



Le directeur général

Réf: 2023.DSSSE-SDIC-YM

Mission n° 2023\_HDF\_00 267



Le président du conseil départemental

Lille, le 15 JUL. 2024

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection contrôle 2023 de l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France, nous avons décidé de diligenter une inspection au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Pont Bertin, géré par l'association BTP RMS et situé au n°36, rue Léon Blum, 59930 La Chapelle d'Armentières, en application des articles L.313-3 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 santé publique (CSP).

Cette inspection a été réalisée de manière inopinée le 20 juin 2023 et avait pour objectifs de vérifier :

- que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits ;
- la capacité de l'établissement à prévenir et gérer les situations de maltraitance ;
- la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des résidents.

Suite à cette inspection, nous vous avons adressé une lettre de mesures immédiates en date du 24 juillet 2023. Elle portait sur les constats suivants :

Monsieur Rachid Bouadma  
Président de l'association Pro BTP  
BTP MRS Résidences médico-sociales  
N°7, rue du Regard  
75006 Paris

- la salle de soins (infirmierie) au 2<sup>ème</sup> étage, où sont stockés notamment des produits de santé, n'est pas équipée d'un système de fermeture, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4312-39 du CSP ;
- un déficit dans l'organisation du travail la nuit par l'affectation uniquement de deux aides-soignants et d'une IDE pour assurer la prise en charge et la surveillance de 130 résidents de l'EHPAD et 20 patients du Soins de Suite et de Réadaptation. Cette organisation ne garantit pas la sécurité et la qualité des soins, et notamment une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, adaptés à l'âge et aux besoins (article L.311-3 du CASF) ;
- la porte d'entrée principale de l'EHPAD n'est pas équipée d'un système de fermeture, présentant ainsi un risque de fugue des résidents ayant des troubles cognitifs, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF ;
- les portes donnant sur les escaliers ne sont pas équipées d'un système de fermeture, présentant un risque de chute pour les résidents ayant notamment des troubles de l'équilibre et ceux en fauteuils roulants, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.

Dans votre réponse en date du 1<sup>er</sup> août 2023, vous avez apporté des réponses satisfaisantes sur la sécurisation de la porte d'entrée principale de l'EHPAD, les locaux de l'infirmierie au 2<sup>ème</sup> étage et les portes donnant sur les escaliers. Par contre, vous n'avez pas apporté de réponses satisfaisantes sur la présence la nuit d'un effectif qualifié et suffisant en nombre.

C'est pourquoi, lors de l'envoi en date du 9 avril 2024 du courrier des mesures correctives envisagées et du rapport d'inspection, nous vous avons fait part de notre intention de vous enjoindre au titre de l'article L.313-14 du CASF à l'issue de la procédure contradictoire à garantir la présence d'un effectif qualifié et suffisant en nombre les nuits (semaine et week-end) en transmettant la liste des professionnels de nuit, les copies des diplômes, les contrats de travail et un planning type propre à l'EHPAD.

Par courrier en date du 26 avril 2024, vous nous avez apporté votre réponse dans le cadre de la procédure contradictoire. Vous garantissez la présence de 3 professionnels qualifiés (aides-soignants) et de 0,20 ETP (équivalent temps plein) d'une IDE pour assurer la prise en charge des résidents de l'EHPAD la nuit. Aussi nous ne prononcerons pas l'injonction envisagée.

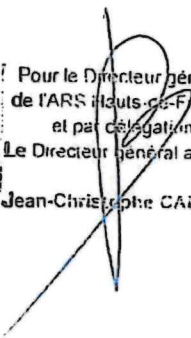
Au regard de ce courrier précédemment cité, le rapport d'inspection n'est pas modifié. Nous vous demandons de bien vouloir mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau ci-joint en annexe. Le contrôle de l'effectivité de leur mise en place sera assuré conjointement par nos collaborateurs du pôle de proximité du département du Nord de la direction de l'offre médico-sociale de l'agence régionale de santé et les professionnels du conseil départemental du Nord.

Il conviendra de leur transmettre vos réponses et éléments de preuves, dans le respect des échéances fixées dans le tableau des décisions finales, complété des dates effectives 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'agence régionale de santé.

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

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



Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint  
Jean-Christophe CANLER

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



Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau des mesures correctives à mettre en œuvre.

**Tableau des mesures correctives relatives à l'inspection du 20 juin 2023 au sein de l'EHPAD Pont Bertin - Pro-BTP,  
situé au 36, Rue Léon Blum, 59930 La Chapelle-d'Armentières.**

