



Réf : 2024-D3SSE-YM

Mission n° 2024-00518/00519



Lille, le 20 AOUT 2025

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et

le président du conseil départemental

à

Madame Claudine Graver
Directrice du centre intercommunal
de gérontologie
16, rue de Bousbecque
59126 Linselles

Objet : mesures correctives suite à l'inspection du 15 mai 2024 des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Rose d'automne » situé au 16 rue de Bousbecque 59126 à Linselles et « La cerisaie » situé au 19 rue de Linselles à Bousbecque, rattachés au centre intercommunal de gérontologie (CIG) de Linselles.

Suite à la réception d'une réclamation à l'agence régionale de santé Hauts-de-France et dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle 2024, nous avons décidé de diligenter une inspection au sein des EHPAD « Rose d'automne » et « La cerisaie », situés respectivement au 16, rue de Bousbecque et au 19, rue de Linselles à Linselles (59126) rattachés au CIG de Linselles, en application des articles L.313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF), et des articles L.1421-1 et L.1435-7 du code de la santé publique (CSP).

Cette inspection a été réalisée le 15 mai 2024 et avait pour objet de vérifier :

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

- la capacité des établissements à prévenir et gérer les situations de maltraitance ;
- la qualité et la sécurité des soins.

A l'issue de cette inspection, la mission a constaté des dysfonctionnements au sein la résidence de Bousbecque, susceptibles de compromettre la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents prévues par l'article L311-3 du CASF ; et en application de l'article L313-14 du CASF, par courrier en date du 26 mai 2025, nous vous avons enjoint :

- d'entreprendre les démarches pour sécuriser les escaliers de la résidence ;
- de sécuriser l'accès aux produits dangereux.

Au regard de votre réponse et des précisions apportées dans votre courrier reçu le 13 juin 2025, ces injonctions sont levées.

Par le courrier en date du 26 mai 2025, nous vous avons également adressé le rapport d'inspection et le tableau des mesures envisagées. Dans votre réponse reçue le 13 juin 2025, vous avez fait part de vos observations concernant le rapport d'inspection et ces mesures.

En conséquence, vous trouverez ci-joint le rapport d'inspection modifié, ainsi que les décisions finales qui closent la procédure contradictoire.

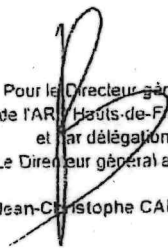
A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint. Le contrôle de leurs mises en place sera assuré, pour l'ARS par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement, et pour le Conseil départemental, par la direction de l'autonomie.

Ainsi, vous voudrez bien le leur transmettre, dans le respect des échéances fixées le tableau des mesures complété par les délais effectifs de mise en œuvre des actions prévues et 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'ARS.

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 prions d'agréer, Madame la directrice, 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 de l'autonomie


Le Directeur Adjoint de l'Autonomie
Jean-Baptiste WERQUIN

 Pierre Loyer

Pièces jointes :

- rapport d'inspection modifié
- le tableau listant les mesures correctives

Mesures correctives
 Suite à l'inspection du 15 mai 2024 des EHPAD
 « Rose d'automne » à Bousbecque et « La cerisaie » à Linselles,
 Rattachés au centre intercommunal de gérontologie de Linselles.

R/P/I	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)	Date de mise en œuvre effective
I1	Ecart n°10 : Les portes battantes des escaliers de l'EHPAD de Bousbecque ne sont pas sécurisées, ce qui présente un risque pour notamment les résidents en fauteuil roulant. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Injonction 1 : Entreprendre les démarches pour sécuriser les portes battantes des escaliers de l'EHPAD de Bousbecque.	Levée	
I2	Ecart n°11 : En ne prenant pas toutes les précautions afin	Injonction 2 :	Levée	

