

Service émetteur : **Délégation Départementale de l'Aveyron**

Date : 20/12/2024

N° PRIC\_ : MS\_2024\_12\_CS\_03

Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

À

Monsieur le Président du Conseil d'Administration  
EHPAD Bellevue  
Quartier du Baldy  
12 300 Decazeville

**Courrier RAR n° 1A 198 144 2737 8**

**Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'établissement**

**Objet :**

Inspection du 2 Avril 2024 EHPAD Bellevue Decazeville  
Clôture de la procédure contradictoire et notification de décision définitive

**PJ :**

Tableau définitif des écarts et remarques et mesures correctives retenues  
Fiche de synthèse et de suivi

Monsieur le Président,

A la suite de la lettre d'intention adressée le 2 Août 2024, vous m'avez fait part de vos observations et transmis tout document complémentaire que vous jugiez nécessaire.

L'examen attentif de l'ensemble de ces éléments me conduit à clôturer la procédure contradictoire à la suite de cette inspection et me permettre de vous notifier ma décision définitive.

Ainsi vous trouverez ci-joints le tableau définitif des écarts et remarques et mesures correctives retenues ainsi que la fiche de synthèse et de suivi, précisant les prescriptions et les préconisations maintenues avec leur délai de mise en œuvre.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à mes services, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un

délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre de la Santé et de la Prévention, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr) ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agrérer, Madame la Directrice, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Général  
Le Directeur de la Délégation Départementale  
De l'Aveyron



Benjamin Arnal



Délégation Départementale de l'Aveyron

Tableau de synthèse des écarts et des remarques  
Inspection EHPAD « Bellevue» situé à Decazeville

*Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.  
Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable*

N°	Ecart	Prescriptions envisagées	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
E1	En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Formaliser le projet d'établissement de l'EHPAD conformément à l'article L311-8 du CASF.	18 mois	[REDACTED]	Prescription 1 maintenue
E2	En n'affichant pas le règlement de fonctionnement dans les locaux de l'établissement ou du service, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R 311-34 du CASF.	Procéder à l'affichage du règlement de fonctionnement au sein des locaux de l'EHPAD	Sans délai	[REDACTED]	Prescription 2 Levée
E3	En ne disposant pas 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	Mettre à jour les dossiers des personnels, afin de répondre aux dispositions de l'article L133-6 du CASF.	3 mois	[REDACTED]	Prescription 3 Levée

	aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.				
E4	La présence d'un seul agent pour assurer la veille de nuit au sein de l'EHPAD n'est pas de nature à garantir la sécurité des personnes accueillis conformément à l'article L311-3 al1 du CASF.	Conformément à l'article L311-3 al1 du CASF mettre en place une organisation de l'EHPAD permettant de garantir la présence systématique de deux agents la nuit.	Sans délai		Prescription 4 Levée
E5	la présence non systématique d'un personnel qualifié la nuit au sein de l'EHPAD ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité de l'accompagnement des personnes accueillis conformément à l'article L311-3 al 3 du CASF.	Conformément à l'article L311-3 al3 du CASF mettre en place une organisation de l'EHPAD permettant de garantir la présence systématique d'un personnel qualifié la nuit.	Sans délai		Prescription 5 Levée

E6	En ne disposant pas de l'avis d'un médecin coordonnateur avant toute décision d'admission, l'établissement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-158 du CASF. (EHPAD)	Le MEDEC doit donner un avis sur l'ensemble des demandes d'admissions	Sans délai <b>Révision du délai à 3 mois</b>		Prescription 5 : Maintenue  Transmettre un écrit permettant de retracer cette évolution dans le fonctionnement des admissions.
E7	Les affichages réglementaires et obligatoires ne sont pas effectifs au sein de l'établissement.	Procéder aux affichages réglementaires au sein de l'EHPAD	Sans délai		Prescription 7 Levée
E8	En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles.	Elaborer un PAP pour chaque résident en y incluant systématiquement un projet de soins individuel	Sans délai <b>Révision du délai à 6 mois</b>		Prescription 8 Maintenue  Transmettre un point de situation à 6 mois
E9	L'absence de règlement intérieur du CVS ne permet pas de vérifier que l'établissement s'est mis en conformité avec le décret du 25 avril 2022	Formaliser et transmettre aux autorités le règlement intérieur du CVS	6 mois		Prescription 9 Maintenue  Transmettre le règlement intérieur du CVS.
E10	La fréquence des réunions du CVS des années 2022 et 2023 n'est pas conforme au	Réaliser au moins 3 réunion de CVS par an	Annuellement		Prescription 10 Maintenue

