

Mission n°2024-HDF-00520



Lille, le

Le directeur général de l'agence  
régionale de santé

et

Le président du conseil  
départemental

à

Jean-Michel LEMOISNE  
Président du CCAS de  
RONCHIN  
12/13, place du général de  
Gaulle  
59790 RONCHIN

## LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : Levée de l'injonction et notification des mesures correctives suite à l'inspection du 23 mai 2024 de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Geneviève et Roger Bailleul sis 33, rue René Descartes à RONCHIN (59790).

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2024, l'EHPAD Geneviève et Roger Bailleul sis 33, rue René Descartes à RONCHIN (59790), a fait l'objet d'une inspection inopinée le 23 mai 2024 en application des articles L313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

A l'issue de la visite, des dysfonctionnements majeurs susceptibles de compromettre la sécurité des résidents accueillis au regard des dispositions de l'article L.311-3 du CASF ont été constatés concernant :

- la sécurisation des locaux ;
- la sécurisation de la prise en charge.

Par courrier conjoint du 31 mai 2024, nous vous avons demandé de mettre en place immédiatement les mesures permettant de corriger ces dysfonctionnements, sans attendre la transmission du rapport.

Par courrier du 6 juin 2024, vous nous avez transmis des éléments de réponse et des pièces justificatives des mesures mises en œuvre. Néanmoins, bien que ces documents témoignent de la mise en place d'actions correctives concernant la sécurisation des locaux et l'amélioration des pratiques professionnelles visant à renforcer la prise en charge, elles se sont révélées insuffisantes.

Aussi, par courrier du 16 mai 2025, nous vous avons enjoint, en application de l'article L313-14 du CASF et dans un délai de 8 jours, à mettre en œuvre les mesures nécessaires pour répondre aux exigences prévues à l'article L311-3 du même code, à savoir :

- sécuriser l'accès aux espaces techniques, accessibles aux résidents par un ascenseur à double porte ;
- définir et formaliser la conduite à tenir en cas de dépassement des seuils de température recommandés des réfrigérateurs.

Par courrier reçu le 28 mai 2025, vous avez transmis des éléments et des observations sur chaque dysfonctionnement repéré et formulé dans le cadre des injonctions prononcées.

L'analyse des documents reçus permet de souligner votre volonté de remédier rapidement aux dysfonctionnements constatés. La mission a notamment relevé les avancées suivantes :

- la sécurisation de l'accès aux espaces techniques, auparavant accessibles aux résidents via un ascenseur à double porte, a été renforcée par l'installation d'un digicode. Cette mesure est étayée par la facture correspondante, une photographie du dispositif installé, ainsi qu'un courrier de sensibilisation adressé aux intervenants extérieurs ;
- la mise en œuvre de plusieurs actions concernant la gestion des dépassements des seuils de température recommandés pour les réfrigérateurs accueillant les médicaments thermosensibles : la formalisation du protocole n°72 relatif au « stockage des médicaments dans le réfrigérateur à médicaments » incluant la liste des médicaments thermosensibles ; la transmission des relevés de température effectués par Médifroid sur une période donnée (mai 2025) ; et la complétude de la feuille d'émargement attestant de la prise de connaissance par les IDE de la procédure « entretien et relevé des températures des réfrigérateurs en salle de soin ».

Au regard des éléments transmis qui attestent de la mise en place de mesures relatives à la sécurisation des locaux, et la sécurisation de la prise en charge, l'injonction érigée le 16 mai 2025 est levée.

Par ailleurs, les autres manquements, non visés par l'injonction, ont été détaillés dans le rapport d'inspection ainsi que dans le tableau des mesures correctives envisagées, tous deux joints au courrier du 16 mai 2025.

Par courriels reçus les 28 mai 2025 et 18 juillet 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

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

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

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Nord, par le pôle offre et contractualisation de la direction autonomie. Ainsi, vous voudrez bien leur 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 et les éléments de preuve de la mise en œuvre des mesures identifiées.

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

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.



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 de l'autonomie

Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives.