	<p>d'éviter que les résidents ne puissent avoir un accès libre à des produits dangereux (solution hydroalcoolique, produits d'entretien...) dont une utilisation inappropriée serait susceptible de leur porter préjudice, l'établissement n'assure pas suffisamment la sécurité des personnes accompagnées au sens de l'article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Sécuriser les accès aux des produits dangereux (solution hydroalcoolique, produits d'entretien...) de l'EHPAD de Bousbecque.</p>		
P1	<p>Ecart n°1 : Chaque établissement (EHPAD Linselles et EHPAD Bousbecque) ne dispose pas de son propre règlement de fonctionnement. De plus, le règlement de fonctionnement commun à ces deux établissements ne respecte pas les dispositions des articles R311-33 à R311-37 du</p>	<p>Prescription 1 : Respecter les dispositions relatives à l'article R. 311-33 du code de l'action sociale et des familles portant sur la datation du règlement de fonctionnement, afin de rendre lisible la date de sa révision.</p>	<p>Juillet 2025</p>	

	<p>code de l'action sociale et des familles portant, notamment sur la date de validation, la consultation du CVS et du CSE et les modalités de rétablissement des prestations.</p> <p>Remarque n°1 : Les informations relatives aux accès à Internet mentionnées dans le règlement de fonctionnement ne sont pas explicites.</p> <p>Remarque n°2 : Le règlement de fonctionnement fait référence à la personne de confiance de l'article L.1111-6 du code de la santé publique au lieu de l'article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Préciser les modalités d'accès à Internet dans le règlement de fonctionnement.</p> <p>Mentionner dans le règlement de fonctionnement la notion de personne de confiance.</p>		
P2	Ecart n°2 : Chaque EHPAD ne dispose pas de son propre	Prescription 2 :	6 mois	

	<p>projet d'établissement et projet de soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>Elaborer de manière participative un projet d'établissement avec toutes ses composantes et thématiques : projet de soins, soins palliatifs, coopération avec les établissements de santé, prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, formation des professionnels, prévention de la maltraitance</p> <p>Les actions mentionnées dans le projet doivent comporter des indicateurs pondérables et des objectifs escomptés à évaluer périodiquement.</p>		
P3	<p>Ecart n°3 : En ne précisant pas suffisamment les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental), le livret</p>	<p>Prescription 3 :</p> <p>Mettre à jour le livret d'accueil en y intégrant des informations relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la prévention de la maltraitance, -le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, 	<p>Septembre 2025</p>	

	d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles et 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.	-les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental).		
P4	Ecart n°4 : En ne datant pas le règlement intérieur du CVS, l'établissement n'a pas la capacité de démontrer que ce dernier est établi à la 1ère réunion du nouveau conseil, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article D311-19 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 4 : Respecter les dispositions de l'article D311-19 du code de l'action sociale et des familles relatives à la datation du règlement intérieur du CVS.	Juillet 2025.	
P5	Ecart n°5 : Le règlement intérieur des établissements n'a pas été mis à jour en 2022	Prescription 5 :	Fin juillet 2025	

	<p>et n'est donc pas en conformité avec le décret n°2022-688 du 25 avril 2022, en ce qui concerne les droits et libertés des personnes accompagnées, les nouvelles dispositions concernant les résultats de l'évaluation externe, l'enquête de satisfaction annuelle et l'orientation des usagers vers les personnes qualifiées en cas saisine sur des réclamations et/ou dysfonctionnements.</p>	<p>Mettre à jour le règlement intérieur conformément aux dispositions du décret n°2022-688 du 25 avril 2022.</p>		
P6	<p>Ecart n°7 : En n'organisant pas de réunion de CVS trois fois par an, en ne mettant pas en place des compte-rendu pouvant être consultés, notamment par toutes les personnes accompagnées, en ne s'assurant pas que le nombre de membres des représentants des personnes</p>	<p>Prescription 6 : Respecter les dispositions de l'article D311-8 du code de l'action sociale et des familles relatives aux élections spécifiques au CVS pour les membres du personnel.</p>	<p>Levée</p>	

	accueillies et des familles soit supérieur à la moitié des participants lors des réunions du CVS, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-5, D311-17, D311-20, D311-26 et D311-32-1 du code de l'action sociale et des familles.			
P7	Ecart n°6 : En ne désignant pas les représentants du personnel parmi les élus du CTE, le conseil d'administration ne permet pas à tous les professionnels exerçant dans la structure de se présenter aux élections du CVS, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.311-13 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 7 : Respecter les dispositions de l'D.311-13 du code de l'action sociale et des familles relatives à la désignation des représentants du personnel parmi les élus du CTE.	Levée	
P8	Ecart n°8 : La direction des deux EHPAD ne réalisent pas d'enquête annuelle de	Prescription 8 :	Levée	

