

**Le directeur général**

**Le président du conseil départemental  
Direction générale chargée de l'autonomie**

Lille, le 27 FEV. 2023

Réf: 2023-D3SE-SDIC-NS  
Mission n° 2022-HDF-0079

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le directeur général,

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles. L'inspection visait à vérifier que les conditions de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentaient pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits, au travers notamment l'analyse de la gouvernance, la mobilisation des effectifs et la prise en charge des résidents.

Cette inspection a été réalisée, de manière inopinée, le 13 avril 2022.

Eu égard à la gravité des constats établis, une lettre de mesure d'urgence, datée du 5 mai 2022, vous a été notifiée. Par courrier en date du 11 mai 2022, vous avez transmis des éléments de réponse qui, après analyse par la mission d'inspection, ont été jugés satisfaisants, sous réserve de la vérification ultérieure de l'effectivité et de l'efficience des mesures ainsi initiées.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 18 novembre 2022.

Par courrier en date du 19 décembre 2022, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Nous avons pris bonne note des mesures et des engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des propositions de la mission d'inspection.

Monsieur Bertrand DABAN  
Directeur Général  
Association Féron Vrau  
329 Bld Victor Hugo  
59019 LILLE

Au regard des éléments transmis, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En revanche des modifications ont été apportées aux mesures envisagées. 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. Nous attirons votre attention sur le fait que les échéances débutent à compter de la réception de ce courrier.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à 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. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre les mesures définitives au directeur de l'établissement concerné.


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

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

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

Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et p. de délégué  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

Pour le Président du conseil départemental  
et par délégation,  
le directeur adjoint de l'autonomie

  
Pierre LOYER

Pièces jointes :

- le rapport d'inspection
- le tableau listant les mesures définitives

**Mesures correctives à mettre en œuvre.**  
**Inspection du 13 avril 2022 de l'EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue à Lille.**

| <b>Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection</b> |  | <b>Injonction (I)<br/>Mise en demeure(MED)<br/>Prescription (P)<br/>Recommandation (R)</b>   | <b>Délais de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire</b> | <b>Prise en compte dans le cadre du contradictoire - janvier 2023</b>   |
|---|--|--|---|---|
| <b>E1</b>   | <b>Écart n°1 :</b> En disposant d'une capacité d'accueil de 325 résidents, l'établissement ne respecte la capacité définie par son arrêté d'autorisation (L313-1 CASF).  | <b>Prescription n° 1 :</b> Se conformer à l'autorisation en matière d'accueil et mettre à jour les outils de la loi 2002-2 à cet égard.  | 3 mois  | <b>Maintien de l'écart</b><br>– L'autorisation à laquelle est soumis l'EHPAD indique 315 places d'hébergement permanent et 4 places d'hébergement temporaire. |
| <b>E2</b>   | <b>Écart n° 2 :</b> En étant ni daté, ni affiché dans les locaux, le règlement de l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF.   | <b>Prescription n° 2 :</b> Mettre à jour le règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R311-34 du CASF. Afficher le règlement de fonctionnement au sein de la structure (dans un endroit visible). | 3 mois  |   |
| <b>E3</b>   | <b>Écart n°3 :</b> en n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans après | <b>Prescription n° 3 :</b> Consulter le CVS concernant le projet d'établissement (PE) de la structure. Ajouter au sein du PE la date de validation par le CVS.   | Lors du prochain CVS  | <b>Maintien de l'écart</b><br>– la mission note la réalisation d'un CVS en décembre 2022  |

|           |   |  |                           |  |
|-----------|---|--|---------------------------|--|
|           | consultation du conseil de la vie sociale... ».   |  |                           |  |
| <b>E4</b> | <b><u>Ecart n°4</u></b> : En ne réunissant pas le CVS au moins 3 fois par an, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.  | <b><u>Prescription n° 4</u></b> : Organiser au minimum 3 fois par an un CVS au sein de l'EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue.  | Dès la prochaine échéance | <b>Maintien de l'écart</b><br>- La mission prend note des élections à venir et du calendrier prévisionnel des CVS pour l'année 2023. |
| <b>E5</b> | <b><u>Ecart n°5</u></b> : l'absence d'un volet relatif à l'amélioration de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance dans le plan de formation de l'établissement n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. | <b><u>Prescription n° 5</u></b> : Elaborer un volet bientraitance au sein du plan de formation.  | 5 mois                    | <b>Maintien de l'écart</b>   |
| <b>E6</b> | <b><u>Ecart n°6</u></b> : en ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.                          | <b><u>Prescription n° 6</u></b> : Mettre à jour le livret d'accueil en y incorporant les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance quand ces dernières auront été mises en place. | 8 mois                    |  |
| <b>E7</b> | <b><u>Ecart n°7</u></b> : L'absence de directeur au sein de la structure contrevient avec les dispositions de l'article D 312-176-6 du CASF.  | <b><u>Prescription n° 7</u></b> : Recruter un directeur.   | Sans délai                |  |

|     |  |  |          |  |
|-----|--|--|----------|--|
| E8  | <b><u>Ecart n°8</u></b> : en ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par les équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF.  | <b><u>Prescription n° 8</u></b> :_Revoir l'ensemble des dossiers administratifs des professionnels et s'assurer de la présence des diplômes de ces derniers.   | 3 mois   |  |
| E9  | <b><u>Ecart n°9</u></b> : en ne disposant pas du justificatif de présentation du bulletin du casier judiciaire national dans le dossier de tous les agents, l'établissement ne se met pas en mesure de satisfaire aux dispositions de l'article L133-6 du CASF et n'est pas en capacité de vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.  | <b><u>Prescription n° 9</u></b> : Revoir tous les dossiers et justifier de la présence du justificatif.  | 3 mois   |  |
| E10 | <b><u>Ecart n°10</u></b> : Les ASH et les auxiliaires de vie et des agents de logistique réalisent plusieurs types de soins techniques relevant soit de la compétence des AS ou celles des IDE. Il s'agit des actes de soins suivants : pansement hermétique, soins de nursing, aide à la prise de médicaments, bas de contention, ablation de perfusion et lavement, administration de produits par voie rectale, surveillance de la diurèse. ce qui est contraire aux dispositions de l'article R4311-3 et R4311-4 du CSP et aux dispositions des textes qui régissent la profession des AES : 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 | <b><u>Prescription n° 10</u></b> : Faire cesser le glissement de tâche et mettre en adéquation les contrats de travail avec les postes réellement occupés. Faire la distinction entre les missions des ASH et celles des AS et faire cesser les glissements de tâches. Créer un protocole relatif à la distribution des médicaments par les AS conforme aux dispositions de l'ANESM-HAS et le mettre en œuvre. | Fin 2023 | <b>Maintien de l'écart</b><br>– accord pour un délai jusqu'à fin 2023. |

|     |   |   |                  |   |
|-----|---|---|------------------|---|
|     | 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.   |   |                  |   |
| E11 | <b><u>Ecart n°11</u></b> : il n'existe aucun protocole de soins daté et signé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L313-26 du CASF. Aussi, la répartition des rôles en termes de distribution des médicaments, entre les IDE et les personnels soignants internes et externes, n'est pas définie.  | <b><u>Prescription n° 11</u></b> : Signer et dater tous les protocoles de soins.  | 6 mois           | <b>Maintien de l'écart</b><br>– accord pour un délai supplémentaire.  |
| E12 | <b><u>Ecart n°12</u></b> : l'inconstance des effectifs présents pour un horaire de travail donné, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.   | <b><u>Prescription n° 12</u></b> : Revoir l'organisation des présences des effectifs afin d'assurer une qualité de prise en charge suffisante.  | Fin d'année 2023 |   |
| E13 | <b><u>Ecart n°13</u></b> : une grande partie des personnels (IDE, AS...) ne suivent pas des formations continues d'une manière régulière, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L4021-1 du CSP et non conforme avec les orientations de la HAS « développement professionnel continu (DPC). La formation professionnelle tout au long de la vie des professionnels de santé paramédicaux, mai 2014 » | <b><u>Prescription n° 13</u></b> : Mettre en place une organisation permettant la participation de tous les professionnels à des formations (dans le cadre de la formation continue). | 6 mois           | <b>Maintien de l'écart dans le rapport</b> - Seuls les plans prévisionnels de formation avaient été transmis à la mission d'inspection. Aussi, les entretiens ont mis en exergue un manque de formation – |

