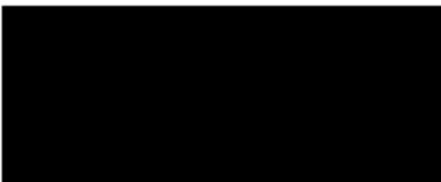




Réf : 2022-HDF-00292 – DOMS – PPT59 – TM
Mission n° 2022-HDF-00292



Lille, le 10 octobre 2024

Le directeur général de l'agence régionale de santé

et

le président du conseil départemental

à

Monsieur Eric JULLIAN
Directeur
de l'EHPAD « Mathilde Yseu »
16, rue de l'Abreuvoir
80310 Picquigny

Objet : mesures correctives à la suite de l'inspection du 8 décembre 2022 à l'EHPAD « Mathilde Yseu » sis 16, rue de l'Abreuvoir à Picquigny.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code l'action sociale et des familles afin de s'assurer :

- que les conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents ou le respect de leurs droits ;

- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et répond aux obligations réglementaires.

Cette inspection a été réalisée le 8 décembre 2022. Par courrier reçu par mes services le 28 septembre 2023, vous nous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Les éléments de réponse transmis ont conduit à la levée de la prescription n°8 et des recommandations n°2, n°7, n°9, et n°14. Par ailleurs, les délais accordés pour la mise en œuvre des prescriptions n°3, n°4, n°11 et n°15 ont été revus.

En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales qui closent la procédure contradictoire. A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de la Somme de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues ainsi que les documents demandés dans le respect des délais fixés.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection que le directeur général de l'agence régionale de santé préside. Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre le rapport d'inspection au président du conseil d'administration.

Pour le président du conseil
départemental
et par délégation,
l'inspectrice générale

Françoise NGUYEN

Pièce jointe :

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

Mesures définitives
Inspection du 8 décembre 2022 de l'EHPAD Mathilde Yseu à Picquigny (80310).