	satisfaction, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.311-21 du code de l'action sociale et des familles.	Réaliser des enquêtes de satisfaction annuelles et transmettre les résultats aux résidents et à leur famille/tuteur.		
P9	Ecart n°9 : Des agents non qualifiés, tels que les ASH participent à la prise en charge des résidents et réalisent des soins de nursing. Cette situation correspond à un glissement de tâches et constitue un risque, ce qui est contraire aux dispositions du décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Cette organisation ne garantit	<p>Prescription 9 :</p> <p>Mettre fin aux glissements de tâches en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> -les actes de soins de nursing le jour et la nuit, -la gestion totale des médicaments de manière autonome par les AS/AES/AMP au sein de l'UVA. Ces professionnels peuvent participer uniquement à l'aide à la prise de médicaments, -la composition des équipes de nuit par des agents qualifiés pour réaliser des soins de nursing. 	Dès la clôture du contradictoire.	

	<p>pas la sécurité des résidents lors de la réalisation de ces soins, contrairement aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Ecart n°14 : Tous les professionnels de nuit ne sont pas qualifiés, ce qui est contraire aux dispositions du dispositions du décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.</p> <p>Ecart n°18 : La gestion de l'administration des</p>			
--	---	--	--	--

	traitements médicamenteux (sécables et solutés) est organisée par les AS/AES/AMP au niveau de l'UVP, ce qui est contraire aux dispositions des articles R.4311-1 et suivants du code de la santé publique et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.			
P10	Ecart n°12 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement ne sécurise pas le processus d'admission (bilan gériatrique à l'admission et évaluation des besoins en	Prescription 10 : Sécuriser le processus d'admission des nouveaux résidents et la coordination des soins par le	Dès la clôture du contradictoire	

	soins de chaque résident en fonction matériels et humains de l'établissement). Cette organisation ne respecte pas l'article D.312-156 du code de l'action sociale et des familles.	recrutement d'un médecin coordonnateur.		
P11	<p>Ecart n°13 : L'établissement n'élabore pas de projets de vie individualisés pour ses résidents de manière concertée avec les résidents et leurs familles, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles et aux recommandations de la HAS/ANESM.</p> <p>Remarque n°9 : Les professionnels ne mettent pas en place un bilan d'entrée systématique portant sur les premières semaines du séjour de chaque nouveau résident,</p>	<p>Prescription 11 :</p> <p>Elaborer pour chaque résident un PAP dès son admission.</p> <p>Mettre en place un dispositif (procédure) d'évaluation portant sur les premiers jours du séjour de chaque nouveau résident, afin de mieux connaître, notamment son adaptation à son nouvel environnement et ses besoins.</p> <p>Elaborer pour chaque résident un PAP.</p>	Levée	

	afin d'examiner notamment son adaptation à son nouvel environnement. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (Qualité de vie en Ehpad volet 1).			
P12	Ecart n°26 : Tout renouvellement de prescription ne donne pas lieu systématiquement à un examen clinique, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R5132-3 du code de la santé publique.	Prescription 12 : Faire respecter par les médecins les dispositions de l'article R5132-3 du code de la santé publique relatif aux modalités d'élaboration de toute prescription médicale.	Levée	
P13	Ecart n°20 : Les aides à la prise de médicaments réalisées par les AS/AES/AMP ne sont pas formalisées dans un protocole de collaboration nominatif, daté et signé par ces professionnels et les IDE. De plus, tous les agents	Prescription 13 : Formaliser dans un protocole de collaboration l'aide à la prise de médicaments entre les IDE et les AS/AES/AMP. Ce protocole doit être nominatif daté et signé par les collaborateurs.	3 mois	

	(AS/AES/AMP) participant à l'aide à la prise de médicaments ne sont pas formés à la sécurisation du circuit du médicament. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.313-26 du code de l'action sociale et des familles et R.4311-4 du code de la santé publique.	Former les AS/AES/AMP à la sécurisation du circuit du médicaments.		
P14	Ecart n°19 : Les professionnels des 2 EHPAD ne disposent pas d'une liste de dotation pour soins urgents signée par un médecin, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.5126-108 du code de la santé publique.	Prescription 14 : Mettre à la disposition des professionnels une liste de dotation pour soins urgents élaborée par un médecin en coordination avec les IDE et la pharmacie d'officine afin de déterminer les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires pour la prise en charge des situations d'urgence vitale.	1 mois	
P15	Ecart n°21 : La mission a constaté une salle de soins ouverte au sein de l'EHPAD de	Prescription 15 :	Levée	