|     |   |   |                               | Dont acte – communication des formations réalisées.                                |
|-----|---|---|-------------------------------|--|
| E14 | <b><u>Ecart n°14</u></b> : Le médecin coordonnateur n'organise pas de formation dans le domaine de la gériatrie au bénéfice des autres professionnels, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-158 du CASF « Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ». | <b><u>Prescription n° 14</u></b> : Mettre à contribution le médecin coordonnateur dans la mise en œuvre de formations et d'informations dispensées auprès des professionnels. | 5 mois<br><br><b>Fin 2023</b> | Maintien de l'écart – délai supplémentaire accordé.                                |
| E15 | <b><u>Ecart n° 15:</u></b> Le stockage d'un chariot de médicaments au sein des toilettes dont l'accès n'est pas sécurisé représente un risque pour les résidents ayant des troubles cognitifs. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article R.4311-5 du code de la santé publique.  | <b><u>Prescription n° 15</u></b> : Effectuer une surveillance renforcée des lieux de stockage des chariots de médicaments.  | Sans délai                    |  |
| E16 | <b><u>Ecart n°16</u></b> : La présence de solution hydro-alcoolique dans différents services de l'EHPAD constitue un risque pour la sécurité des résidents ayant des troubles cognitifs et/ou déambulants. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L313.3 du CASF.   | <b><u>Prescription n° 16</u></b> : Sécuriser les solutions hydro-alcooliques dans les unités accueillant des résidents présentant des troubles cognitifs ou déambulants.      | Sans délai                    | Dont acte - la mission rappelle l'importance de la sécurisation de l'accès au SHA. |

|            |   |   |                 |   |
|------------|---|---|-----------------|---|
| <b>E17</b> | <b><u>Ecart n° 17</u></b> : au regard des constats réalisés, la mission, estime que les conditions d'installation sont susceptibles de porter atteinte à la santé, la sécurité et au bien-être physique ou moral des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 CASF.  | <b><u>Prescription n° 17</u></b> : effectuer un rappel à l'ensemble du personnel concernant la fermeture des salles de stockage et la destination de chaque pièce (local de stockage, salle de convivialité,...). | <b>Eté 2023</b> | <b>Maintien de l'écart</b><br>– délai supplémentaire accordé  |
| <b>E18</b> | <b><u>Ecart n°18</u></b> : l'entretien des locaux ne permet pas de garantir la dignité des personnes accueillies (article L311-3, alinéa 1 du CASF).  | <b><u>Prescription n° 18</u></b> : Veiller à ce que les sacs de linge souillé n'encombrent pas les couloirs.  | Sans délai      |   |
| <b>E19</b> | <b><u>Ecart n°19</u></b> : L'EHPAD ne garantit pas pour chaque admission et d'une manière systématique, la recherche du consentement du résident et/ou de la tutelle, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et 4 du CASF.  | <b><u>Prescription n° 19</u></b> : Ajouter dans la procédure d'admission la recherche systématique du consentement. Tracer cette recherche.   | 3 mois          |   |
| <b>E20</b> | <b><u>Ecart n°20</u></b> : Tous les résidents ne disposent pas d'un Projet de vie personnalisé (PAP), ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-3 alinéa b, de l'article L.311-3 du CASF, et aux recommandations de la HAS-ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpad), août 2018 ». | <b><u>Prescription n° 20</u></b> : Planifier la mise en place d'un PAP pour chaque résident ainsi qu'une révision annuelle (au minimum).  | <b>Fin 2023</b> | <b>Maintien de l'écart</b><br>– délai supplémentaire accordé. |
| <b>E21</b> | <b><u>Ecart n°21</u></b> : Les ASH ont accès au système d'information (Netsoins) à l'instar des AS/AMP/AES pour saisir des transmissions écrites relatives à la réalisation de soins dont ils n'ont pas la qualification et ne font pas partie de l'équipe de soins sur le plan légal. Ainsi,   | <b><u>Prescription n° 21</u></b> : Mettre à jour le logiciel Netsoins afin de garantir la confidentialité des données médicales et paramédicales.   | <b>Fin 2023</b> | <b>Maintien de l'écart</b><br>– délai supplémentaire accordé  |

|            |  |  |                 |  |
|------------|--|--|-----------------|--|
|            | <p>les données paramédicales des résidents ne sont pas protégées. En autorisant les accès à l'espace du logiciel de transmissions aux ASH, l'EHPAD ne garantit pas la confidentialité des données médicales et paramédicales des résidents. Un système d'information (Netsoins) médicale et paramédicale doit garantir des accès par corps de métiers de soignants. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L1110-4 du CSP.</p>   |  |                 |  |
| <b>E22</b> | <p><b><u>Ecart n°22</u></b> : Les plans de soins ne sont pas réévalués en équipe pluridisciplinaire entre les IDE et les AS/AMP/AES, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-3 du CSP.</p>   | <p><b><u>Prescription n° 22</u></b> : mettre en place une organisation permettant la révision des plans de soins en équipe pluridisciplinaire.</p> | <b>Eté 2023</b> | <b>Maintien de l'écart</b><br>– délai supplémentaire accordé |
| <b>E23</b> | <p><b><u>Ecart n°23</u></b> : La liste de la dotation pour soins urgents n'est pas datée ni signée par un médecin en concertation avec le pharmacien, ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur.</p> | <p><b><u>Prescription n° 23</u></b> : Se conformer à l'arrêté mentionné à cet égard.</p>   | 4 mois          | <b>Maintien de l'écart -</b>                                 |

|            |   |  |                 |   |
|------------|---|--|-----------------|---|
| <b>E24</b> | <b><u>Ecart n°24</u></b> : Absence de formation continue régulière (développement des compétences) des paramédicaux notamment par rapport à la surveillance des stupéfiants niveau 3, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L4021-1 du CSP et non conforme aux orientations de la HAS « Développement professionnel continu (DPC). La formation professionnelle tout au long de la vie des professionnels de santé paramédicaux, mai 2014 ». | <b><u>Prescription n° 24</u></b> : Mettre en place des formations continues afin de se conformer aux dispositions de l'article L4021-1 du CSP.   | <b>Eté 2023</b> | <b>Maintien de l'écart</b><br>– Délai supplémentaire accordé. |
| <b>E25</b> | <b><u>Ecart n° 25</u></b> : La non-vérification des dates de péremption des DM (dispositifs médicaux) et des médicaments est contraire aux dispositions de l'article R.4312-38 du CSP.  | <b><u>Prescription n° 25</u></b> : Mettre en place une organisation permettant de planifier et de vérifier la vérification des péremptions des DM et des médicaments.                    | 4 mois          |   |
| <b>E26</b> | <b><u>Ecart n°26</u></b> : L'EHPAD n'a pas mis en place un protocole de collaboration nominatif daté et signé entre les IDE et les AS/AMP/AES. Il n'a pas mis en place une démarche pour former ces agents à la sécurisation d'aide à la prise de médicaments.  | <b><u>Prescription n° 26</u></b> : Mettre en place une collaboration effective entre les IDE et les AS/AMP/AES.<br>Former ces agents à la sécurisation d'aide à la prise de médicaments. | <b>Eté 2023</b> |   |
| <b>E27</b> | <b><u>Ecart n° 27</u></b> : L'EHPAD ne signale pas sans délai les évènements indésirables graves liés aux soins, tels que les erreurs médicamenteuses. Cette situation est contraire aux dispositions de Portail signalement : D 1413-58 du CSP ; déclaration sans délai de tout EIG à l'ARS : articles R 331-8 CASF, R 331-9 du CASF. Information CVS : R 331-10 CASF (cf. du décret n°2016-1813 du  | <b><u>Prescription n° 27</u></b> : Mettre en place un protocole permettant l'automatisme du signalement sans délai. S'assurer de l'appropriation de cette pratique par les équipes.      | 4 mois          |   |