	rythme prévu par la réglementation	conformément à l'article D 311-16.	Transmission de l'élément de preuve à 3 mois		<b>Transmettre le CR du CVS au sein duquel le calendrier est validé.</b>
E11	En ne disposant pas d'une convention déterminant les conditions d'intervention de bénévoles, et imposant notamment aux intervenants le respect du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L312-1 II 5ème alinéa du CASF.	Formaliser et signer une convention déterminant les conditions d'intervention de bénévoles, et informant notamment les intervenants de la nécessité de respecter le règlement fonctionnement, conformément aux dispositions de l'article L312-1 II 5ème alinéa du CASF.	3 mois		<p>Prescription 11 Maintenue</p> <p>La convention transmise n'est pas signée.</p>
E12	Les non-conformités légionnelles constatées au niveau de la Résidence Autonomie mette en évidence une défaillance dans le réseau qui doit faire l'objet de mesures correctives adaptées.	Suivre les mesures préconisées par AD3Conseil pour limiter la contamination du réseau ECS de la Résidence Autonomie et des sanitaires potentiellement accessibles aux résidents de l'EHPAD. Organiser les purges des points d'eau peu ou pas utilisés	Sans délai  Révision du délai à 3 mois		<p>Prescription 12 Maintenue</p> <p><b>Transmettre un plan d'action formalisé.</b></p>
E13	Les disconnecteurs ne sont pas contrôlés conformément à la réglementation	Faire contrôler et entretenir annuellement les disconnecteurs selon la procédure du carnet sanitaire PROT1.	6 mois		<p>Prescription 13 Maintenue</p> <p><b>Transmission du rapport de contrôle</b></p>

E14	La convention d'élimination des déchets d'activité de soins n'est pas à jour.	La convention d'élimination des déchets doit être mise à jour en application de l'arrêté du 20 Avril 2020	3 mois		Prescription 14 Levée
E15	Les bordereaux d'enlèvement et de destruction des cartons de DASRI ne sont pas archivés	Les bordereaux d'enlèvement et de destruction des cartons de DASRI doivent être archivés et tenus à disposition de l'ARS.	Sans délai		Prescription 15 Levée
E16	Il n'existe pas de procédure d'enlèvement des déchets définissant la conduite à tenir en cas de production inhabituelle de DASRI	Etablir une procédure d'enlèvement des déchets. Faire procéder à l'enlèvement des cartons faisant suite à une production de déchets inhabituelle.	3 mois		Prescription 16 Maintenue <b>Transmettre la procédure</b>
E17	En ne mettant pas à disposition du public le bilan relatif aux résultats de mesurage du radon, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 26 février 2019.	Réaliser l'affichage du bilan relatif aux résultats de mesurage du radon est absent, conformément aux dispositions de l'arrêté du 26 février 2019.	Sans délai		Prescription 17 Levée
E18	Le DTA est incomplet	Présenter le DTA mis à jour conformément au décret du 03/06/2011 et du Code de la santé publique (Articles R1334-14 à R1334-29-9).	6 mois		Prescription 18 Maintenue  Le dossier Technique Amiante n'est pas formalisé.