## Mesures correctives

### Inspection du 23 mai 2024 au sein de l'EHPAD Geneviève et Roger Bailleul à RONCHIN (59790)

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques  | Délai de mise en œuvre  | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|---|--|
| E8  | L'accès et la circulation au sein des locaux n'assure pas une sécurité des personnes et des biens adaptés à la population prise en charge au sens de l'article L311-3 du CASF.   | I1 : Transmettre les justificatifs de sécurisation de l'ascenseur à double porte (bon de commande final, devis validé ou facture).<br><br>P1 : Rappeler à tous les intervenants extérieurs les enjeux en matière de sécurisation des lieux au regard du public accueilli.  | 8 jours à compter de la réception du courrier de notification | 28 mai 2025  |
| E16   | Le manque de suivi de la traçabilité de températures du réfrigérateur, l'incomplétude du protocole N°45 bis et sa non-diffusion à l'ensemble du personnel ne permettent pas de garantir une conservation des spécialités pharmaceutiques thermosensibles à une température stabilisée/adaptée, conforme aux autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments stockés (conservation entre +2°C et +8°C). Ceci ne permet pas de garantir un niveau de sécurisation satisfaisant, conformément à l'article L311-3 du CASF. | I2 : Réaliser un relevé quotidien et formalisé de la température des réfrigérateurs de conservation des médicaments, compléter le protocole N°45 bis, le diffuser à l'ensemble du personnel.<br><br>P2 : S'assurer de l'appropriation par le personnel de la conduite à tenir en cas de dépassement des seuils de température recommandés (par le biais de formations/sensibilisations/piques de rappel/audits internes...) afin de garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. | 8 jours à compter de la réception du courrier de notification |  |
| E1  | L'établissement ne dispose pas d'un registre côté et paraphé portant les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie, ce qui est contraire aux dispositions des articles L331-2 et R331-5 du CASF.  | P3 : Mettre en place un registre des entrées et sorties conforme aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.  | Immédiat  |  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|--|
| E2  | Contrairement aux dispositions de l'article R311-34 du CASF, le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement.  | P4 : Afficher le règlement de fonctionnement dans l'établissement.  | Immédiat               | <b>28 mai 2025</b>   |
| E3  | Contrairement aux dispositions de l'article D311-15 du CASF, les résultats des enquêtes de satisfaction annuelles ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil de l'établissement.   | P5 : Afficher les résultats des enquêtes de satisfaction annuelles dans l'établissement.  | Immédiat               | <b>28 mai 2025</b>   |
| E4  | L'absence de réponse en cas de déclenchement du dispositif d'appel malade ne permet ni de prévenir ni de traiter de manière satisfaisante les événements indésirables et ne permet pas de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS. | P6 : Assurer un temps de réponse satisfaisant au déclenchement d'un appel.  | Immédiat               |  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| E5  | L'accès aux moyens de communication, y compris internet, dans les chambres et dans les espaces communs de l'établissement n'est pas assuré comme le prévoit le Décret n°2022-734 du 28 avril 2022.  | P7 : Garantir l'accès aux moyens de communication, y compris internet, dans les chambres et dans les espaces communs.                                 | 3 mois                 | 28 mai 2025   |
| E6  | La présence de palettes dans le jardin de l'UVA ne permet pas de garantir la sécurité des résidents au sens de l'article L311-3 du CASF.  | P8 : Retirer les palettes du jardin de l'UVA.   | Immédiat               | 28 mai 2025   |
| E7  | En n'apposant pas les dates d'ouverture sur les boissons multi doses et en ne suivant pas les recommandations de conservation des denrées alimentaires périssables, l'établissement n'assure pas la sécurité des résidents au sens de l'article L311-3 du CASF. | P9 : Apposer les dates d'ouvertures sur les produits alimentaires et suivre les recommandations de conservation des denrées alimentaires périssables. | Immédiat               |   |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre   | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|--|--|
| E9  | En ne réévaluant pas périodiquement les projets individualisés, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.  | P10 : Réévaluer périodiquement les projets de vie individualisés des résidents.   | Immédiat puis à une périodicité régulière et chaque fois que de besoin |  |
| E10   | L'établissement ne garantit pas suffisamment la présence quotidienne de nuit de personnel qualifié, ce qui est contraire aux dispositions figurant aux articles L311-3 et L312-1 du CASF. | P11 : Garantir une présence suffisante en nombre de personnel qualifié la nuit.   | Immédiat   |  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques                                       | Délai de mise en œuvre              | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|-------------------------------------|--|
| E11   | La méconnaissance par les professionnels du dispositif de traitement des EI ne permet pas une gestion acceptable des signalements, ce qui ne respecte pas les obligations prévues aux articles L331-8-1, R331-8 et suivants du CASF et est contraire aux recommandations de la HAS. | P12 : Garantir la connaissance par les professionnels du dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des événements indésirables, à travers des formations et sensibilisations régulières. | 1 mois puis à périodicité régulière |  |
| E12   | La présence de repas du personnel dans les réfrigérateurs mis à disposition des résidents constitue un risque de confusion et ne permet pas d'assurer leur sécurité au sens de l'article L311-3 du CASF.  | P13 : Conserver les repas du personnel dans un espace dédié distinct des réfrigérateurs destinés à la conservation des denrées alimentaires des résidents.                                  | Immédiat                            | <b>28 mai 2025</b>   |



| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| E13   | L'absence d'indications relatives au contenu et à la date d'ouverture des produits alimentaires constitue un risque pour les résidents au sens de l'article L311-3 du CASF. | P14 : Préciser les dates d'ouvertures des produits alimentaires et le contenu exact des contenants.   | Immédiat               |  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| E14   | L'absence d'indications relatives au résident et à la date de distribution des bouteilles d'eau mises à disposition est un facteur de risque de confusion et ne permet pas d'assurer la sécurité des résidents au sens de l'article L311-3 du CASF. | P15 : Indiquer le nom du résident et la date de distribution sur les bouteilles d'eau mises à disposition.  | Immédiat               |   |
| R8  | Le défaut d'indication relative à la date de distribution des bouteilles d'eau mises à disposition des résidents ne permet pas d'assurer un suivi hydrique rigoureux de ces derniers.   |   |                        |   |
| E15   | Le temps d'intervention du médecin coordonnateur n'est pas conforme aux exigences de l'article D312-156 du CASF.  | P16 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.   | Immédiat               |   |
| E17   | Les conditions d'accès aux dossiers médicaux ne garantissent pas le respect des dispositions de l'article L1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical.   | P17 : S'assurer de la fermeture de l'armoire de conservation des dossiers médicaux en l'absence d'un personnel habilité afin de garantir le respect du secret médical tel que prévu par le CSP. | Immédiat               | <b>18 juillet 2025</b>  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| E18   | L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. | P18 : Actualiser le projet d'établissement en y incluant un projet de soins dans une démarche participative.  | 6 mois                 |  |
| E19   | L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.                             |   |                        |  |
| E20   | Le règlement de fonctionnement ne possède pas de date de validité, conformément à l'article R311-33 du CASF.  | P19 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement en prévoyant sa période de validité.   | 1 mois                 | <b>28 mai 2025</b>   |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| E21   | En ne comportant pas les coordonnées des autorités administratives, ni la liste des personnes qualifiées, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article L311-4 du CASF, 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 <sup>1</sup> et aux recommandations de la HAS <sup>2</sup> . | P20 : Mettre à jour le livret d'accueil en précisant les coordonnées des autorités administratives et en incluant la liste des personnes qualifiées.  | 1 mois                 |  |
| E22   | En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.   | P21 : Réunir le CVS au moins trois fois par an.   | Immédiat               | <b>28 mai 2025</b>   |