|            |   |   |                 |   |
|------------|---|---|-----------------|---|
|            | 21 décembre 2016 et arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales; arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute autorité de santé.  |   |                 |   |
| <b>E28</b> | <b><u>Ecart n°28</u></b> : L'EHPAD n'a pas mis en place une politique de sécurisation du circuit du médicament en s'appuyant sur le rôle des pharmaciens de la PUI dans la diffusion des informations portant notamment sur le bon usage des produits de santé et leur concours dans le domaine de la pharmacovigilance. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R.5126-1 du CSP.  | <b><u>Prescription n° 28</u></b> : Mettre en place une politique de sécurisation du circuit du médicament.  | <b>Fin 2023</b> | <b>Maintien de l'écart</b><br>– délai supplémentaire accordé.   |
| <b>E29</b> | <b><u>Ecart n° 29</u></b> : L'organisation de l'EHPAD ne fait état d'une étroite collaboration entre les pharmaciens et le rôle du médecin coordonnateur dans le champ de la prise en charge médicamenteuse des résidents et la promotion des bonnes pratiques. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.312-158 du CAS alinéa 7 :<br>« Contribue auprès des professionnels de 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 | <b><u>Prescription n° 29</u></b> : Mettre en place des méthodes de travail permettant la collaboration entre le médecin coordonnateur et la PUI. S'assurer de son efficience. | 4 mois          | <b>Maintien de l'écart</b><br>- Mettre en place une organisation garantissant une collaboration entre les médecins prescripteurs et les pharmaciens de la PUI pour travailler notamment sur les sujets suivants : l'iatrogénie médicamenteuse, la dotation pour soins urgents, la formation des |

|            |  |   |                 |  |
|------------|--|---|-----------------|--|
|            | <p>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 ».</p>  |   |                 | <p>professionnels (IDE/AES/AMP/AS) à la prise en charge médicamenteuse, les troubles de la déglutition et les formes galéniques des médicaments, la liste des médicaments à ne pas écraser, la liste des médicaments à risque ...</p>        |
| <b>E30</b> | <p><b><u>Ecart n°30</u></b> : tous les agents (IDE, AS, AMP, AES) ne sont pas formés à l'ensemble des gestes et soins d'urgence, contrairement aux dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU), pour les établissements sanitaires ou une structure médico-sociale, et aux recommandations de la HAS-ANESM, « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident », rubrique 6 « organiser la gestion des situations d'urgence médicale), Qualité de vie en EHPAD (volet 4), novembre 2012, p 74.</p> | <p><b><u>Prescription n° 30</u></b> : Former tous les agents concernés aux gestes et soins d'urgence.</p> | <b>Fin 2023</b> | <p><b>Maintien de l'écart</b><br/>– délai supplémentaire accordé.</p> <p><i>NB : les délais de mise en œuvre des mesures débutent à compter de la réception du rapport et des mesures définitives et non pas des mesures envisagées.</i></p> |

Remarque

|           |   |   |        |  |
|-----------|---|---|--------|--|
| <b>R1</b> | <b>Remarque n°1 :</b> L'admission de résidents en nombre important nécessitant des soins complexes et lourds dans un contexte de sous-effectif IDE récurrent à cause notamment de l'absentéisme et le turn-over. Cette situation peut fragiliser l'établissement.   | <b>Recommandation n° 1 :</b><br>Revoir la procédure d'admission afin de permettre un équilibre des prises en charge au sein des unités.                                       | 4 mois |  |
| <b>R2</b> | <b>Remarque n° 2 :</b> En n'affichant pas la charte des droits et des libertés l'établissement ne permet pas la fluidité de la communication des informations qu'elle comprend.   | <b>Recommandation n° 2 :</b><br>Afficher la charte des droits et des libertés dans un endroit visible au sein de la structure.  | 1 mois |  |
| <b>R3</b> | <b>Remarque n°3 :</b> Le projet d'établissement ne comporte pas de projet de soins détaillé comportant des thématiques de santé curatives et préventives avec des objectifs pondérables à décliner sous la responsabilité de référents désignés. Cette organisation est contraire aux recommandations de la HAS-ANESM volet 2 « Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », juin 2011, p 45. | <b>Recommandation n° 3 :</b><br>Ajouter un projet de soins détaillé au sein du projet d'établissement.  | 5 mois |  |
| <b>R4</b> | <b>Remarque n° 4 :</b> le projet d'établissement et le projet de soins ne comportent pas de rubrique portant sur la politique du médicament et les paramètres relatifs à sa sécurisation du circuit du médicament.  | <b>Recommandation n° 4 :</b><br>Ajouter un volet sur la politique du médicament et la sécurisation du circuit du médicament au sein du volet soins du projet d'établissement. | 5 mois |  |
| <b>R5</b> | <b>Remarque n°5 :</b> l'absence de formalisation de la chaîne hiérarchique de l'EHPAD ne permet pas d'appréhender clairement les fonctions, les liens et le positionnement des cadres dirigeants et des   | <b>Recommandation n° 5 :</b><br>Formaliser et mettre à jour (dès que nécessaire) une chaîne hiérarchique afin d'appréhender   | 4 mois |  |

|           |  |  |        |  |
|-----------|--|--|--------|--|
|           | cadres intérimaires notamment du médecin coordonnateur.  | clairement les fonctions de chacun.  |        |  |
| <b>R6</b> | <b>Remarque n°6 :</b> Le sujet de la bientraitance n'est pas abordé d'une manière régulière par les membres du CVS, ce qui 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 la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008 ».  | <b>Recommandation n° 6 :</b> Mettre régulièrement à l'ordre du jour du CVS des thématiques comme celle de la bientraitance.  | 4 mois |  |
| <b>R7</b> | <b>Remarque n° 7 :</b> en ne faisant pas de la thématique de la maltraitance, l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance-Décembre 2008). | <b>Recommandation n° 7 :</b> Inclure dans le plan de formation un volet "lutte contre la maltraitance et amélioration de la bientraitance" en y associant tous les professionnels, les bénévoles et les intervenants libéraux. | 6 mois |  |

|     |  |   |        |  |
|-----|--|---|--------|--|
| R8  | <p><b>Remarque n°8 :</b> en ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM 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 » (recommandation ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance-Décembre 2008).</p> | <p><b>Recommandation n° 8 :</b><br/>Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.</p>  | 2 mois |  |
| R9  | <p><b>Remarque n° 9:</b> Tous les protocoles ne sont pas connus par tous les salariés. Aucune démarche évaluative n'est mise en place pour connaître leur degré d'acquisition par les agents.</p>  | <p><b>Recommandation n° 9 :</b><br/>S'assurer de la connaissance par tous les professionnels de l'existence des différents protocoles. Effectuer régulièrement des rappels des protocoles existants et de leur contenu.</p> | 3 mois |  |
| R10 | <p><b>Remarque n° 10:</b> Tout comme pour les FEI, le protocole n'est pas connu par les professionnels. Les cadres n'en font pas tous la même restitution. Ainsi, la pertinence du protocole est relativisée.</p>  | <p><b>Recommandation n° 10</b><br/>: travailler sur l'appropriation des protocoles et en particulier celui relatif à la complétude des FEI et de la traçabilité des EI.</p>   | 5 mois |  |

|     |   |  |        |  |
|-----|---|--|--------|--|
| R11 | <p><b>Remarque n° 11</b> : L'EHPAD n'a pas adopté une démarche qualité et gestion des risques portant sur les processus de prise en charge des résidents, avec absence des paramètres suivants : analyse des causes, mise en place des actions correctives, bilans, RETEX.</p>  | <p><b>Recommandation n° 11</b><br/>: Formaliser et mettre en place une démarche qualité et gestion des risques.</p>  | 6 mois |  |
| R12 | <p><b>Remarque n°12</b> : l'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de glissement de tâche et de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (recommandation ANESM : mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance-Décembre 2008).</p> | <p><b>Recommandation n° 12</b><br/>: Formaliser des fiches de postes précises et à jour, précisant les missions et responsabilités de chacun afin d'éviter le risque de glissement de tâches et de maltraitance.</p> | 5 mois |  |
| R13 | <p><b>Remarque n°13</b> : Les AS qui administrent les médicaments ne sont pas formés au bon usage du médicament tel que prévu par les recommandations ANESM-HAS « prise en charge médicamenteuse en EHPAD, juin 2017 ».</p>   | <p><b>Recommandation n° 13</b><br/>: Former les AS qui administrent des médicaments.</p>   | 5 mois |  |
| R14 | <p><b>Remarque n°14</b> : La politique de formation par les VAE n'est pas développée au sein de l'EHPAD. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », juin 2008, p 10 : « La stratégie d'adaptation (...) est</p>  | <p><b>Recommandation n° 14</b><br/>: Travailler sur la politique de VAE au sein de la structure. Effectuer un recensement des professionnels qui souhaitent s'engager dans la démarche.</p>                          | 5 mois |  |