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Ecart n°19 : En n'affectant que 2 aides-soignants et une IDE pour assurer la prise en charge et la surveillance de 119 résidents de l'EHPAD et 20 patients du SSR avec la possibilité de recrutement d'un ASH (agent de service hospitalier) non qualifié pour la réalisation des soins de nursing, il y a un déficit dans l'organisation du travail la nuit ce qui ne garantit pas la sécurité et la qualité des soins, notamment une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité, adaptés à l'âge et aux besoins. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. Selon les entretiens, l'établissement organise chaque jour la rotation des professionnels entre les différentes unités y compris l'unité de vie protégée pour notamment la réalisation des soins de nursing. Ainsi, un agent se trouve régulièrement seul au sein de son unité pour assurer la prise en charge des résidents de son unité. De plus, le système de 2 heures de pause coupure du travail par jour imposée aux agents diminue le nombre d'agents présents chargés de la surveillance et la prise en charge continues des résidents pendant ces coupures. Cette organisation ne les conditions de</p>	<p>Injonction n°1 :</p> <p>Garantir la présence d'un effectif qualifié et suffisant en nombre pendant les nuits (semaine et week-end), en transmettant la liste des professionnels de nuit, les copies de leur contrat de travail, leur diplôme et un planning type dédié à l'EHPAD.</p> <p>La mission précise que le métier d'ASH (agents service hospitalier) consiste à assurer les tâches d'entretien et de nettoyage des locaux et du matériel. Les ASH ne disposant pas de compétences pour réaliser des soins de nursing.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>sécurité des résidents, elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</p> <p>Ecart n°18 : Selon les entretiens, l'établissement organise chaque jour la rotation des professionnels entre les différentes unités y compris l'unité de vie protégée pour notamment la réalisation des soins de nursing. Ainsi, un agent se trouve régulièrement seul au sein de son unité pour assurer la prise en charge des résidents. Cette organisation ne garantit pas les conditions de sécurité des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.</p>		
<p>Ecart n°1 : En n'ayant pas révisé le règlement de fonctionnement avant décembre 2022, l'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement de moins de cinq ans, et en n'ayant pas initié la démarche d'actualisation, l'établissement ne respecte pas l'article R.311-33 du CASF.</p>	<p>Prescription n°1 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article R.311-33 du CASF relatif à la durée de révision du règlement de fonctionnement.</p>	<p>Levée</p>
<p>Ecart n°2 : L'imprécision en ce qui concerne les suites possibles aux actes de maltraitance ne permet pas de donner de la lisibilité quant à sa politique globale de prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-7 du CASF.</p> <p>Remarque n°1 : L'imprécision sur les mesures mise en place pour signaler un évènement indésirable ou un acte de maltraitance au sein du règlement de fonctionnement, ne permet pas de</p>	<p>Prescription n°2 :</p> <p>Mettre en place une politique formalisée sur la prévention de la maltraitance notamment dans le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement.</p> <p>Mettre en place une démarche précise sur le signalement des faits de maltraitance.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>garantir un signalement systématique notamment aux autorités (ARS et conseil départemental du Nord).</p> <p>Remarque n°6 : Les signalements ne donnent pas lieu systématiquement à un retour d'expérience auprès des salariés susceptibles d'être exposés à la situation ainsi qu'aux salariés auteurs du signalement. En cas de réclamation, l'établissement ne trace pas les réponses apportées aux réclamants.</p> <p>Ecart n°8 : L'établissement ne signale pas tous les EIG (événements indésirables graves) sans délai aux autorités administratives, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.331-8-1 du CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. Cette organisation ne permet pas à l'établissement notamment d'une part de lutter efficacement contre la maltraitance, et d'autre part de mettre en place une politique globale de qualité et de gestion des risques, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008 », p 13.</p> <p>Ecart n°9 : En l'absence de démarche de la part de la direction visant à favoriser la déclaration des événements indésirables par les agents et par l'encadrement, l'ensemble des EIG ne font pas l'objet d'une analyse rapide et collective avec des prises de décisions adéquates par l'encadrement de proximité et la direction, et la mission d'inspection ne peut donc pas garantir le respect des dispositions réglementaires relatives à la qualité et</p>	<p>En cas de suspicion de faits de maltraitance, mettre en place une démarche d'analyse des risques sur ce type d'évènement avec organisation de RETEX avec tous les professionnels susceptibles d'être témoins ou confrontés à cet évènement.</p> <p>Formaliser et structurer la politique de prévention de la maltraitance. Pour se faire associer les salariés, les résidents, les familles et les tuteurs à cette démarche.</p> <p>Actualiser le document livret d'accueil conformément aux instructions ministérielles.</p> <p>Veiller à l'appropriation des protocoles de la prévention de la maltraitance par vos salariés. Cette appropriation doit faire l'objet de vérifications.</p> <p>Mettre à la disposition des résidents et leur famille un registre des réclamations.</p>	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>à la sécurité des prises en charges tels que prévu par l'article L311-3 du CASF. Par ailleurs l'établissement ne dispose pas d'un dispositif d'analyse des pratiques sur la bientraitance, ni d'un dispositif de soutien aux professionnels tels que prévu par les recommandations de la HAS/ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008 » p.33 et 35.</p> <p>Ecart n°10 : La politique globale de prévention de la maltraitance n'est pas formalisée, ni structurée, en l'absence de projet d'établissement, de livret d'accueil et de règlement de fonctionnement formalisés ou conformes. De plus, l'établissement n'a pas désigné un référent bientraitance. Cette organisation ne respecte pas les dispositions des articles suivants, L311-3, L.311-4, L.119-1 et L.311-8 du CASF. De plus, elle n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », juin 2008, p 14.</p> <p>Remarque n°3 : Le document 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 lutte contre la maltraitance.</p> <p>Remarque n°7 : En ne s'assurant pas de la bonne appropriation des protocoles par les personnels, l'équipe de direction ne peut garantir la bonne prise en charge des évènements indésirables/évènements indésirables graves/ incidents. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de</p>	<p>L'établissement doit respecter les dispositions de l'article R.331-8-1 du CASF et l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p> <p>L'établissement doit mettre en place une politique interne favorable aux signalements des EIG (évènements indésirables graves) portant notamment sur les questions de la maltraitance.</p>	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>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.</p> <p>Remarque n°8 : L'établissement n'a pas mis en place un « registre des réclamations » à la disposition des résidents et de leur famille.</p>		