	Linselles, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4312-39 du code de la santé publique.	Sécuriser les accès à toutes les salles de soins.		
P16	Ecart n°17 : L'établissement ne dispose pas d'un référent activité physique adaptée, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.311-40 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription 16 : Désigner un référent APA formé et identifié par les professionnels et les résidents.	Levée	
R1	Remarque n°3 : Chaque EHPAD ne dispose pas de son propre organigramme précisant les fonctions des personnels et les niveaux hiérarchiques.	Recommandation 1 : Elaborer pour chaque EHPAD un organigramme visible aux familles/tuteurs et aux professionnels dont les nouveaux arrivants.	Levée	
R2	Remarque n°4 : L'établissement n'a pas désigné de référent bientraitance au niveau des deux EHPAD, ce qui n'est pas	Recommandation 2 : Désigner un ou plusieurs référent (s) bientraitance. Cette personne ou ces personnes doivent être	3 mois	

	<p>conforme aux recommandations de la HAS « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement, 3/10/2024 » ; p 17.</p> <p>Remarque n°8 : La direction n'organise pas des formations structurées portant sur la bientraitance, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 18.</p>	<p>identifiée(s) par les résidents, les professionnels et les tuteurs.</p> <p>Mettre en place des formations sur la bientraitance de manière régulière et structurée en faveur de tous les salariés des EHPAD.</p>		
R3	<p>Remarque n°5 : Tous les référents des résidents ne remontent systématiquement pas les réclamations et les doléances des familles à la direction.</p>	<p>Recommandation 3 :</p> <p>Inciter tous les référents des résidents à remonter à la direction par tout moyen les réclamations</p>	Levée	

		émanant des familles/tuteurs des résidents.		
R4	<p>Remarque n°6 : Les actes post-mortem réalisés par les professionnels lors des toilettes mortuaires et les communications ayant lieu avec les familles des résidents décédés ne sont pas systématiquement tracés. L'établissement n'a pas mis en place une procédure relative à ces évènements. Cette organisation ne permet pas à tous les professionnels y compris l'encadrement de proximité le partage des informations lors de ces évènements.</p>	<p>Recommandation 4 :</p> <p>Faire en sorte que les professionnels notent les transmissions écrites sur Netsoin ou autre support portant sur les actes réalisés post-mortem et les échanges avec les familles et tuteurs des résidents décédés, relatifs aux visites et aux conditions des transferts des corps par les pompes funèbres.</p>	Levée	
R5	<p>Remarque n°7 : Le management de proximité ne met pas en place des RETEX structurés en présence de toutes les personnes</p>	<p>Recommandation 5 :</p> <p>En cas d'EIGS, mettre en place des RETEX structurés en présence de tous les professionnels</p>	Levée	

	<p>susceptibles d'être confrontées aux évènements signalés. De plus, il ne réalise pas d'audit qualité, ni de bilans périodiques sur les EI/EIG, afin de suivre notamment les plus récurrents.</p>	<p>susceptibles d'être confrontés à ces évènements.</p> <p>Mettre en place des audits qualité portant sur le niveau de qualité des prestations soins et hébergement.</p> <p>Réaliser des bilans périodiques sur les EIGS/EIG afin d'identifier les évènements les récurrents afin d'y travailler et de prévenir leur reproduction.</p> <p>Elaborer une cartographie des risques propre à la population accueillie et mettre en place des plans de préventions adaptés.</p>		
R6	<p>Remarque n°10 : L'EHPAD de Linselles n'a pas mis à la disposition des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés des espaces externes d'animation et/ou</p>	<p>Recommandation 6 :</p> <p>Mettre à la disposition des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés et des professionnels</p>	6 mois	

	d'activité externe ; ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM volet 2 p 34 et 37.	des espaces externes d'animation ou d'activités.		
R7	Remarque n°11 : Les réunions de services avec comptes rendus sont rares. Cette organisation ne permet pas aux professionnels d'échanger sur notamment l'organisation du travail et l'évolution des besoins des résidents en matière d'accompagnement. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 19.	Recommandation 7 : Mettre en place des réunions de services avec comptes rendus afin de permettre aux salariés d'échanger, notamment sur les prises en charge, les besoins des résidents et les difficultés rencontrées.	Levée	