|            |  |  |        |  |
|------------|--|--|--------|--|
|            | complémentaire, de la professionnalisation, à laquelle elle contribue mais en se différenciant de la professionnalisation approchée du point de vue des parcours professionnels et de la qualification (certification, VAE...) ».  |  |        |  |
| <b>R15</b> | <b>Remarque n°15</b> : L'absentéisme et le turn-over sont fréquents, sans pour autant faire l'objet d'une analyse des causes en collaboration avec notamment la médecine du travail (dans le respect de l'anonymat). L'EHPAD n'a pas mis en place un plan d'actions afin d'améliorer la qualité de vie au travail et d'influer sur le taux d'absentéisme.  | <b>Recommandation n° 15</b> : Travailler sur un plan d'actions afin d'améliorer la qualité de vie au travail et de tenter de faire diminuer le taux d'absentéisme.   | 5 mois |  |
| <b>R16</b> | <b>Remarque n°16</b> : Les conséquences de l'absentéisme et du turn-over impactent négativement la qualité du travail et celle des prestations. Ces facteurs n'ont pas fait l'objet d'une analyse des causes par l'EHPAD. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, p 17 : « Appréhender les questions d'organisation et de climat social au regard des risques de maltraitance éventuels Il est recommandé que l'équipe d'encadrement soit sensibilisée à analyser certains faits ou événements survenant au sein de l'établissement et à en tirer des points de vigilance particuliers en matière de risque de maltraitance. 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 | <b>Recommandation n° 16</b> : Mettre en place une analyse des causes de l'absentéisme, de l'organisation globale de la structure et du climat social et de leur impact sur la qualité de la prise en charge des usagers. Elaborer un plan d'actions pour permettre un niveau de prise en charge suffisant. | 6 mois |  |

|            |  |  |        |  |
|------------|--|--|--------|--|
|            | 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 ».   |  |        |  |
| <b>R17</b> | <b>Remarque n° 17:</b> Le management de l'équipe paramédicale est partiellement assurée en ce qui concerne la gestion des conflits entre les membres des équipes, ce qui ne favorise pas, notamment la cohésion des équipes et la circulation des informations relatives à la prise en charge des résidents. 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 juin 2008, p 19 : « Le management d'équipe et l'organisation : L'adaptation à l'emploi est ancrée dans les situations de travail au quotidien et prend appui sur les liens, hiérarchiques et fonctionnels, entre les personnels. Ces recommandations sont centrées sur le management d'équipe et les dispositions organisationnelles qui favorisent les échanges entre les individus et entre les équipes ». | <b>Recommandation n° 17</b> : Rétablir un management de proximité, notamment concernant l'équipe paramédicale, notamment en matière de gestion des conflits, de maintien de la cohésion des équipes... | 4 mois |  |
| <b>R18</b> | <b>Remarque n°18 :</b> l'EHPAD n'a pas formalisé la gestion de toutes les absences. De plus, ces absences ne sont pas gérées de manière réactive.  | <b>Recommandation n°18</b> : Etablir un protocole de gestion des absences en veillant à la réactivité de la réponse apportée et à la fidélisation des remplaçants.                                     | 6 mois |  |
| <b>R19</b> | <b>Remarque n°19:</b> L'EHPAD ne dispose pas de vivier de remplaçants CDD. Il ne   |  |        |  |

|            |  |  |                                  |  |
|------------|--|--|----------------------------------|--|
|            | parvient pas non plus à fidéliser des remplaçants. Il existe de fait une forte pression sur les CDI qui doivent compenser les absences. La mission constate un épuisement du personnel et un risque de burn-out dans un climat social dégradé.   |  |                                  |  |
| <b>R20</b> | <b>Remarque n° 20 :</b> L'affectation des agents AS, ASH, AMP et ADV aux étages ne prend pas en compte la charge du travail et le degré de dépendance des résidents (niveau du GIR par étage). Les plannings ne proposent pas de rotation des équipes par services et/ou par étage. De plus, aucun planning n'est communiqué aux agents. | <b>Recommandation n° 19 :</b> Réfléchir à une organisation permettant de soulager les professionnels face au degré inégal de dépendance des résidents au sein des unités. Communiquer les plannings aux équipes de manière plus transparente et plus efficiente. | 6 mois                           |  |
| <b>R21</b> | <b>Remarque n°21 :</b> Les EEA ne sont pas structurés. Tous les agents ne bénéficient pas d'EEA. Les EEA réalisés ne prennent pas en compte les demandes des salariés et leurs besoins afin d'acquérir de nouvelles compétences, en ce qui concerne notamment la formation continue, les VAE.  | <b>Recommandation n° 20 :</b> Effectuer un EEA au moins une fois par an pour tous les professionnels de la structure. Structurer ces derniers afin de permettre la prise en compte des besoins et des demandes.  | Dès la prochaine campagne d'EAE. |  |
| <b>R22</b> | <b>Remarque n°22 :</b> Plusieurs facteurs de tensions constituent des risques psychosociaux susceptibles de retentir sur la santé des salariés et engendrer des  | <b>Recommandation n° 21 :</b> Mener une réflexion au sein de la structure afin d'améliorer le climat social, de tenter de  | 5 mois                           |  |

|            |  |   |        |  |
|------------|--|---|--------|--|
|            | dysfonctionnements pouvant affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.  | diminuer les conflits, structurer davantage les relations professionnelles.   |        |  |
| <b>R23</b> | <p><b>Remarque n° 23:</b> les nouveaux salariés ne sont pas doublés pendant les premiers jours de prise de poste, ni évalués, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » de juin 2008 ». Aussi, les nouveaux salariés ne bénéficient pas de formation ni de travail en binôme lors de leur prise de poste. Ils ne sont pas systématiquement présentés à leurs collègues. De plus, l'EHPAD n'organise pas d'évaluation, ni de parcours d'intégration de ces nouveaux salariés. 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, page19 : « Organiser l'accompagnement du nouvel arrivant en phase d'accueil et d'intégration ».</p> | <p><b>Recommandation n° 22</b><br/>: Mettre en place une organisation permettant un véritable doublement pendant les premiers jours de poste. Mettre en place une évaluation du dispositif.<br/>Revoir le protocole d'accueil des nouveaux salariés et veiller à son application (faire le lien avec l'instauration d'une organisation doublée les premiers jours/évaluée).</p> | 4 mois |  |
| <b>R24</b> | <p><b>Remarque n°24 :</b> l'organisation actuelle et la charge de travail ne permettent pas d'assurer une prise en charge des résidents de qualité.</p>  | <p><b>Recommandation n° 23</b><br/>: Mener une réflexion au sein de la structure sur l'organisation du travail et sur la charge de travail afin de maintenir un niveau de qualité de prise en charge suffisant.</p>   | 6 mois |  |

|     |   |   |        |  |
|-----|---|---|--------|--|
| R25 | <p><b>Remarque n°25 :</b> 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 pas 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 et dans l'organisation du travail et les expérimenter ».</p> | <p><b>Recommandation n° 24</b><br/> : Mettre en place un espace d'échanges sur les pratiques professionnelles et sur les conditions de travail (faire le lien avec la réflexion à mener en la matière).<br/> Organiser un dispositif de soutien aux salariés.</p> | 8 mois |  |
|-----|---|---|--------|--|