<p>Ecart n°3 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'EHPAD ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF. De plus, cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations HAS/ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, décembre 2009 », p 11 : « <i>Le projet d'établissement/projet de soins est donc un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure</i> ».</p> <p>Ecart n°26: L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins avec toutes ses composantes réglementaires et de recommandations de bonnes pratiques définies par l'HAS/ANESM. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles L.311-8 et D.312-158 du CASF. De plus, elle ne respecte pas les recommandations de la HAS/ANESM : « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, décembre 2009 ».</p>	<p>Prescription n°3 :</p> <p>Elaborer un projet d'établissement et un projet de soins avec leurs composantes réglementaires portant notamment sur la prévention de la maltraitance, les soins palliatifs.</p> <p>Ces projets doivent comporter des projets des actions et des indicateurs d'évaluation pondérables.</p> <p>Tous les professionnels doivent être associés à cette démarche.</p>	<p>6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Ecart n°4 : En ne précisant pas dans le règlement intérieur du CVS les modalités d'élection du personnel et en faisant de la présence du directeur une obligation pour la prise de toute décision du CVS, Le règlement intérieur n'est pas en conformité avec l'article D. 311-13 du CASF.</p> <p>Ecart n°5 : En élisant le président du conseil du CVS à main levée, l'établissement n'est pas conforme à l'article D. 311-9 du CASF.</p> <p>Ecart n°6 : En n'ayant pas consulté le CVS sur la réorganisation qui a été mis en œuvre le 1 juin 2023, l'établissement n'est pas en conformité avec l'article D. 311-15 du CASF.</p> <p>Ecart n°7 : En désignant systématiquement des personnels de l'établissement non élus à assister aux réunions du CVS et l'absence de médecin coordonnateur parmi les membres du CVS (cf. comptes rendus du CVS en date du 27/02/2023 et 20/03/2023), la composition du CVS n'est pas en conformité avec l'article D.311-5 du CASF.</p>	<p>Prescription n°4 :</p> <p>Préciser dans le règlement intérieur du CVS les modalités d'élection du personnel et en faisant de la présence du directeur une obligation pour la prise de toute décision du CVS.</p> <p>Respecter les modalités des élections des membres du CVS conformément aux dispositions de l'article D. 311-9 du CASF.</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D. 311-15 du CASF relatifs à la démarche de consultation du CVS avant toute réorganisation interne.</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D.311-5 du CASF relatif à la composition et la représentation des membres du CVS.</p>	<p>Levée</p>
<p>Ecart n°11 : En ne disposant pas d'une copie du diplôme de l'un des aides-soignants, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF.</p>	<p>Prescription n°5 :</p> <p>Transmettre les copies des diplômes de tous les aides-soignants intervenant au sein de l'établissement.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Ecart n°12 : En ne vérifiant pas systématiquement le bulletin du casier judiciaire national pour 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 des personnels vulnérables.</p>	<p>Prescription n°6 :  Mettre en place un système de vérification des casiers judiciaires de tous les professionnels.</p>	<p>Levée</p>
<p>Ecart n°13 : Des agents (ASH/ASL) non qualifiés participent régulièrement à l'aide aux repas, ce qui représente un risque chez les personnes ayant des troubles de la déglutition. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au Décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.</p>	<p>Prescription n°7 :  Sécuriser les mises en bouches (aides aux repas) chez les résidents ayant des troubles de la déglutition. Ces mises en bouches doivent être réalisées par des professionnels qualifiés.</p>	<p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Ecart n°14 : En ne sécurisant pas les locaux (local de rangement des produits d'entretien, accessibilité à des produits dangereux, espaces cuisines, escaliers) aux besoins du public accompagné, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.</p> <p>Ecart n°21 : La disponibilité de flacons de SHA (solution hydro-alcoolique), la non-sécurisation d'une fenêtre de balcon au 1<sup>er</sup> étage, la non-sécurisation d'une autre fenêtre dans la salle à manger du 2<sup>ème</sup> étage, la non sécurisation d'un local du 2<sup>ème</sup> étage où sont stockés des produits d'entretien et la non fermeture systématique des portes des différents postes d'offices à chaque passage des professionnels constituent un risque pour la</p>	<p>Prescription n°8 :  Sécuriser les accès aux produits dangereux (produits d'entretien, savons, gel hydro-alcoolique ...), car ils présentent un risque pour les résidents ayant des troubles cognitifs.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
sécurité des résidents, notamment ceux ayant des troubles cognitifs. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du CASF.		
Ecart n°15 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que les contrats de séjours ne sont pas tous signés par le résident et/ou son tuteur, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-4 du CASF.	Prescription n°9 :  Respecter les dispositions relatives l'article L.311-4 du CASF et portant sur la signature des contrats de séjours.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.
<p>Ecart n°17 : Tous les résidents n'ont pas de PAP (projet d'accompagnement personnalisé). Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF. Elle n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpad), août 2018 » : « 3° Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ».</p> <p>Remarque n°21 : L'absence d'actualisation annuelle des PAP ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne et est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM « Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpad) », août 2018, p 11.</p>	<p>Prescription n°10 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF en élaborant un PAP pour chaque résident et mettant en place les actions qui en découlent. Ces actions doivent faire l'objet d'une évaluation.</p> <p>Désigner pour chaque résident un référent.</p> <p>Recueillir pour chaque résident ses centres d'intérêt afin d'adapter les animations aux besoins et demandes de chaque résident.</p>	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Remarque n°20 : Le protocole relatif aux admissions « accueil du nouveau résident » ne mentionne pas la désignation d'un référent. Tous les résidents ne bénéficient pas de la désignation d'un référent dès leur admission au sein de l'établissement. Cette organisation ne s'inscrit pas dans les orientations de la HAS-ANESM « Le PAP : une dynamique du parcours d'accompagnement », août 2018, p 19.</p> <p>Remarque n°19 : Le processus temporel relatif au recueil des centres d'intérêt du nouveau résident par notamment l'animatrice n'est pas précisée.</p>		
<p>Ecart n°16 : Le protocole relatif à la prise en charge des résidents ayant des troubles du comportement est centré sur l'utilisation d'antalgiques sans prescription médicale. Cette organisation est d'une part contraire aux dispositions de l'article R.4311-7 du CSP et d'autre part n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », février 2009, p 24.</p>	<p>Prescription n°11 :</p> <p>Mettre en place une prise en charge structurée en faveur des personnes ayant des troubles du comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protocole médical individualisé,</li> <li>- recours aux structures spécialisées en psychogériatrie,</li> <li>- formation des professionnels...</li> </ul>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Ecart n°20 : L'établissement n'a pas désigné de référent pour l'activité physique adaptée, ce qui est contraire aux dispositions du décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023 relatif au référent pour l'activité physique et sportive en établissement social et médicosocial</p>	<p>Prescription n°12 :</p> <p>Désigner un référent activité physique adaptée parmi les professionnels et former cette personne.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
Ecart n°22 : Le temps médical du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D 312-156 du CASF : « un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ».	Prescription n°13 :  Respecter les dispositions de l'article D 312-156 du CASF relatif au temps de médecin coordonnateur.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Ecart n°23 : Le médecin coordonnateur ne dispose pas de temps pour former les professionnels aux impératives gériatriques, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D312-158-8° du CASF.	Prescription n°14 :  Respecter les dispositions de l'article D312-158-8° du CASF relatif à la formation des professionnels aux impératifs gériatriques par le médecin coordonnateur.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Ecart n°24 : L'établissement n'a pas communiqué le rapport annuel d'activité médicale (RAMA) de l'année 2022, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.312-158-10° du CASF.	Prescription n°15 :  Transmettre le RAMA de l'année 2022.	Dès la clôture de la procédure contradictoire.