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
E1	Au jour de l'inspection, il n'existe pas de registre des personnes accueillies conformément aux articles L. 331-2 et R.331-5 du CASF.	Prescription n°1 : Mettre en place le registre des personnes accueillies et le tenir à jour, conformément aux articles L.331-2 et R. 331-5 du CASF.	2 mois
E2	Le PASA n'est pas en fonctionnement au jour de l'inspection contrairement à l'autorisation qui lui a été accordée le 8 décembre 2015, ce qui n'est pas conforme à l'article L313-1 du CASF qui dispose que « (...) tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente ».	Prescription n°2 : Faire fonctionner le PASA en conformité avec l'autorisation du 8 décembre 2015.	3 mois
	Le contenu du règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans son intégralité conformément à l'article R.311-34 du CASF.		
E4	En l'absence de date permettant de vérifier sa révision selon une périodicité maximale de cinq ans, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R.311-33 du CASF.	Prescription n°3 : Intégrer une présentation du PASA dans le règlement de fonctionnement, dater ce document du jour de sa dernière actualisation, et afficher le règlement de fonctionnement dans son intégralité, conformément aux articles R. 311-34 et R. 311-33 du CASF.	6 mois
R1	Le règlement de fonctionnement ne comprend pas de paragraphe spécifique ou une présentation du PASA pour les résidents accompagnés au sein de ce pôle.		
E5	La charte des droits et libertés de la personne n'est pas annexée au livret d'accueil, en contradiction avec les dispositions de l'article L.311-4 du CASF.	Prescription n°4 : Actualiser le livret d'accueil de façon régulière et y annexer la charte des droits et libertés, ainsi que la liste des personnes qualifiées et le numéro d'écoute téléphonique, conformément aux	6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
R2	En n'intégrant pas la liste des personnes qualifiées au livret d'accueil ainsi que les modalités pratiques de leur saisine et les numéros d'appel des services d'accueil et d'écoute téléphonique tel que préconisé par la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, l'établissement ne permet pas aux usagers d'accéder aux recours à leur disposition pour faire valoir leurs droits.	dispositions de l'article L. 311-4 et à la circulaire DGAS/SD5 n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil.	
R7	Le livret d'accueil de l'établissement n'est pas mis à jour régulièrement, ce qui ne permet pas d'avoir une information précise sur les activités et les objectifs de l'établissement (Recommandation ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement » Novembre 2009).		
E9	La décision instituant le CVS ne fixe pas le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil, en contradiction avec l'article D.311-4 du CASF.		
E10	L'absence de signature des comptes rendus du CVS par le président du CVS contrevient à l'article D.311-20 du CASF.	Prescription n°5 : Mettre en place des réunions de CVS au moins trois fois par an, fixer et rendre public le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants du CVS, en accord avec l'article D.311-4 du CASF, et faire signer les comptes rendus de chaque CVS par le président de celui-ci, conformément à l'article D.311-16 du CASF.	3 mois
E11	En ne réunissant pas le CVS au moins trois fois chaque année, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article D.311-16 du CASF.		
E6	La mission d'inspection ne dispose pas d'informations suffisantes permettant de vérifier la consultation du projet d'établissement auprès du CVS conformément aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	Prescription n°6 : Elaborer un projet d'établissement qui soit actualisé et conforme aux dispositions des articles L311-8 et D. 312-160 du CASF, et le soumettre au CVS.	1 an
E7	Au regard du contenu du présent projet d'établissement, la mission constate que l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement conforme aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
E8	Contrairement à l'article D. 312-160 du CASF, le projet d'établissement n'intègre pas de plan précisant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.		
R3	Compte tenu du transfert de l'autorisation de fonctionnement de l'EHPAD au profit de l'EPSOMS, décidée par l'arrêté du 5 janvier 2023, et des réorganisations en cours au sein de l'EHPAD, le présent projet d'établissement ne permet pas de rendre compte de l'organisation et du fonctionnement actuel de la structure.		
R4	L'organigramme n'est pas actualisé puisqu'il n'intègre pas les derniers recrutements (médecin coordonnateur, psychologue). Il ne précise pas les fonctions de quatre agents nommés.	Recommandation n°1 : Actualiser l'organigramme à chaque changement afin d'assurer la lisibilité de l'organisation de l'établissement pour l'ensemble des professionnels, des résidents et des tiers.	1 mois
R5	La mission d'inspection constate que la cheffe de service assure des fonctions plus larges que celles qui pourraient être attendues d'une infirmière coordinatrice ou d'une cadre de santé. En effet, au-delà de la coordination des soins, elle est responsable de l'hôtellerie, de la restauration et de l'animation, impliquant pour elle une charge de travail importante répartie sur des missions diversifiées.	Recommandation n°2 : Evaluer la charge de travail de la cheffe de service et effectuer une revue des missions et responsabilités qui lui sont attribuées.	Recommandation levée.
R6	La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance est partiellement formalisée dans le projet d'établissement mais n'est pas connue des professionnels et manque d'opérationnalité pour une meilleure appropriation par les professionnels de l'établissement.	Prescription n°7 : Formaliser la politique de promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance dans le projet d'établissement et la décliner dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007, et sensibiliser/former le personnel à cette dernière.	1 an
E12	en ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil et le projet d'établissement ne sont pas conformes 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.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