|                   |   |  |               |  |
|-------------------|---|--|---------------|--|
| <p><b>R26</b></p> | <p><b>Remarque n°26 :</b> L'EHPAD est marqué par un défaut de communication dans le management de proximité. Cette organisation ne favorise pas la mise en place de conditions favorables de travail entre les agents. Cette situation 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 2088, p 12 : « En matière de lutte contre la maltraitance, le principe de l'engagement se traduit par le fait que les convictions de l'équipe de l'encadrement ne doivent faire aucun doute pour les professionnels. Elles doivent donc être rappelées à chaque moment de communication institutionnelle opportun, et incarnées dans des attitudes et des décisions concrètes chaque fois que les circonstances l'exigent. L'engagement de l'encadrement est également le moteur de celui des professionnels. Cela induit une animation d'équipe visant explicitement à encourager la réflexion sur les pratiques quotidiennes et à développer son autonomie. Cela signifie que l'encadrement sache transmettre le sens de la mission et en conséquence, encourager un exercice professionnel réfléchi, distancié et donc, responsable ».</p> | <p><b>Recommandation n° 25</b><br/>: revoir le management de proximité : son organisation, sa communication, son rôle, ses missions, ...</p> | <p>8 mois</p> |  |
|-------------------|---|--|---------------|--|

|     |   |   |        |  |
|-----|---|---|--------|--|
| R27 | <p><b>Remarque n°27 :</b> L'EHPAD est marqué par la non mise en place d'une politique de qualité et gestion des risques. L'inspection souligne l'absence des faits et outils suivants : cartographie des risques spécifiques à la population accueillie, audit qualité, contrôle de la qualité des prestations, évaluation des pratiques professionnelles. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations du Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés Décembre 2008, « Gestion des risques de maltraitance en établissement : méthode ; repères et outils », p 7 : « L'identification des risques : « connaître pour pouvoir agir ».</p> | <p><b>Recommandation n° 26</b><br/>: Mettre en place une politique de qualité et de gestion des risques efficiente répondant aux points soulevés par la mission.</p>        | 6 mois |  |
| R28 | <p><b>Remarque n°28 :</b> la mission constate que les astreintes et les tarifs d'intervention notamment appliqués aux médecins salariés représentent une charge financière importante pour l'EHPAD.</p>   | <p><b>Recommandation n° 27</b><br/>: revoir l'organisation des astreintes et les couts qu'elles impliquent.</p>   | 8 mois |  |
| R29 | <p><b>Remarque n° 29:</b> Ces ratios sont insuffisants afin de garantir une prise en charge de qualité des résidents.</p>   | <p><b>Recommandation n° 28</b><br/>: Revoir les ratios de prise en charge directe auprès des résidents.</p>   | 6 mois |  |
| R30 | <p><b>Remarque n° 30:</b> Toutes les FEI (feuilles d'évènements indésirables) ne donnent pas lieu à un retour d'information et/ou un RETEX aux agents.</p>  | <p><b>Recommandation n° 29</b><br/>: Revoir la procédure de gestion des EI et s'assurer de la réalisation de RETEX (avec traçabilité de ces derniers et communication).</p> | 5 mois |  |

|     |  |  |        |  |
|-----|--|--|--------|--|
| R31 | <p><b>Remarque n° 31:</b> Selon le compte rendu du CVS en date du 12/03/2019, les changes en milieu de journée (13h/13h30) et l'installation des résidents au fauteuil dans l'après-midi ne sont pas structurés au sein de l'établissement. Aucun rappel aux bonnes pratiques n'a été effectué par la direction au sujet des mises au lit dès le début de l'après-midi.</p>  | <p><b>Recommandation n° 30</b><br/>: Effectuer un rappel des bonnes pratiques en la matière.</p>   | 2 mois |  |
| R32 | <p><b>Remarque n°32</b> : L'absence de soutien aux professionnels n'améliore pas les conditions du travail et ne contribue pas à la prévention de la maltraitance, ce qui 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 16 :<br/>« Informer l'encadrement intermédiaire de sa mission propre en matière de prévention de la maltraitance Le positionnement de l'encadrement intermédiaire nécessite une communication claire de la part de l'équipe de direction. Ceci permet qu'il assume dès sa prise de poste les dimensions d'accompagnement et de soutien des professionnels, ainsi que de correction des pratiques inadéquates et éventuellement de sanction, qui sont le propre de sa mission en termes de prévention de la maltraitance » et p 28 : « Veiller à une présence régulière de l'encadrement auprès des professionnels Cette présence donne d'abord l'occasion d'observer les pratiques quotidiennes, de conforter les bonnes pratiques et d'apporter</p> | <p><b>Recommandation n° 31</b><br/>: Mettre en place un soutien aux professionnels afin de répondre aux recommandations de la HAS-ANESM (cf Recommandation remarque n°27).</p> | 6 mois |  |

|            |  |  |        |  |
|------------|--|--|--------|--|
|            | des correctifs lorsque celles-ci ne sont pas conformes au respect de la personne. Elle donne aussi la possibilité d'apporter un soutien dans la résolution des difficultés quotidiennes que les professionnels peuvent rencontrer afin de minimiser le risque de conflit et/ou d'épuisement.   |  |        |  |
| <b>R33</b> | <b>Remarque n°33</b> : Ce manque de référence aux activités ne permet pas aux résidents, aux visiteurs et aux familles de pouvoir participer et améliorer les conditions d'hébergement des résidents.  | <b>Recommandation n° 32</b><br>: Revoir l'organisation des animations et la communication auprès des résidents, des visiteurs et des familles de ces derniers.                             | 4 mois |  |
| <b>R34</b> | <b>Remarque n°34</b> : le délai de réponse à l'appel malade n'est pas acceptable.  | <b>Recommandation n° 33</b><br>: Revoir l'organisation des réponses faites aux appels malades. Réaliser régulièrement des tests afin de s'assurer des délais de réponse qui sont apportés. | 4 mois |  |
| <b>R35</b> | <b>Remarque n°35</b> : l'EHPAD n'a pas mis en place une cartographie des risques dans le cadre d'une démarche « qualité et gestion des risques » portant tant sur les spécificités de la population accueillie que sur les locaux. Le projet d'établissement ne s'attaque pas aux questions de la qualité et gestion des risques. Cette organisation n'est pas | <b>Recommandation n° 34</b><br>: Ajouter un volet qualité et gestion des risques au sein du projet d'établissement.  | 8 mois |  |

|            |  |   |        |  |
|------------|--|---|--------|--|
|            | conforme avec les recommandations des bonnes pratiques de la HAS-ANESM « Qualité de vie en EHPAD, volet 4, septembre 2012, p. 50.  |   |        |  |
| <b>R36</b> | <b>Remarque n°36 :</b> L'EHPAD n'a pas mis en place une organisation permettant de réévaluer le séjour des résidents les premiers jours qui suivent leur admission. Aucune instance pluridisciplinaire associant la famille du résident n'est mise en place, afin notamment d'échanger sur le comportement du résident et son adaptation à son nouvel environnement. Ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM, Volet 1, décembre 20210, pp 42/43 : « Être vigilant les premières semaines...".  | <b>Recommandation n° 35 :</b> Mettre en place une organisation permettant de réévaluer le séjour des résidents après leur admission. Travailler sur ce sujet afin d'y associer le résident, sa famille et les professionnels. | 3 mois |  |
| <b>R37</b> | <b>Remarque n°37 :</b> La procédure « préadmission » pose des restrictions d'admission de nouveaux résidents, telles que : GIR 5, GIR 6, molécules onéreuses, matériels onéreux. Or, l'étude du dossier médical et la réévaluation gériatrique lors de la préadmission ou de l'admission par le médecin coordonnateur permet à ce dernier de se prononcer sur l'admission d'un nouveau résident. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM Volet 1, décembre 2020 : P32 : « Évaluer l'utilité réelle des informations demandées par l'Ehpad dans la décision d'accepter ou non la demande » ; P33 : « doivent être en revanche proscrites les | <b>Recommandation n° 36 :</b> Se conformer aux recommandations citées en la matière.  | 5 mois |  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | demandes d'informations dont l'utilité n'est pas objectivement avérée ou qui pourraient présenter un caractère discriminatoire ». ; P 23 : « la différence entre avis médical et décision d'admission ». |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|                   |  |  |               |  |
|-------------------|--|--|---------------|--|
| <p><b>R38</b></p> | <p><b>Remarque n°38 :</b> L'organisation de l'EHPAD d'un nombre important de résidents nécessitant des soins dits « lourds » sans l'engagement d'une réflexion sur la composition des groupes et/ou des unités de vie impacte négativement la qualité de séjour des résidents autonomes de l'EHPAD. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », décembre 2008, pp 20-21 : « Interroger l'organisation interne des groupes de vie L'organisation interne de l'établissement peut être également interrogée au regard de l'ouverture, notamment la pertinence de certains cloisonnements. Souvent, les établissements organisent l'accueil en « groupes » : groupes de vie dans les foyers d'hébergement pour personnes handicapées, unités de vie dans les Ehpads... Les critères de cette organisation peuvent être d'ordre très différent : l'âge, le genre, le niveau de dépendance, le développement intellectuel. L'interrogation peut se situer à un double niveau : – la pertinence de la clé de répartition dans ces groupes : intérêt/inconvénients de groupes d'âge...- les relations entre les différents groupes : même – s'il peut être pertinent de répartir les personnes accueillies, il est important de veiller à ce que cela ne crée pas un cloisonnement entre les groupes de vie, voire l'isolement d'un groupe de personnes. ».</p> | <p><b>Recommandation n° 37</b><br/>: revoir l'organisation (dans la continuité des recommandations déjà énoncées) globale de la prise en charge afin d'équilibrer les degrés de dépendance des prises en charge.</p> | <p>8 mois</p> |  |
|-------------------|--|--|---------------|--|