Ecart n°25 : À l'analyse des dossiers de soins communiqués, le médecin inspecteur de santé publique constate que les réévaluations gériatriques ne sont pas toutes tracées dans les dossiers d'admission, les antécédents et les bilans d'entrée ne sont pas systématiquement retrouvés, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D312-158 alinéa 6 du CASF.	Prescription n°16 :  Respecter les dispositions de l'article D312-158 alinéa 6 du CASF en mettant en place une organisation garantissant la réévaluation gériatrique médicale de chaque nouveau résident lors de son admission.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Ecart n°27 : Tous les professionnels ne sont pas formés aux soins d'urgence, ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	Prescription n°17 :  Former tous les professionnels aux soins d'urgence.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>L'organisation de l'EHPAD n'est pas conforme avec les recommandations HAS-ANESM volet 4, septembre 2012, p 74.</p> <p>Remarque n°45 : En ce qui concerne la formation aux gestes d'urgence, l'établissement n'a pas transmis à la mission d'inspection, les attestations de formations, la feuille d'émargement et le nom de l'organisme de formation.</p>	<p>Transmettre les attestations de formation aux soins d'urgence et les listes d'émargement 2021/2022/2023.</p>	
<p>Ecart n°28 : Le protocole hypoglycémie n'est pas nominatif, il donne la possibilité aux IDE d'administrer les produits suivants : G30% (glucose) et glucagon. Or, il s'agit de produits soumis à prescription médicale. De plus, ce protocole n'est pas signé ni daté par un médecin prescripteur. La durée du traitement n'est pas précisée. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles L.4311-1, R.4127-34, R.4312-38 et R.5132-3 du CSP (code de la santé publique).</p>	<p>Prescription n°18 :</p> <p>Respecter les dispositions des articles L.4311-1, R.4127-34, R.4312-38 et R.5132-3 du CSP.</p> <p>Tout protocole thérapeutique doit être individualisé, comportant notamment l'identité du résident, son poids, la conduite à tenir, le traitement médical et la durée. Le protocole doit être daté et signé par un médecin.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Ecart n°29 : Les plans de soins infirmiers ne sont pas réévalués d'une manière collégiale et structurée entre les IDE et les AS/AES, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-1 du CSP. L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement ne veille pas à l'actualisation du bilan de santé pluridisciplinaire du résident.</p>	<p>Prescription n°19 :</p> <p>Respecter les dispositions de l'article R.4311-1 du CSP en mettant en place une organisation garantissant la réévaluation des plans de soins d'une manière régulière et coordonnée entre les professionnels. Ces réévaluations doivent être tracées dans les dossiers de soins.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Ecart n°30 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que tous les résidents à risque d'escarres ne bénéficient pas de plan d'actions spécifiques de prévention. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article R.4311-3 du CSP (code de la santé publique)</p>	<p>Prescription n°20 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la surveillance des téguments des résidents et particulièrement ceux à risque. Cette organisation doit également garantir la prévention des escarres d'une manière régulière et réactive. Les causes des escarres doivent être systématiquement recherchées, avec mise en place de plans d'actions thérapeutiques en lien avec les médecins présents au sein de l'établissement.</p> <p>Des outils de suivi et d'évaluation doivent être mis en place également, comportant des indicateurs portant notamment sur les protocoles individualisés de soins de pansements, les apports hydriques, les apports protéiniques, les changements de positions, l'utilisation de matelas adapté...</p>	<p>1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Ecart n°31 : Lors de l'analyse des dossiers, la mission a constaté que les transmissions écrites ne sont pas réalisées d'une manière régulière et exhaustive. Elles sont généralement descriptives. Tous les actes techniques, tels que les pansements ne sont pas</p>	<p>Prescription n°21 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la traçabilité des transmissions écrites d'une manière journalière.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>tracés d'une manière régulière. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article R. 4312-35 du CSP.</p> <p>Remarque n°22 : Tous les professionnels ne tracent pas les transmissions portant sur les soins et les prises en charge dans le SI (système d'information).</p>		
<p>Ecart n°32 : L'EHPAD n'a pas mis à la disposition des salariés un chariot d'urgence. Cette organisation constitue un risque et ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-3 du CASF. De plus, elle n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « prise en charge médicamenteuse en EHPAD, 2017 », p 8.</p>	<p>Prescription n°22 :</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels un chariot d'urgence dédié à l'EHPAD. L'accès à ce matériel doit être rapide.</p>	<p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Ecart n°33 : Les dates de péremptions des médicaments et produits de santé ne sont pas toutes vérifiées, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R. 4312-39 du CSP. L'EHPAD n'a pas mis en place une procédure relative à la vérification de ces dates d'une manière régulière et nominative.</p>	<p>Prescription n°23 :</p> <p>Mettre en place un outil de suivi des dates de péremption des médicaments et des DM (dispositifs médicaux).</p> <p>Ce suivi doit être tracé et régulier.</p>	<p>1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire</p>
<p>Ecart n°34 : Il n'existe aucun protocole de collaboration entre IDE et AS/AES daté et signé relatif à l'aide à la prise de médicament. Cette organisation n'est pas conforme aux articles R.4311-3 et R.4311-4 du code de la santé publique (CSP), ainsi que l'article L313-26 du CASF.</p>	<p>Prescription n°24 :</p> <p>Elaborer un protocole de collaboration entre les IDE et les AS/AES. Ce protocole doit être nominatif, daté et signé par les professionnels.</p> <p>Les soins faisant l'objet de ce protocole doivent donner lieu au</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
	préalable à des formations des AS/AES par les IDE.	
Ecart n°35 : L'EHPAD n'a pas mis en place une convention de partenariat avec un établissement de santé pour assurer d'une manière rapide et efficace les transferts hospitaliers en urgence. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.312-155-0-5° du CASF.	Prescription n°25 :  Elaborer une convention avec un établissement de santé. Cette convention doit mentionner les conditions de transfert et de prise en charge des résidents notamment au sein du SAU (service d'accueil des urgences). Cette convention doit faire l'objet d'un bilan annuel : nombre de transferts, nombre d'hospitalisations, causes des transferts...	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Ecart n°36 : La convention entre l'établissement et un laboratoire d'audiologie en date du 14/04/2023 ne précise pas les conditions techniques (local adapté) pour réaliser des tests auditifs (audiogrammes). L'établissement ne dispose pas de local adapté pour réaliser ces examens paramédicaux subordonnés à une prescription médicale. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles L.4361-6 et suivants du CSP.	Prescription n°26 :  Respecter les dispositions des articles L4361-6 et suivants du CSP. Les tests auditifs (audiogrammes) sont subordonnés à une prescription médicale et doivent être réalisés dans des conditions spécifiques pour garantir leur efficacité.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque n°4 : L'établissement n'a pas élaboré une cartographie des risques spécifiques à la population accueillie.	Recommandation n°1 :  Elaborer une cartographie des risques spécifiques aux caractéristiques de la population accueillie et mettre en place des actions de prévention dans une	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
	démarche de qualité et gestion des risques.	
