettre en place une organisation garantissant l'analyse des RAMA, afin de pouvoir mettre en place des actions de prévention dans une démarche de qualité et gestion des risques.	6 mois
R25	Remarque n°33 : Les professionnels n'ont pas à leur disposition sur le chariot des médicaments, un trombinoscope avec les photos de tous les résidents. Cette organisation présente un	Recommandation 25 : Mettre à la disposition des salariés un trombinoscope avec les photos de tous les	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	risque de confusion entre résidents en cas de recours à des professionnels remplaçants.	résidents pour sécuriser les soins.	
R26	Remarque n°34 : Selon les entretiens, tous les professionnels ne sont pas formés à la sécurisation du circuit du médicament, ce qui ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017 » p 6 : « Axe 2 : 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) ».	Recommandation 26 : Former les professionnels à la sécurisation du « circuit du médicament » et désigner un référent formé au « circuit du médicament ».	Levée
R27	Remarque n°36 : La liste de dotation pour soins urgents n'est pas signée par le médecin coordonnateur.	Recommandation 27 : Faire signer la liste de dotation pour soins urgents par le médecin coordonnateur.	Levée
R28	Remarque n°37 : Les professionnels ne tracent pas en temps réel les administrations des médicaments. Remarque n°38 : Les professionnels ne procèdent pas un suivi détaillé des médicaments classés stupéfiants. Ils ne réalisent pas régulièrement des balances relatives aux entrées et sorties de ces médicaments en lien avec la pharmacie d'officine. Remarque n°39 :	Recommandation 28 : Garantir la traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel. Mettre en place une organisation garantissant le suivi des médicaments classés stupéfiants. Mettre fin aux transcriptions des prescriptions médicales,	Levée

N°	Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
	<p>Les IDE transcrivent sur papier les protocoles relatifs aux insulines, sans validation par un médecin. Cette organisation comporte un risque d'erreur.</p> <p>Remarque n°40 : La mission a constaté une absence de relevé systématique de journalier de la température du réfrigérateur contenant les produits thermosensibles. Il est indiqué sur la feuille de traçabilité les températures suivantes : 0°C le 7/12/2023 et le 11/12/2023 et 1°C le 6/12/2023. De plus, les professionnels déposent des produits thermosensibles dans le compartiment de la porte. La porte du compartiment freezer contient du givre. Cet état ne garantit pas la conservation de la température des produits thermosensibles y compris les insulines. Ces dernières peuvent être altérées par des températures inférieures à 2°C et les rendre inefficaces. Le respect des RCP (résumé caractéristique du produit) des différents produits thermosensibles n'est pas garanti.</p>	<p>car elles représentent un risque d'erreur.</p> <p>Mettre en place un suivi journalier de la température du réfrigérateur contenant les produits thermosensibles.</p> <p>Respecter les températures de conservation des produits thermosensibles entre 2 et 8 C°.</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels un protocole de conduite à tenir, où cas où les températures sont inférieures à 2 °C et supérieures à 8 C°.</p> <p>Ne pas mettre de produits thermosensibles dans la porte du réfrigérateur.</p>	
R 29	<p>Remarque n°41 : La mission a constaté la présence d'un stock de médicaments non identifiable.</p>	<p>Recommandation 29 :</p> <p>Les MNU (médicaments non utilisés) doivent faire l'objet d'un retour à Cyclamed.</p> <p>Avant la transmission des prescriptions à la pharmacie d'officine, les professionnels doivent</p>	Levée

N°	Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R)/prescription (P)	Délai de mise en œuvre
		vérifier les médicaments disponibles et marquer si besoin sur les prescriptions « ne pas délivrer ».	
R 30	Remarque n°42 : Tous les produits thermosensibles y compris les stylos à insuline ne comportent pas systématiquement l'identité du résident, la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture. Les produits antiseptiques tels que le Dakin® et la Biseptine® ne comporte pas la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture.	Recommandation 30 : Mettre en place une organisation garantissant l'identification des produits multidoses et comportant la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture.	Levée