R8	Le protocole de signalement et de gestion des événements indésirables graves n'est que partiellement formalisé. Les procédures de signalement sont formalisées mais l'analyse et le suivi des événements indésirables manquent d'opérationnalité et de traçabilité. En ce sens, il n'est pas possible d'affirmer qu'un dispositif opérationnel adapté de recueil, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des événements indésirables graves compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes accueillies est en place au sein de la structure. L'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM 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, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	<p>Prescription n°8 : Finaliser la formalisation du protocole de signalement et de gestion des signalements des événements indésirables graves, assurer la transmission systématique des EIG au Département et à l'ARS prévue par le décret du 21 décembre 2016.</p> <p>Recommandation n°3 : Formaliser les conduites à tenir en cas d'EIG et former le personnel à ces dernières, rendre opérationnels l'analyse et le suivi des EIG et en assurer la traçabilité.</p>	3 mois Prescription levée.
E13	La procédure de déclaration et de traitement d'un événement indésirable ne précise pas qu'en cas d'événement indésirable grave, un formulaire dédié est à compléter et à transmettre aux autorités compétentes.		
E14	La transmission des EIG aux services du Département n'est pas prévue dans les procédures, ce qui contrevient au décret du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.		
R9	Les conduites à tenir en cas de survenance d'un EIG, hors disparition inquiétante ou urgence médicale, ne sont pas formalisées. L'absence de formalisation peut constituer un risque dans la prise en charge des résidents, la HAS recommande de formaliser avec les professionnels, la procédure de gestion de crise (« mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 » - page 25).		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
E15	En ne fournissant pas l'ensemble des diplômes, l'établissement ne démontre pas la qualification du personnel pour exercer ses fonctions auprès de personnes vulnérables et contrevient aux dispositions de l'article L.312-1-II, al.2 du CASF.	Prescription n°9 : S'assurer des qualifications de l'ensemble du personnel, conformément aux dispositions de l'article L.312-1-II al. 2 du CASF.	Immédiat
E16	En ne démontrant pas qu'une vérification des casiers judiciaires a été réalisée pour chacun des membres du personnel, l'établissement ne s'assure pas de la compatibilité du personnel avec l'exercice de fonctions auprès de personnes vulnérables, et contrevient ainsi à l'article L.133-6 du CASF.	Prescription n°10 : S'assurer, lors de chaque embauche, de la compatibilité du personnel avec l'exercice de fonctions auprès de personnes vulnérables, conformément à l'article L. 133-6 du CASF.	Immédiat
R10	L'absence de formalisation précise des missions et responsabilité de chaque professionnel peut engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle selon la HAS « mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 ».	Recommandation n°4 : Elaborer des fiches de postes pour l'ensemble du personnel et s'assurer de l'appropriation de ces dernières par le personnel.	6 mois
E17	Les ASH et ASHQ réalisent des soins de nursing alors qu'ils n'ont pas les qualifications requises. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.	Prescription n°11 : Etablir une organisation des soins de nursing conforme aux articles R. 4311-3 et R. 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.	6 mois
E18	L'établissement emploie un médecin-coordonnateur à hauteur de 0,1 ETP, en contradiction avec l'article D.312-156 du CASF qui prévoit 0,6 ETP de médecin coordonnateur pour les EHPAD entre 60 et 99 places.	Prescription n°12 : Recruter un ou plusieurs médecins coordonnateurs afin d'atteindre 0,60 ETP, conformément à l'article D.312-156 du CASF.	6 mois
R11	L'absence de pool de remplacement peut constituer un risque dans la continuité de la prise en charge des résidents. La HAS recommande d'aménager l'organisation du travail pour ajuster le mieux possible les rythmes des	Recommandation n°5 : Constituer un pool de remplacement.	6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
	professionnels à ceux des usagers (« mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 »).		
R12	L'absence de personnel en nombre suffisant l'après-midi au deuxième étage et au sein du PASA constituent des risques pour la continuité de la prise en charge des résidents, la HAS recommande d'aménager l'organisation du travail pour ajuster le mieux possible les rythmes des professionnels à ceux des usagers (« mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 »).	Recommandation n°6 : Revoir l'organisation afin de mettre en place du personnel en nombre suffisant en continu et dans chacun des secteurs de l'EHPAD, notamment sur les créneaux de l'après-midi, au PASA, et en vue de réduire les délais d'attente de certains résidents avant le repas du midi.	3 mois
R13	En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'HAS qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (page 23 des recommandations de la HAS relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).	Recommandation n°7 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques, conformément aux recommandations de la HAS relatives aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.	Recommandation levée
R14	L'architecture et l'aménagement intérieur de l'établissement ne sont pas adaptés dans leur totalité à la population accueillie.	Recommandation n°8 : Proposer un projet de réhabilitation de l'EHPAD permettant d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement des résidents.	1 an
R15	L'organisation des locaux de l'établissement ne permet que partiellement le respect de l'intimité des résidents.		
E19	L'absence d'équipements d'aide à la circulation des résidents dans l'ensemble de l'EHPAD, ainsi que l'accessibilité de locaux désaffectés ou pouvant contenir du matériel potentiellement dangereux, ne permet pas de	Prescription n°13 : Installer des équipements d'aide à la circulation dans l'ensemble de l'EHPAD et sécuriser les locaux désaffectés.	3 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
	garantir la sécurité des résidents, en contradiction avec l'article L311-3 du CASF.		
E20	L'absence de dispositif d'appel en état de fonctionnement représente un risque pour la sécurité des résidents, ce qui est contraire à l'article L.311-3 du CASF.	Prescription n°14 : Procéder à la remise en état du système d'appel malade, et s'assurer de façon régulière de son bon fonctionnement.	Immédiat
R16	Le défaut de document formalisant la procédure d'admission ne permet pas d'en avoir une appréciation objective au regard des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, notamment en ce qui concerne l'élaboration de la décision, l'information donnée sur les droits des usagers, et les préconisations en matière d'information, recherche et recueil du consentement du futur résident.	Prescription n°15 : Formaliser la procédure d'admission et d'accueil des résidents garantissant le respect des dispositions des articles L. 311-4 et L. 311-5 du CASF et s'assurer de sa bonne appropriation par le personnel.	6 mois