<p>Remarque n°5 : L'IDEC n'a pas suivi de formation pour assurer ses missions relatives à l'encadrement et à la mise en place de travaux portant sur la qualité et la gestion des risques liée à la prise en charge globale des résidents. 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 30.</p>	<p>Recommandation n°2 : Garantir à l'IDEC le suivi d'une formation qualifiante propre aux IDEC.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque n°9 : Lors de l'analyse des dossiers administratifs des professionnels et selon les entretiens, l'établissement a recours d'une manière très récurrente à des contrats à durée déterminée pour des professionnels remplaçants et vacataires. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad, décembre 2011 », p 42 et HAS/ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009 », p 32.</p> <p>Remarque n°11 : L'absentéisme et le turn-over sont fréquents, sans pour autant faire l'objet d'une analyse des causes en collaboration avec la médecine du travail (dans le respect de</p>	<p>Recommandation n°3 : Stabiliser les effectifs des soignants afin notamment de contribuer à la stabilité des repères chez les résidents, l'efficacité de leur suivi et la sécurisation de leur prise en charge.  Mettre en place une organisation garantissant le suivi et les recherches des causes de l'absentéisme. Mettre en place des actions de prévention.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
l'anonymat), ni de plans d'actions afin d'améliorer la qualité de vie au travail et d'influer sur le taux d'absentéisme.		
<p>Remarque n°10 : Selon les entretiens, les nouveaux salariés et les remplaçants ne sont pas évalués par l'encadrement de proximité suite à leur prise de poste. De plus, l'EHPAD ne désigne pas de tuteur pour chaque nouveau salarié. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2018 », p 17.</p> <p>Remarque n°2 : Le livret d'accueil des professionnels date de 2013, il n'a pas fait l'objet d'une actualisation.</p> <p>Remarque n°13 : L'absence de formalisation précise des missions et responsabilité de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation de l'ANESM/HAS relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – partie II relative à la mise en place d'une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance – Décembre 2008).</p> <p>Remarque n°16 : Tous les professionnels ne sont pas formés ni sensibilisés aux risques liés aux différentes formes de la maltraitance, ce qui n'est pas conforme avec les</p>	<p>Recommandation n°4 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant l'évaluation des nouveaux salariés. Elaborer des outils spécifiques à cette évaluation par corps de métier.</p> <p>Actualiser le livret d'accueil des professionnels en y intégrant la politique de prévention de la maltraitance.</p> <p>Formaliser les missions de chaque professionnel. Cette formalisation doit prendre en compte la prévention de la maltraitance.</p> <p>Sensibiliser régulièrement tous les salariés de l'établissement aux questions de la maltraitance.</p>	<p>6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>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 8.</p> <p>Remarque n°17 : En ne mettant en place aucun dispositif de soutien aux salariés et particulièrement en faveur des plus isolés et des salariés impactés par la charge du travail, l'organisation de l'EHPAD 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.</p>		
<p>Remarque n°12 : La mission a constaté dans le dossier d'un professionnel un titre de séjour indiquant une fin de validité au 31/12/2022. Elle n'a pas connaissance d'une prolongation ou pas du titre de séjour. A cet égard, il existe des dispositions dans le code du travail.</p>	<p>Recommandation n°5 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la vérification des titres de séjours des professionnels ne disposant pas de la nationalité française et ne faisant pas partie de la communauté européenne selon les dispositions du code du travail.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque n°14 : L'absence d'évaluation régulière des agents ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel (Recommandation de l'ANESM/HAS relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – partie II relative à la mise en place d'une</p>	<p>Recommandation n°6 :</p> <p>Mettre en place une évaluation régulière des professionnels et vérifier l'appropriation des protocoles par ces derniers.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance – Décembre 2008.		
Remarque n°15 : L'établissement n'a pas transmis à la mission le plan de formation réalisé 2022 avec les attestations de formations, les feuilles d'émargements et les noms des organismes formateurs. Le plan de formation prévisionnelle 2023 avec la liste des salariés retenus et les organismes de formation n'a pas été communiqué également. Ainsi, l'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels ne permet pas « <i>la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées ... en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives</i> » (Recommandations HAS/ANESM : Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – Juin 2008).	Recommandation n°7 :  Transmettre le plan de formation de l'année 2022 : formations planifiées et formations réalisées. Transmettre également les attestations de formation et les listes d'émargement.	Levée
Remarque n°18 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que plusieurs résidents se plaignent des délais longs de réponses aux sonnettes d'appels malades. Cette organisation altère la qualité de vie des résidents et ne garantit pas l'intervention des professionnels auprès des résidents, notamment dans des situations d'urgence. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de la HAS-ANESM volet 4 « qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », p 74.	Recommandation n°8 :  Mettre en place une organisation garantissant un délai de réponse court aux sonnettes des appels malades.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
Remarque n°23 : Le management de proximité dispose de peu de temps pour le contrôle de la qualité du travail, l'animation des équipes, la formation des professionnels et la mise en place d'actions portant sur la qualité/audit et la gestion des risques. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 12.	Recommandation n°9 :  Mettre en place une organisation garantissant le contrôle de l'activité et la qualité des prestations.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque n°24 : Le temps du psychologue est insuffisant pour garantir une prise en charge de qualité des résidents et de leur famille.	Recommandation n°10 :  Mettre en place une organisation garantissant une prise en charge adaptée par la psychologue pour tous les résidents et leur famille.	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque n°26 : Les résidents ne bénéficient pas de séances de prise en charge de Snoezelen, car la salle est utilisée pour d'autres fins.	Recommandation n°11 :  Aménager la salle de Snoezelen pour améliorer la prise en charge des résidents.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire
Remarque n°28 : L'EHPAD ne dispose d'un ergothérapeute pour répondre aux questions spécifiques, telles que : la mobilité des résidents, les aides aux repas, les activités thérapeutiques et la prévention des chutes. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009 », p 21.	Recommandation n°12 :  Mettre en place une organisation garantissant une prise en charge des résidents par une ergothérapie pour travailler sur des thématiques telles que la mobilité, la dépendance et la prévention des chutes.	3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Remarque n°30 : L'établissement n'a pas mis en place une organisation formelle pilotée par exemple par le médecin coordonnateur ou un masseur-kinésithérapeute pour réaliser des bilans sur les causes des chutes les plus fréquentes et l'évaluation des plans d'actions mis en place.</p>	<p>Mettre en place une organisation structurée garantissant la réalisation de bilans périodiques avec analyse des causes des chutes chez chaque résident. Cette démarche doit donner lieu à des plans d'actions individualisés.</p>	