R8	<p>Ecart n°15 : La mission a constaté que le relevé journalier de température des réfrigérateurs à denrées alimentaires n'est pas effectué tous les jours. La fiche CAT (conduite à tenir) indique des températures cibles comprises entre 3°C et 6°C au lieu de 0°C et 4°C. La présence de produits laitiers périmés dans le réfrigérateur pour les collations, soulève un risque pour la santé des résidents. De plus, l'établissement n'a pas mis à la disposition des salariés une procédure relative à l'entretien des réfrigérateurs. Cette situation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du code de l'action sociale des familles. De plus, elle ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques du CCLIN-Arlin (Maîtrise du risque infectieux</p>	<p>Recommandation 8 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la réalisation d'un relevé de température journalier de tous les réfrigérateurs.</p> <p>Actualiser la fiche CAT, en ce qui concerne notamment les températures cibles en fonction des aliments conservés dans ces réfrigérateurs.</p>	<p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>	
----	---	--	---	--

	en établissement médico-social/ Restauration/ « Hygiène en restauration » - 2015).			
R9	Remarque n°12 : Les menus sont composés sans l'avis de diététicienne ou de nutritionniste.	Recommandation 9 : Mettre en place une organisation garantissant l'intervention d'une diététicienne ou d'un nutritionniste pour l'élaboration des menus.	1 mois	
R10	Remarque n°13 (cf. écart n°14) : En l'absence de médecin coordonnateur, le suivi de l'état nutritionnel des résidents n'est pas garanti.	Recommandation 10 : Mettre en place une organisation en coordination avec les IDE, les cadres de santé et les médecins traitants garantissant le suivi de l'état nutritionnel de chaque résident au moins une fois par.	Levée	
R11	Remarque n°14 : Les produits multidoses dont les stylos à insulines ne comportent pas l'identité du résident, la date d'ouverture et la date de fin	Recommandation 11 : Les professionnels doivent inscrire sur les produits multidoses la date d'ouverture et la date de fin	Levée	

	<p>d'utilisation après ouverture. Les professionnels ne respectent pas systématiquement les indications du RCP de chaque flacon de médicament multidose après son ouverture.</p> <p>Remarque n°15 : La procédure « circuit du médicament » n'est pas finalisée.</p> <p>Remarque n°16 : Le sac d'urgence n'est pas entièrement constitué à l'EHPAD de Linselles. Cette organisation ne permet pas aux professionnels de garantir la prise en charge rapide des situations d'urgence vitale, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM « Comment réduire les hospitalisations non programmées des</p>	<p>d'utilisation après ouverture, conformément à leur RCP.</p> <p>Finaliser et transmettre la procédure circuit du médicament.</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels de l'EHPAD de Linselles un sac d'urgence comportant tous les produits et dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des urgences vitales.</p>		
--	---	---	--	--

	résidents des Ehpad, document d'appui qualité de vie en EHPAD volet 4, novembre 2012 », p 4.			
R12	Remarque n°17 : La mention « ND » (ne pas délivrer) sur les prescriptions médicales n'est pas systématiquement utilisée en cas de disponibilité des traitements médicamenteux.	<p>Recommandation 12 :</p> <p>Les IDE doivent vérifier systématiquement les médicaments disponibles par résident avant transmission des prescriptions à la pharmacie d'officine.</p> <p>Les IDE doivent apposer la mention « ND » par ligne de médicament disponible.</p>	Levée	
R13	Remarque n°18 : Les bouteilles d'O2 ne sont pas arrimées, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de l'ANSM « information : bouteille d'oxygène à usage médical - Point publié le 24/10/2008 – avec mise à jour le 21/12/2020 ».	<p>Recommandation 13 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant l'arrimage de toutes les bouteilles d'O2.</p>	Levée	