E21	Les éléments constituant de fait la procédure d'accueil instaurée au sein de l'établissement ne garantissent pas le respect des dispositions des articles L.311-4 et L.311-5 du CASF.		
E22	En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet d'accompagnement personnalisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 16 : Mettre en place un projet personnalisé pour chaque résident et s'assurer de son évaluation annuelle, conformément aux dispositions de l'article L. 311-3 du CASF.	6 mois
R17	L'absence d'évaluation annuelle du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins (ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé, décembre 2008 ; « Qualité de vie en EHPAD (Volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012).		
R18	Les modalités d'organisation des soins du matin ne permettent pas de respecter les rythmes de vie individuels des résidents et sont de nature à engendrer une longue durée d'attente avant le repas du midi.	Cf. Recommandation n°6	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
R19	La mise en place de mesures de contention ne respecte pas les recommandations de la conférence de consensus ANAES/FHF de novembre 2004 (« liberté d'aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité »), notamment la recherche d'alternatives systématiques, la prescription médicale obligatoire en temps réel après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et la motivation écrite dans le dossier médical, la surveillance programmée mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers, la vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité.	Recommandation n°9 : Revoir les procédures de mise en place et d'évaluation des mesures de contention au sein de l'établissement, en veillant à chercher systématiquement des alternatives, en assurant le respect de la prescription médicale obligatoire en temps réel après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, la motivation écrite dans le dossier médical, la surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers, la vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité de la personne.	Recommandation levée.
R20	Les plans de soins de résidents ne sont pas à jour concernant la texture du repas et le régime adapté pour chaque résident, ce qui accroît les risques pour les résidents (fausses routes, résidents diabétiques, etc.)	Recommandation n°10 : Mettre à jour les plans de soins de l'ensemble des résidents concernant leur régime et la texture adaptée pour leurs repas.	3 mois
E23	Les admissions ne donnent pas systématiquement lieu à une évaluation gériatrique du résident par le médecin coordonnateur, contrairement à ce que prévoit l'article D.312-158 du CASF.	Prescription n°17 : Rendre systématique la réalisation d'une évaluation gériatrique par le médecin coordonnateur pour toute nouvelle admission de résident, comme prévu par l'article D. 312-158 du CASF.	1 mois
R21	La totalité des résidents ne dispose pas d'un projet de soins individualisé formalisé et mis à jour en tant que de besoin.	Recommandation n°11 : Formaliser un projet de soins individualisé pour chacun des résidents et veiller à sa mise à jour régulière.	3 mois
R22	La mise en œuvre des projets de soins individualisés ne s'appuie pas sur un protocole dédié permettant de sécuriser les procédures.	Recommandation n°12 : Elaborer un protocole dédié à la mise en œuvre des projets de soins individualisés et veiller à son appropriation par les professionnels soignants.	1 mois
R23	Si des plans de soins sont effectivement mis en place pour chaque résident au sein de la structure, ces plans ne sont toutefois pas uniformisés et complets, et leur réévaluation n'est pas effectuée de manière structurée et régulière, ce qui engendre un risque pour la sécurité des soins et des accompagnements proposés aux résidents.	Recommandation n°13 : Uniformiser les plans de soins des résidents et veiller à leur complétude et à leur réévaluation régulière via l'élaboration d'une procédure dédiée.	1 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire (sauf mention contraire)
R24	Aucun dossier de liaison d'urgence (DLU) type n'est formalisé, ce qui emporte un risque de perte d'informations dans les échanges avec les services hospitaliers, notamment d'urgence, ou d'autres praticiens.	Recommandation n°14 : Formaliser un DLU type et constituer un DLU pour chaque résident pris en charge au sein de l'EHPAD.	Recommandation levée.
R25	Les réunions pluridisciplinaires d'évaluation des résidents ne sont pas organisées de manière régulière, et ces réunions ne sont pas tracées dans les dossiers des résidents.	Recommandation n°15 : Mettre en place des réunions pluridisciplinaires d'évaluation des résidents de manière régulière, et organiser la traçabilité de ces réunions dans les dossiers des résidents.	3 mois
R26	L'effectivité du protocole « douleur » en place dans l'établissement est limitée, celui-ci n'étant pas appliqué à l'ensemble des résidents de manière systématique à l'admission, à chaque retour d'hospitalisation, lors de la prescription de traitement antalgique, et selon les recommandations de bonnes pratiques, incluant l'application d'une échelle de douleur.	Recommandation n°16 : S'assurer de la bonne appropriation du protocole « douleur » par les professionnels soignants et veiller à son application systématique à l'ensemble des résidents à l'admission, à chaque retour d'hospitalisation, lors de la prescription d'un traitement antalgique, incluant l'application d'une échelle de douleur.	1 mois
R27	La formation des professionnels à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur des résidents d'EHPAD est insuffisante.	Recommandation n°17 : Renforcer la formation des professionnels concernant l'évaluation et à la prise en charge de la douleur des résidents.	3 mois
R28	L'absence de formalisation de certains partenariats avec les acteurs du territoire ne démontre pas l'ouverture suffisante et durable de l'établissement sur l'extérieur et n'est pas conforme avec la recommandation de bonnes pratiques « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » de la HAS (décembre 2008).	Recommandation n°18 : Renforcer l'ancrage de l'EHPAD sur son territoire d'intervention et ses liens avec son environnement, notamment avec le secteur sanitaire (équipe mobile de psychogériatrie, équipe de secteur psychiatrique), en formalisant les partenariats mis en place et en veillant à l'intégration de l'EHPAD dans une filière de soins gériatriques.	6 mois