<p>Remarque n°27 : Tous les professionnels intervenant au sein de l'unité protégée ne sont pas formés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009 », pp 13/14 .</p> <p>Remarque n°25 : Le jardin externe de l'établissement n'est pas mis à la disposition des résidents, notamment ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. De plus, selon les comptes rendu du CVS (conseil de vie sociale) en date du 12/12/2022 et du 27/02/2023, les représentants des résidents ont demandé à la direction de l'EHPAD d'aménager les espaces externes. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM Volet 2 p 34 et 37 et « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009 », p 21.</p>	<p>Recommandation n°13 :</p> <p>Former les professionnels aux spécificités de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Il est recommandé que les professionnels soient qualifiés, spécifiquement formés, soutenus et en nombre suffisant pour accompagner les personnes accueillies et permettre une relation de qualité, quels que soient le moment de la journée et le jour de la semaine, week-end inclus.</p> <p>Aménager le jardin externe pour notamment les résidents ayant des troubles cognitifs.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire</p>
<p>Remarque n°29 : Selon le compte rendu du CVS en date du 12/12/2022, les représentants des usagers ont souligné la durée</p>	<p>Recommandation n°14 :</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>des toilettes de nursing du matin et leur impact sur le rythme de vie des résidents.</p> <p>Remarque n°31 : Un ETP d'animation ne permet pas à l'établissement d'offrir à tous les résidents des séances d'animation d'une manière quotidienne. DE plus, l'EHPAD n'a pas mis en place un comité d'animation afin de demander aux résidents notamment leur avis sur les programmes proposés et leur fréquence. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Qualité de vie en Ehpap (volet 3) ; La vie sociale des résidents en Ehpap, janvier 2012 », p 37.</p> <p>Remarque n°32 : L'établissement ne réalise pas de bilan annuel des animations. Il n'a pas mis en place une commission ou un comité animations, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Volet 3, décembre 2011 », p 37.</p>	<p>Mettre en place une organisation concourant à améliorer la qualité de vie en travaillant sur la durée de réalisation des toilettes le matin et les effectifs mobilisés.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la participation de tous les résidents à des animations d'une manière régulière.</p> <p>Elaborer des bilans réguliers sur les animations, portant notamment sur : la typologie des animations, la fréquence des animations, le taux de participation individuelle....</p>	
<p>Remarque n°33 : L'établissement n'a pas élaboré des plans de tables mis à jour régulièrement pour la prise des repas, afin notamment de faciliter l'identification des résidents par les salariés remplaçants.</p>	<p>Recommandation n°15 :</p> <p>Mettre en place des plans de tables afin notamment de faciliter le repérage des résidents par les professionnels remplaçants.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque n°34 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que les professionnels n'ont pas fait état d'outils ou de fiches de suivi de l'hydratation, la nutrition, la dénutrition et du poids, afin de prévenir des complications. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la</p>	<p>Recommandation n°16 :</p> <p>Elaborer et mettre en place des outils de suivi portant sur</p>	<p>1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>HAS/ANESM volet 4 « qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », pp 28 et 55.</p> <p>Remarque n°43 : A l'analyse des dossiers médicaux et dossiers de soins, le médecin inspecteur de santé publique constate que les prescriptions des traitements ne donnent lieu à des réévaluations structurées et périodiques englobant les examens cliniques/paracliniques, l'évolution de l'état de santé des résidents et les observations cliniques des IDE et des soignants. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la direction générale de la santé « Les bonnes pratiques de soins en Ehpad, octobre 2007 », p 79.</p> <p>Remarque n°35 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que la courbe du poids des résidents n'est pas tracée. De plus, il n'est pas mentionné que la perte du poids donne lieu à des alertes et à une coordination des soins entre les IDE, les médecins. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM volet 4 « qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », p 55.</p>	<p>l'hydratation, la nutrition, la dénutrition et le suivi du poids.</p> <p>Garantir la traçabilité régulière du poids pour chaque résident.</p>	
<p>Remarque n°36 : Selon les propos recueillis, la réévaluation thérapeutique n'est pas structurée au sein de l'établissement entre les médecins, l'IDEC et les IDE.</p> <p>Remarque n°39 : À l'analyse des dossiers de soins communiqués, le médecin inspecteur de santé publique constate que tous les résidents sous neuroleptiques/benzodiazépines ne bénéficient pas d'une manière systématique d'un suivi médical et d'une</p>	<p>Recommandation n°17 :</p> <p>Mettre en place une démarche de réévaluation thérapeutique d'une manière coordonnée entre le médecin coordonnateur, les médecins prescripteurs, l'IDEC et les IDE.</p>	<p>6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>réévaluation thérapeutique, ce qui ne respecte les indications de l'ANSM (Mise au point pharmacovigilance : Antipsychotiques : rappel des mesures de suivi cardio-métabolique, mars 2010).</p> <p>Remarque n°43 : A l'analyse des dossiers médicaux et dossiers de soins, le médecin inspecteur de santé publique constate que les prescriptions des traitements ne donnent lieu à des réévaluations structurées et périodiques englobant les examens cliniques/paracliniques, l'évolution de l'état de santé des résidents et les observations cliniques des IDE et des soignants. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la direction générale de la santé « Les bonnes pratiques de soins en Ehpad, octobre 2007 », p 79.</p> <p>Remarque n°40 : À l'analyse des dossiers de soins communiqués, le médecin inspecteur de santé publique constate que l'évaluation des résidents sous antalgiques ne bénéficient pas d'un suivi avec les échelles de mesure de la douleur. Cette organisation ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de soins en Ehpad, direction générale de la santé, direction générale de l'action sociale, société française de gériatrie, octobre 2007, p 48.</p> <p>Remarque n°47 : Selon l'analyse de dossiers de soins et les indications du protocole antidouleur, l'établissement n'a pas mis en place une systématisation de l'évaluation de la douleur chez tous les résidents et pendant leur séjour au sein de l'EHPAD. Les origines et les symptômes liés à la douleur sont</p>	<p>Cette réévaluation doit porter sur des médicaments tels que les neuroleptiques, les anxiolytiques, les benzodiazépines et les antalgiques.</p> <p>La réévaluation des thérapeutiques doit prendre en compte notamment les examens paracliniques et l'évolution de l'état de santé du résident.</p> <p>Garantir un suivi efficace portant sur l'utilisation des antalgiques avec évaluation de leurs effets.</p> <p>Pour ce faire, les professionnels doivent utiliser régulièrement les échelles de mesure de la douleur. Ces mesures doivent être tracées dans les dossiers de soins.</p>	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
complexes et peuvent avoir des répercussions graves sur la qualité de vie.		
Remarque n°37 : Il n'a pas été mis en place de réunion entre les médecins (médecins prescripteurs et médecin coordonnateur) afin notamment de travailler sur des thématiques de gériatrie, telles que : les chutes, l'iatrogénie, la réévaluation médicamenteuse, la nutrition, les IEG, le circuit du médicament, la formation des professionnels, les gestes d'urgence, le suivi des cas complexes.	Recommandation n°18 :  Mettre en place des réunions de travail entre les médecins (médecins prescripteurs et médecin coordonnateur) et les IDE afin de travailler notamment sur des thématiques de gériatrie.	6 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque n°38 : Le médecin coordonnateur n'a pas pris connaissance du décret du 5/07/2019 portant réforme du métier du médecin coordonnateur relatif aux missions de ce dernier dans le cadre de son exercice en EHPAD. Sa fiche de poste élaboré par l'établissement ne fait pas référence à ce texte qui définit les obligations de ce professionnel.	Recommandation n°19 :  Présenter au médecin coordonnateur le décret du 5/07/2019 portant réforme du métier du médecin coordonnateur relatif aux missions de ce dernier dans le cadre de son exercice en EHPAD.	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.