|     |   |  |        |  |
|-----|---|--|--------|--|
| R39 | <p><b>Remarque n°39</b> : Le recueil de données relatives à la santé des résidents (habitudes de vie, régime alimentaire, texture du régime alimentaire, allergie, toilettes, besoins spécifiques ...) par les IDE et les aides-soignants, aides-médoco-psychologiques n'est pas structuré, ni formalisé au de l'EHPAD.</p>   | <p><b>Recommandation n° 38</b><br/>: Mettre en place un recueil efficient des données relatives à la santé des résidents.</p>  | 6 mois |  |
| R40 | <p><b>Remarque n°40</b> : le bilan d'intégration du résident n'est pas effectué d'une manière systématique à différentes étapes du séjour.</p>  | <p><b>Recommandation n° 39</b><br/>: Mettre en place une organisation permettant la réalisation du bilan d'intégration (Faire le lien avec la recommandation de la remarque n°40).</p> | 6 mois |  |
| R41 | <p><b>Remarque n°41</b> : Les projets de vie ne sont pas systématiquement réévalués et ajustés, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpap), août 2018 ».</p>   | <p><b>Recommandation n° 40</b><br/>: Mettre en place une organisation permettant la réévaluation systématique des projets de vie des résidents.</p>                                    | 5 mois |  |
| R42 | <p><b>Remarque n°42</b> : L'EHPAD n'a pas désigné de référent pour chaque résident et sa famille et/ou son tuteur. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, « Qualité de vie en Ehpap (volet 4). L'accompagnement personnalisé de la santé du résident Recommandations de bonnes pratiques professionnelles », septembre 2012 p 25 : « Expliquer les différences entre les notions de : « référent familial »,</p> | <p><b>Recommandation n° 41</b><br/>: Mettre en place une organisation permettant de désigner un référent par résident.</p>   | 6 mois |  |

|            |   |  |        |  |
|------------|---|--|--------|--|
|            | interlocuteur privilégié de l'Ehpad désigné par le résident s'il souhaite en avoir un pour tout ce qui touche à la vie au quotidien ».  |  |        |  |
| <b>R43</b> | <b>Remarque n°43</b> : L'encadrement de proximité et les médecins n'assistent pas de manière régulière aux transmissions orales entre les différentes équipes. Cette organisation ne permet pas une circulation fluide des informations relatives à la prise en charge des résidents entre les différentes catégories des professionnelles. De plus cet encadrement n'a pas mis en place en faveur des agents des espaces de transmissions et d'échanges sur les pratiques professionnelles, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2088 » ; pp 19/20. | <b>Recommandation n° 42</b> : Revoir l'organisation des transmissions, notamment la présence d'encadrant et du médecin coordonnateur, afin de faire des temps de transmission un espace efficient de circulation de l'information. | 3 mois |  |

|                   |   |   |               |  |
|-------------------|---|---|---------------|--|
| <p><b>R44</b></p> | <p><b>Remarque n°44 :</b> Les comptes-rendus de réunions organisées notamment par la direction et/ou l'encadrement de proximité ne sont pas diffusés à tous les agents, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-A NESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2088 », p 34 : « Une transmission aux professionnels de documents écrits (charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L311-4 du CASF, « fiches de poste », compte-rendu de réunion, règlement de fonctionnement, règlement intérieur, par exemple) permettant de les informer sur les conduites qualifiées de «maltraitantes » et de leur faire prendre conscience, en particulier, que des pratiques qui ne relèvent pas seulement d'une violence active peuvent être maltraitantes ».</p> | <p><b>Recommandation n° 43</b><br/>: Diffuser tous les comptes rendus des réunions à tous les agents concernés.</p> | <p>1 mois</p> |  |
|-------------------|---|---|---------------|--|

|     |  |   |        |  |
|-----|--|---|--------|--|
| R45 | <p><b>Remarque n°45 :</b> L'EHPAD n'a pas mis en place une réunion de coordination entre les professionnels paramédicaux (IDE, IDEC psychomotricienne, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute et les médecins), les psychologues, le médecin coordonnateur et les médecins. L'absence de réunions d'information, d'échanges internes (codir, réunions de services) ne permet pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de promouvoir la réflexion interdisciplinaire dans le cadre de l'organisation des professionnels (HAS-ANESM volet 1, décembre 2010, p 51),</li> <li>- de renforcer les compétences relationnelles de tous les professionnels (HAS-ANESM, volet 2, juin 2011, p 43),</li> <li>- de mettre en place des réunions collectives de partage d'informations sur des évolutions relatives aux populations accompagnées,(HAS-ANESM volet « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » juin 2008, p 39).</li> </ul> | <p><b>Recommandation n° 44</b><br/>: Mettre en place des réunions de coordination entre les différents professionnels mentionnés et s'assurer que les réunions répondent aux recommandations.</p> | 2 mois |  |
| R46 | <p><b>Remarque n°46 :</b> le coucher des résidents se réalise dans des conditions de sous-effectif.</p>  | <p><b>Recommandation n° 45</b><br/>: Réorganiser les effectifs afin de renforcer les équipes au moment des couchers des résidents.</p>  | 4 mois |  |

|                   |   |   |               |  |
|-------------------|---|---|---------------|--|
| <p><b>R47</b></p> | <p><b>Remarque n°47</b> : L'absentéisme et le non remplacement systématique des agents impacte la qualité de vie de résidents : absence de douche, rythme de vie bousculé, toilettes qui se terminent tardivement. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM, Volet 2, juin 2011, pp26/27 : « Mettre en place une organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le respect des choix vestimentaires, des modalités décidées avec la personne et de l'aide à apporter lors de la toilette participant à la qualité de vie.</li> <li>- la personne peut prendre tout le temps qui lui est nécessaire même si elle a besoin d'aide ». De plus, la gestion des absences prévisibles et imprévisibles n'est pas structurée et anticipée d'une manière efficace, ce qui impacte les conditions et la qualité du travail ».</li> </ul> | <p><b>Recommandation n° 46</b><br/>: En corrélation avec les remarques déjà mentionnées, étoffer et organiser les équipes au rythme et à la qualité de vie des résidents.</p>     | <p>4 mois</p> |  |
| <p><b>R48</b></p> | <p><b>Remarque n°48</b> : Au regard du sous-effectif dû notamment à l'absentéisme, l'EHPAD est dans l'incapacité de proposer aux résidents des douches d'une manière régulière et en fonction de leurs besoins.</p>   | <p><b>Recommandation n° 47</b><br/>: Mettre en place une organisation et un renforcement des équipes afin de permettre de proposer des douches plus régulières aux résidents.</p> | <p>3 mois</p> |  |