<sup>1</sup> Instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

<sup>2</sup> 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 |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| E23   | Les comptes-rendus de réunion du CVS non signés par son président ne sont pas conformes aux exigences de l'article D311-20 du CASF.   | P22 : Faire signer les comptes-rendus du CVS par son président.   | Immédiat               | 28 mai 2025  |
| E24   | L'organisation des consultations médicales individuelles dans un espace collectif partagé ne permet pas de respecter les dispositions de l'article R4127-2 du CSP : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. » | P23 : Organiser les consultations médicales individuelles dans le respect de la confidentialité.  | Immédiat               |  |
| R1  | Le défaut d'affichage de la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang et l'absence d'un kit spécifique AES ne favorisent pas la connaissance de la conduite à tenir et son appropriation par les professionnels et peuvent constituer un frein à la réactivité de ces derniers.                            | R1 : Afficher en salle de soins de façon visible la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang et mettre à disposition un kit spécifique de prise en charge immédiatement accessible. | Immédiat               |  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques   | Délai de mise en œuvre  | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|---|--|
| R2  | La durée du jeûne nocturne supérieure à 12h00 n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM : « nécessité d'éviter une période de jeûne trop longue (>12h), même s'il est proposé une collation le soir ou la nuit » (Qualité de vie en EHPAD – Volet 2 – Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, ANESM, septembre 2011). | R2 : Organiser les rythmes des repas de façon à atténuer les contraintes de la vie collective et garantir au résident une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, adaptés à son âge et à ses besoins et favorisant son développement et son autonomie. | Immédiat  |  |
| R3  | Les protocoles de prévention et de lutte contre la maltraitance et Conduite à tenir en cas de maltraitance envers un résident n'ont pas été revus depuis 2018.   | R3 : Actualiser les protocoles de prévention et de lutte contre la maltraitance et conduite à tenir en cas de maltraitance envers un résident.  | 1 mois  | <b>28 mai 2025</b>   |
| R4  | En l'absence de traçabilité et d'analyse globale régulière, l'organisation de la gestion des événements indésirables n'est pas exhaustive et ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux recommandations de la HAS.                     | R4 : Tracer l'ensemble des événements indésirables signalés et en faire une analyse globale régulière.  | Immédiat pour la traçabilité ;<br>6 mois pour la première analyse globale et à périodicité annuelle par la suite. |  |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre              | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|-------------------------------------|--|
| R5  | En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS, l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque. | R5 : Formaliser et tracer la gestion des réclamations des familles  | Immédiat                            | <b>28 mai 2025</b>   |
| R6  | La fréquence des réunions de la commission des menus n'est pas suffisante, ce qui est contraire aux recommandations de l'ANESMS <sup>3</sup> .   | R6 : Organiser des commissions des menus plus fréquentes et plus régulières.  | 6 mois puis à périodicité régulière | <b>28 mai 2025</b>   |

<sup>3</sup> ANESMS, « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », Septembre 2011.

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |  | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques  | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective<br>(zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| R7  | Le défaut d'entretien régulier et de contrôle journalier des températures des réfrigérateurs destinés aux denrées alimentaires n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques du CCLIN-Arlin (Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social/ Restauration/ « Hygiène en restauration » - 2015). | R7 : Réaliser un entretien régulier des réfrigérateurs pour denrées alimentaires et relever quotidiennement leur température.  | Immédiat               |  |
| R9  | Le défaut de traçabilité de l'hydratation des résidents peu ou non autonomes ne permet pas d'assurer une surveillance hydrique de ces derniers.  | R8 : Mettre en place pour les résidents peu ou non autonomes un protocole systématique de surveillance de l'hydratation (consommation de boissons) et surveillance de la déshydratation (signes cliniques), ce protocole pouvant être graduel. | Immédiat               |  |



| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection |   | Injonction (I) /<br>Mise en demeure (MED) /<br>Prescription (P) /<br>Recommandations (R) /<br>Fondement juridique /<br>Référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| R10   | Le manque de démarche formalisée structurante suffisante de la part de la direction en vue de favoriser une réflexion collective est contraire aux recommandations de la HAS <sup>4</sup> .   | R9 : Organiser des réunions d'équipes régulières et formalisées en incluant les équipes de nuit.  | 1 mois                 | 28 mai 2025   |
| R11   | L'absence de participation des équipes de nuit aux réunions de service ne permet pas de garantir un partage optimal de l'information et une adhésion des professionnels aux décisions prises en matière de pilotage de l'établissement, ce qui ne répond pas aux recommandations de la HAS <sup>5</sup> . |   |                        |   |
| R12   | L'absence d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS <sup>6</sup> .  | R10 : Organiser un temps régulier dédié à l'expression des salariés hors présence de la hiérarchie.   | 1 mois                 |   |

<sup>4</sup> HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008 – HAS « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » - juillet 2008 – HAS « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » - juillet 2008.

<sup>5</sup> HAS « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » - juillet 2008 ; HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008 ; HAS, « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » - mai 2010.

<sup>6</sup> HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.