Remarque n°41 : A l'analyse des dossiers de soins, le médecin inspecteur de santé publique constate qu'un compte rendu relatif à la sortie d'hospitalisation d'une résidente transmis au médecin prescripteur n'a pas donné lieu à une coordination des soins entre l'IDE en place et ce praticien, ni à une conduite à tenir thérapeutique tracé dans le dossier de soins. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « volet 4, septembre 2012 », p 76.	Recommandation n°20 :  Mettre en place une organisation garantissant la transmission des comptes rendus de sorties des hospitalisations aux médecins prescripteurs et/ou au médecin coordonnateur.	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Remarque n°42 : A l'analyse des dossiers médicaux et dossiers de soins, le médecin inspecteur de santé publique constate que plusieurs décès dont les causes de fond et les événements déclenchants sont imprécis dans les dossiers. Ces situations n'ont pas donné lieu à des échanges entre les médecins de l'établissement, les IDE et l'IDEC.</p>	<p>Recommandation n°21 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la précision des informations portant sur les causes de chaque décès.</p>	<p>1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Remarque n°42 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que le traitement d'une résidente (Mme T) a été écrasé par erreur. L'établissement n'a pas mis à la disposition des professionnels une liste de médicaments à ne pas écraser. Or, l'écrasement d'un médicament doit respecter le RCP (résumé caractéristique du produit), à défaut les IDE ont la possibilité de demander au médecin prescripteur d'adapter la forme galénique en fonction de l'état de santé du résident. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Prise en charge médicamenteuse en Ehpad, juin 2017 », p 10.</p>	<p>Recommandation n°22 :</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant le respect des informations mentionnées dans le RCP portant sur la possibilité ou pas d'écraser un médicament.</p> <p>Mettre à la disposition des professionnels une liste de médicaments à ne pas écraser.</p> <p>Favoriser les échanges entre les professionnels et les médecins sur la possibilité de substitution des formes galéniques des médicaments.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque n°46 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que les hospitalisations en urgences ne donnent pas systématiquement lieu à des transmissions des informations aux proches/famille des résidents. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « volet 4, septembre 2012 », p 76.</p>	<p>Recommandation n°23 :</p> <p>Informers systématiquement les familles et tuteurs des hospitalisations programmées ou en urgence des résidents.</p>	<p>Levée</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Remarque n°48 : Le protocole sur les soins palliatifs ne renvoie pas aux modalités de prise en charge (évaluation de la douleur, modalités d'intervention d'EMSP/HAD, prescription anticipée.), l'intervention de la psychologue auprès des familles et des salariés et relations avec les familles.</p> <p>Remarque n°49 : Tous les professionnels ne sont pas formés aux soins palliatifs. Cette situation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM Volet 4, septembre 2012, p 88.</p> <p>Remarque n°50 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que les soins palliatifs ne donnent pas lieu à des échanges, ni à des espaces de paroles entre les professionnels. De plus, les professionnels ne déclenchent pas des réunions multidisciplinaires pour traiter chaque situation, les demandes d'intervention ne sont pas structurées, ni tracées d'une manière formalisée. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM volet 4 « qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », p 46.</p>	<p>Recommandation n°24 :</p> <p>Elaborer un protocole structuré sur les soins palliatifs en mentionnant notamment les thématiques suivantes : intervention de l'HAD/EMSP, de la psychologue et la prise en charge de la douleur d'une manière efficace.</p> <p>Former tous les professionnels aux soins palliatifs.</p> <p>Mettre en place des espaces d'échanges portant sur les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>
<p>Remarque n°51 : Tous les produits multidoses ne comportent pas la date d'ouverture et date de fin d'utilisation après ouverture telle que prévue dans le RCP (résumé caractéristique du produit).</p> <p>Remarque n°52 : L'entretien dans les locaux de soins et le local de stockage des médicaments et des produits de santé au RDC n'est pas réalisé régulièrement.</p>	<p>Recommandation n°25 :</p> <p>Mentionner sur tous les produits multidoses la date d'ouverture et date de fin d'utilisation après ouverture telle que prévue dans le RCP (résumé caractéristique du produit).</p>	<p>3 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>Remarque n°53 : Les IDE ne vérifient pas la quantité restante des traitements précédemment délivrés avant chaque renouvellement d'ordonnance et n'informent pas le pharmacien si un médicament n'a pas besoin d'être renouvelé pour un résident compte tenu des quantités restantes de ce médicament pour ce résident.</p> <p>Remarque n°54 : La dotation pour soins urgents établie par le médecin coordonnateur et le pharmacien n'est pas signée.</p> <p>Remarque n°55 : La température indiquée pour un réfrigérateur est régulièrement égale à la limite maximale de conservation des produits thermosensibles, soit 8C°. De plus, les salariés ne disposent pas d'une procédure relative à la surveillance de la chaîne du froid et à la conduite à tenir au cas où les températures « sortent » des spécifications préétablies pour les produits thermosensibles, tel que prévu par les RCP (résumé caractéristique du produit) des produits « cf. les recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid, ordre national des pharmaciens 2009 et la HAS/ANESM : fiche repère prise en charge médicamenteuse en EHPAD-juin 2017 ».</p>	<p>Garantir l'entretien dans les locaux de soins et le local de stockage des médicaments et des produits de santé au RDC.</p> <p>Mettre en place une organisation garantissant la vérification la quantité des médicaments disponibles pour chaque résident avant de transmettre la prescription à la pharmacie d'officine.</p> <p>Faire signer la liste de la dotation pour soins urgents par un médecin. Recommandation n°33 :</p> <p>Garantir la conservation des produits thermosensibles dans un réfrigérateur où les températures doivent se situer entre 2C° et 8 C°.</p>	
<p>Remarque n°56 : Il est mentionné dans plusieurs comptes rendus de réunions (notamment le 14/11/2022, le 17/03/2023) plusieurs dysfonctionnements en ce qui concerne la gestion des</p>	<p>Recommandation n°26 :</p>	<p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
<p>médicaments classés stupéfiants : livraison de boîtes non nominatives et non-respect de consignes données par le médecin coordonnateur.</p>	<p>Mettre en place une organisation garantissant la sécurisation des médicaments classés stupéfiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les boîtes doivent comporter l'identité du résident,</li> <li>- l'utilisation de ces médicaments doit donner lieu à une traçabilité exhaustive : identité du résident, date d'administration, posologie administrée et signature de l'IDE,</li> <li>- les IDE et/ou l'IDEC doivent procéder régulièrement à la réalisation de balances : entrées/sorties,</li> <li>- les médicaments non utilisés doivent faire l'objet d'un retour tracé à la pharmacie d'officine.</li> </ul>	
<p>Remarque n°57 : A l'analyse des dossiers de soins, la mission constate que les refus de soins en ce qui concerne notamment l'administration des médicaments ne donnent pas lieu à des signalements aux médecins prescripteurs, ni à des échanges entre les professionnels ou sollicitation de la psychologue. Les proches ne sont pas systématiquement informés. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « volet 4 qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », p 37.</p>	<p>Recommandation n°27 :</p> <p>Les refus de soins en ce qui concerne la non-administration des médicaments doit donner lieu à transmission d'information aux médecins prescripteurs.</p> <p>Les refus de soins doivent également donner lieu à des échanges avec la psychologue.</p>	<p>Levée</p>
<p>Remarque n°58 : Le circuit du médicament n'a pas fait l'objet d'audit qualité.</p>	<p>Recommandation n°28 :</p>	<p>Dès la clôture de la procédure contradictoire.</p>