|     |  |   |        |  |
|-----|--|---|--------|--|
| R49 | <p><b>Remarque n°49</b> : L'EHPAD n'a pas formalisé ni mis en place un plan d'actions structuré pour prévenir la perte d'autonomie et retarder la dépendance, par notamment l'aide à la marche, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM volet 2, juin 2011 « la prévention de la perte de mobilité : un parcours de marche peut stimuler la mobilité, la marche sur différentes natures de terrain peut être utilisée par les rééducateurs, etc., p. 37 ».</p> | <p><b>Recommandation n° 48</b><br/>: Formaliser et s'assurer de la mise en œuvre d'un plan d'actions destiné à prévenir la perte d'autonomie et retarder la dépendance des résidents accueillis.</p>  | 5 mois |  |
| R50 | <p><b>Remarque n°50</b> : L'absence d'animation sur les temps du matin diminue les plages horaires durant lesquelles les résidents pourraient bénéficier de temps d'animation.</p>   | <p><b>Recommandation n° 49</b><br/>: Profiter de la présence des animateurs le matin afin de mettre en place des animations sur tout leur temps de présence. Travailler sur les animations afin de sensibiliser davantage de résidents.</p> | 1 mois |  |
| R51 | <p><b>Remarque n°51</b> : le fait d'utiliser le PASA pour tous les résidents sans distinction des pathologies contrevient au cahier des charges relatif à la labellisation du PASA.</p>  | <p><b>Recommandation n° 50</b><br/>: Revoir les prises en charge effectuées au sein du PASA afin de répondre au cahier des charges existant.</p>  | 1 mois |  |
| R52 | <p><b>Remarque n°52</b> : compte tenu de la sectorisation des résidents, il est difficile pour la mission d'inspection d'apprécier la part de la prise en charge consacrée aux activités dans ce contexte sanitaire particulier. Pour autant, la mission a constaté une faible mobilisation des résidents et un sentiment d'ennui dans la globalité.</p>   | <p>Cf Remarque n°55</p>   |        |  |

|            |  |   |        |  |
|------------|--|---|--------|--|
| <b>R53</b> | <b>Remarque n°53</b> : au regard du non affichage dans des lieux stratégiques des programmes d'animation, la mission estime que l'organisation ne permet pas une communication aisée envers les résidents.   | <b>Recommandation n° 51</b><br>: Afficher dans les endroits stratégiques et visibles les plannings d'animation.   | 1 mois |  |
| <b>R54</b> | <b>Remarque n° 54</b> : En ne respectant pas une amplitude horaire du jeûne nocturne inférieure à 12h, l'établissement ne répond pas aux recommandations de l'HAS (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée -2007) ce qui est susceptible d'accentuer le risque de dénutrition de la personne âgée. | <b>Recommandation n° 52</b><br>: Mettre en place une nouvelle organisation dans la distribution des denrées alimentaires afin de mettre fin à a période de jeûne nocturne, actuellement supérieure à 12h. | 3 mois |  |
| <b>R55</b> | <b>Remarque n°55</b> : le régime mixé n'est pas varié ce qui ne permet pas de participer au bien être des résidents.   | <b>Recommandation n° 53</b><br>: Travailler avec la société traiteur/ une diététicienne sur la variation des régimes mixés.   | 3 mois |  |
| <b>R56</b> | <b>Remarque n°56</b> : l'élaboration des régimes alimentaires n'est pas formalisée dans une procédure qui précise les rôles de chacun (IDE, IDEC, AS, Agents et médecin). Le régime alimentaire et sa texture ne sont pas formalisés.  | <b>Recommandation n° 54</b><br>: Elaborer une procédure concernant l'élaboration des régimes alimentaires.  | 3 mois |  |
| <b>R57</b> | <b>Remarque n°57</b> : Les réunions relatives à la commission des menus ne sont pas organisées d'une manière régulière.  | <b>Recommandation n° 55</b><br>: Mettre en place une commission des menus.  | 3 mois |  |
| <b>R58</b> | <b>Remarque n°58</b> : Les IDE ne remplissent pas leur rôle dans le management transversal des AS/AMP/AES/ADV. Ils ne supervisent pas leur travail d'une manière régulière.  | <b>Recommandation n° 56</b><br>: Revoir le rôle de manager des IDE et de contrôle du travail effectué par les équipes.  | 4 mois |  |

|     |   |   |          |  |
|-----|---|---|----------|--|
| R59 | <p><b>Remarque n°59 :</b> Les refus de soins ne font pas l'objet d'une manière systématique et structurée d'échanges entre notamment, la psychologue, les IDE, les AS/AMP/AES, le médecin coordonnateur. Les refus de soins ne sont pas étudiés avec les proches ou la famille. Cette organisation ne respecte les recommandations de la HAS-ANESM, Volet 4, p 44 : « Analyser et accompagner les situations de refus de soins ».</p>   | <p><b>Recommandation n° 57</b><br/>: Elaborer un travail autour du refus de soins, conformément aux recommandations de la HAS.</p>  | 4 mois   |  |
| R60 | <p><b>Remarque n°60 :</b> Les prises en charge paramédicales réalisées par le kinésithérapeute, la psychomotricienne, et l'ergothérapeute ne donnent pas lieu à une transmission d'information ni d'échanges avec notamment les IDE, les S/AMP/AES.</p>   | <p><b>Recommandation n° 58</b><br/>: Mettre en place des temps d'échanges pluridisciplinaires afin de fluidifier la transmission des informations qui concernent chaque résident.</p> | 5 mois   |  |
| R61 | <p><b>Remarque n°61 :</b> Le RAMA (rapport annuel d'activité médicale) 2021 ne comporte <b>pas</b> d'information notamment sur : les formations, les prises en charge paramédicales, les plans de prévention (causes des chutes, causes des hospitalisations), les régimes alimentaires, les soins palliatifs, les interventions externes dans le cadre des coopérations avec des structures sanitaires et médico-sociales, les réévaluations thérapeutiques des médicaments, les mises en place des recommandations des bonnes pratiques professionnelles. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, «Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de</p> | <p><b>Recommandation n° 59</b><br/>: Revoir l'élaboration du RAMA dès 2022 afin que ce dernier réponde davantage aux recommandations qui le concernent.</p>                           | fin 2022 |  |

|                   |   |  |               |  |
|-------------------|---|--|---------------|--|
|                   | <p>la santé du résident septembre 2012, p 76 :<br/> « Analyser une fois par an, lors de l'écriture du rapport d'activité médicale, les hospitalisations :<br/> --les motifs d'hospitalisation : les hospitalisations liées directement à la gravité des pathologies, celles liées à des défauts de moyens au niveau de l'Ehpad ou du territoire, celles liées à la demande d'un proche ou du médecin traitant ;<br/> --le devenir du résident hospitalisé : retour à l'Ehpad, changement d'établissement, décès ;<br/> --l'impact de l'hospitalisation, positif ou négatif, sur l'autonomie du résident ;<br/> --le taux de ré-hospitalisation et le délai entre deux hospitalisations ;<br/> --les conditions et les limites de prise en charge médicale lors du retour à l'Ehpad ;<br/> --les causes d'hospitalisations retardées/tardives et leurs conséquences ».</p> |  |               |  |
| <p><b>R62</b></p> | <p><b>Remarque n°62 :</b> La fréquence des chutes chez les résidents n'a donné lieu à <b>aucun</b> bilan, ni à une analyse des causes y compris les facteurs prédisposant afin de mettre en place un plan de prévention adéquat. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS avril 2009 « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ».</p>   | <p><b>Recommandation n° 60</b><br/> : travailler sur les chutes et notamment effectuer un bilan et une analyse des causes afin de mettre en place un plan de prévention en la matière.</p> | <p>5 mois</p> |  |

|            |   |   |        |  |
|------------|---|---|--------|--|
| <b>R63</b> | <b>Remarque n°63</b> : Tous les agents y compris ceux qui travaillent en UVA ne sont pas formés à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, tel que prévu par les recommandations de la HAS - ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », p. 13, février 2009.  | <b>Recommandation n° 61</b><br>: S'assurer que le prochain plan de formation comporte une formation "Alzheimer". Veiller à ce que cette dernière s'applique au plus grand nombre.                       | 1 mois |  |
| <b>R64</b> | <b>Remarque n°64</b> : Les prises en charge proposées en UVA et en unité pour personnes handicapées vieillissantes sont insuffisantes au regard des besoins de la population accueillie. Cette organisation est contraire aux recommandations de la HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », février 2009 ; p 23 :<br>« Plusieurs types d'interventions non pharmacologiques sont envisageables : interventions portant sur l'amélioration de la qualité de vie (rééducation de l'orientation, stimulation Multi-sensorielle), sur la cognition (rééducation cognitive, revalidation cognitive, stimulation cognitive, ateliers mémoire), sur l'autonomie fonctionnelle de la personne (stimulation par l'activité physique, atelier d'ergothérapie ...), et sur les fonctions de communication telle qu'une prise en charge orthophonique. Elles doivent dans tous les cas être assurées par des professionnels formés à cet effet ». De plus, les prises en | <b>Recommandation n° 62</b><br>: Mettre en place un travail au sein des unités spécialisées afin de proposer une prise en charge efficiente répondant aux besoins des populations qui y sont hébergées. | 4 mois |  |