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection	Recommandations (R) Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)	Délai de mise en place effectif
	Mettre en place un audit qualité sur le circuit du médicament dans sa globalité.	
Remarque n°59 : En l'absence de pharmacien, la PUI est fermée. Toutefois, l'établissement n'a pas adressé une demande officielle pour la suppression de l'autorisation de cette PUI conformément aux dispositions articles R.5126-36 et R.5126-4 du CSP.	Recommandation n°29 :  En l'absence d'un pharmacien pour assurer la gestion de la PUI, l'établissement doit adresser une demande officielle à l'ARS en ce qui concerne la fermeture de cette PUI conformément aux dispositions articles R.5126-36 et R.5126-4 du CSP.	Levée
Remarque n°60 : L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est insuffisante, et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec des partenaires travaillant dans son environnement médico-social. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS/ANESM « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008 », p 8 : « L'ouverture constitue une orientation majeure à intégrer au projet d'établissement, et impacte fortement les pratiques. Les prestations s'en trouvent modifiées et les accompagnements personnalisés enrichis ».	Recommandation n°30 :  Mettre en place une organisation favorisant la mise en place de relations de partenariats avec des partenaires médico-sociaux afin notamment de favoriser les échanges sur les pratiques professionnelles, les modalités de prise en charge, la montée en compétence des professionnels et de mutualiser des ressources.	1 mois dès la clôture de la procédure contradictoire.