|            |   |  |        |  |
|------------|---|--|--------|--|
|            | charge et/ou interventions de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute ne sont pas structurées au sein de ces unités.  |  |        |  |
| <b>R65</b> | <b>Remarque n°65</b> : Tous les agents ne sont pas formés à la prise en charge des soins palliatifs et à l'accompagnement des résidents en fin de vie. Cette situation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM Volet 4, septembre 2012, p 88 : « Inscrire dans le plan de formation continue des formations sur les soins palliatifs et la fin de vie, mais également sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress ». | <b>Recommandation n° 63</b> : A l'instar des formations Alzheimer, ajouter au plan de formation à venir, les thématiques des soins palliatifs et de la fin de vie. | 1 mois |  |
| <b>R66</b> | <b>Remarque n°66</b> : Le médecin coordonnateur n'a pas cherché à élargir le champ de coopération de l'EHPAD avec des offreurs de soins spécialisés dans la prise en charge des soins palliatifs.   | <b>Recommandation n° 64</b> : Mettre en place un travail de recherche de partenariat afin d'élargir les coopérations   | 2 mois |  |

|            |  |  |               |  |
|------------|--|--|---------------|--|
|            |  | auxquelles l'EHPAD prend part.   |               |  |
| <b>R67</b> | <b>Remarque n°67</b> : L'équipe d'inspection souligne l'absence d'une liste de médicament à ne pas écraser. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANES « prise en charge médicamenteuse en EHPAD, fiche repère », juin 2017.  | <b>Recommandation n° 65</b> : Etablir et afficher la liste des médicaments à ne pas écraser. Diffuser cette liste à la connaissance des personnels concernés.  | 2 mois        |  |
| <b>R68</b> | <b>Remarque n°68</b> : Les boîtes de médicaments classés stupéfiants ne comportent pas l'identité de chaque résident.  | <b>Recommandation n° 66</b> : Ajouter l'identité des résidents sur les boîtes de médicaments classés stupéfiants.  | 1 mois        |  |
| <b>R69</b> | <b>Remarque n°69</b> : La balance des entrées sorties des médicaments classés stupéfiants n'est pas prise en compte dans la livraison de la dotation du jeudi d'où la présence d'un stock important. De plus, les livraisons ne sont pas tracées au sein de l'infirmierie.   | <b>Recommandation n° 67</b> : Mettre en place la balance des entrées/sorties des médicaments classés stupéfiants. Tracer les livraisons réceptionnées.   | 2 mois        |  |
| <b>R70</b> | <b>Remarque n°70</b> : Plusieurs boîtes de médicaments et des plaquettes de médicaments somnifères (Stilnox et Immovane) et des anticoagulants (Coudamine et Préviscan) sont déposés dans un bac au sein de l'infirmierie du 2ème étage. Ces produits ont fait l'objet de prescriptions, mais aucune identité de résident n'est accolée à ces médicaments. | <b>Recommandation n° 68</b> : Refaire le point sur les boîtes de médicaments délivrés par la PUI. La PUI ne doit pas constituer un stock de médicaments en-dehors de la liste "dotation pour soins urgents" établie par le médecin | Immédiatement |  |

|     |  |  |               |  |
|-----|--|--|---------------|--|
|     |  | coordonnateur, le pharmacien et la cadre de santé.   |               |  |
| R71 | <b>Remarque n° 71:</b> Les températures affichées du réfrigérateur du 2ème étage sont très proches de la température maximale autorisée pour la conservation des produits de santé : soit entre 7 et 8°C du 1er au 12/04/2022. De plus, concernant la conduite à tenir si la température dépasse les 8°C : les IDE ne connaissent pas la conduite à tenir : aucun protocole n'est mis à leur disposition dans l'infirmierie.     | <b>Recommandation n° 69</b> : Renforcer le contrôle journalier des températures des frigos et mettre en place une procédure traduisant la conduite à tenir en cas de dépassement des températures maximales conseillées. | Immédiatement |  |
| R72 | <b>Remarque n°72 :</b> Le protocole du circuit du médicament ne donne pas de consignes « conduites à tenir » en cas d'erreur d'administration du médicament : appel du centre 15/centre antipoison/CRPV Réseau régional de vigilances et d'appui/RRéVA (Réseau régional de vigilances et d'appui) ... . Ce protocole ne traite pas non plus du circuit de traitement et de signalement des événements indésirables graves (EIG). | <b>Recommandation n° 70</b> : Ajouter au protocole circuit du médicament les conduites à tenir en cas d'erreur d'administration. Y ajouter également un lien avec les EIG et leur déclaration.                           | Immédiatement |  |

|     |  |   |        |  |
|-----|--|---|--------|--|
| R73 | <p><b>Remarque n°73</b> : La procédure « La déclaration et la gestion des événements graves » présente plusieurs points faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de RETEX aux agents,</li> <li>- ne renvoie pas au formulaire de déclaration des signalements à l'ARS,</li> <li>- mentionne l'existence de bilans annuels d'EI, alors que les agents n'ont aucun retour ces derniers,</li> <li>- ne précise pas la qualification de la personne en charge des signalements à l'ARS,</li> <li>- ne renvoie au formulaire de signalement.</li> </ul>   | <p><b>Recommandation n° 71</b></p> <p>: Compléter la procédure "la déclaration et la gestion des événements graves" au regard des remarques formulées.</p>  | 2 mois |  |
| R74 | <p><b>Remarque n°74</b> : L'absence de protocole relatif à la prise en charge et/ou à l'alerte du risque suicidaire ne répond pas aux recommandations de l'ANESM à ce sujet (qualité de vie en EHPAD, volet 1 à 4).</p>  | <p><b>Recommandation n° 72</b></p> <p>: Etablir un protocole relatif à la prise en charge et à la prévention du risque suicidaire.</p>  | 3 mois |  |
| R75 | <p><b>Remarque n°75</b> : Les missions et les prises en charges réalisées par les ergothérapeutes et les psychomotriciennes ne sont pas identifiées par leurs collègues. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, volet 4 « Adaptation à l'emploi » juin 2008, p 16 : « Identifier et mobiliser les différents niveaux de responsabilités pour la mise en œuvre de la stratégie d'adaptation à l'emploi La mise en œuvre d'une stratégie suppose que soient clairement identifiés les rôles et responsabilités des différents acteurs : encadrement intermédiaire, techniciens experts, direction et administrateurs. Les</p> | <p><b>Recommandation n° 73</b></p> <p>: Dans la continuité des recommandations formulées, s'assurer que les missions et les prises en charge de chaque corps de métier sont connus (notamment ergothérapeute et psychomotricien).</p> | 5 mois |  |

|            |  |   |        |  |
|------------|--|---|--------|--|
|            | délégations de suivi de la mise en œuvre sont repérées et font l'objet de bilans ».  |   |        |  |
| <b>R76</b> | <b>Remarque n° 76 :</b> Les conventions de coopération n'ont donné lieu à aucun bilan portant notamment sur : la formation des salariés de l'EHPAD, le développement des bonnes pratiques professionnelles, le nombre de résidents ayant bénéficié d'une prise en charge en circuit court. | <b>Recommandation n° 74 :</b> Effectuer un bilan des conventions de coopérations existantes.                  | 6 mois |  |
| <b>R77</b> | <b>Remarque n°77 :</b> En ne fournissant pas la délégation de gestion accordée à l'institut catholique de Lille, évoquée dans le projet d'établissement, l'équipe d'inspection n'est pas en mesure de vérifier les contours du pilotage de l'établissement.                                | <b>Recommandation n° 75 :</b> Transmettre la délégation de gestion accordée à l'institut catholique de Lille. | 2 mois |  |