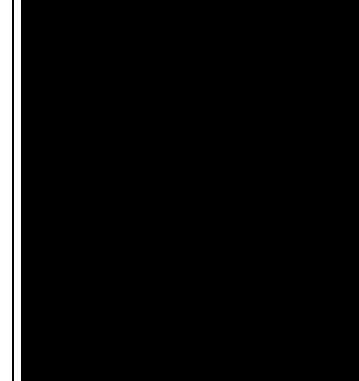
					<b>Faire réaliser et transmettre le DTA.</b>
E19	Le temps de présence du médecin coordonnateur est inférieur à la cible réglementaire (0,4 ETP pour un EHPAD de 45 places)	Augmenter le temps de présence de médecin coordonnateur	3 mois		Prescription 19 Maintenue
E20	L'établissement n'a pas mis en place la commission gériatrique présidée par le médecin coordonnateur	Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an	6 mois <b>Révision du délai à 12 mois</b>		Prescription 20 Maintenue
E21	En n'ayant pas constaté l'existence de conventions passées avec les officines pour la préparation des doses à administrer (PDA), l'établissement contrevient à l'article L5126-10 II du CSP	Formaliser le conventionnement avec les officines conformément à l'article L5126-10 II du CSP	3 mois <b>Révision du délai à 6 mois</b>		Prescription 21 Maintenue
E22	En l'absence de convention avec un établissement de santé, mentionnée à l'article D312-158 10° du CASF, et définissant les conditions et	Elaborer et/ou transmettre les conventions avec les centres hospitaliers partenaires	3 mois		Prescription 22 Maintenue

	les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.			
--	--	--	--	--

N°	Remarques	Préconisations envisagées	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
R1	En l'absence de signalétique adaptée au niveau d'une chambre (numéro de porte, identité du résident) permettant de marquer matériellement la transition entre espace public et espace privé, le repérage et la garantie de l'espace privatif sont compromis.	Mettre en place une signalétique adaptée sur l'ensemble des portes des résidents.	1 mois	[REDACTED]	Recommandation 1 : Levée
R2	Le fonctionnement mis en place concernant la place d'accueil temporaire n'est pas conforme aux recommandations mentionnées dans la circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ce qui peut entraver l'atteinte des objectifs visés par l'HT à savoir :	Mener une réflexion autour du fonctionnement de la place d'Accueil temporaire et des possibilités d'évolution.	1 an		Recommandation 2 : Maintenue

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;</li> <li>- permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;</li> <li>- répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.</li> </ul>				
R3	L'absence de document précisant les délégations accordées à la directrice et envers les membres de l'équipe de direction ne permet pas de clarifier les champs d'intervention et les responsabilités entre le Président, l'adjointe aux affaires sociales et la directrice.	Formaliser l'état des délégations accordées à la directrice et aux membres de l'équipe de direction	6 mois		Recommandation 3 : Maintenue
R4	La fiche de poste de la directrice n'a pas fait l'objet d'une actualisation récente et n'est pas conforme aux missions réellement effectuées sur le sujet des astreintes notamment	Procéder à l'actualisation de la fiche de poste de la directrice correspondant à la réalité des missions exercées.	3 mois		Recommandation 4 : Maintenue
R5	La continuité de la direction tout comme l'astreinte de direction ne sont pas	Formaliser et organiser la continuité de la direction	6 mois		Recommandation 5 : Maintenue

	formalisée et reposent uniquement sur la direction de l'EHPAD ce qui ne permet pas de garantir la continuité de la fonction de direction en l'absence de la directrice.	<b>Révision des délais à 1 an</b>		
R6	L'organigramme de l'EHPAD ne répond pas aux orientations de l'ANESM/HAS "Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service" qui recommande de clarifier les fonctions, les responsabilités et délégations de responsabilités ainsi que liens hiérarchiques de tous les professionnels.	Pour davantage de lisibilité des organisations au sein de chaque dispositif/structures, la réalisation d'un organigramme dédié à l'EHPAD est recommandée.	2 mois	Recommandation 6 : Maintenue <b>Transmission de l'organigramme à jour</b>
R7	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	Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.	1 an	Recommandation 7 : Maintenue

	pratiques quotidiennes » (page 23 des recommandations de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008).				
R8	Le règlement de fonctionnement remis à la mission nécessite une mise à jour.	Mettre à jour le règlement de fonctionnement de l'EHPAD.	6 mois.		Recommandation 8 : Maintenue
R9	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisés et opérationnels, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM/HAS qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (ANESM/HAS « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le	Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel	3 mois		Recommandation 9 : Maintenue <b>Transmettre la procédure formalisée</b>

	traitement de la maltraitance » Décembre 2008).				
R10	Les informations contenues dans l'ensemble des documents institutionnels sur le sujet des réclamations et doléances ne sont pas toutes concordantes.	Veiller à la concordance des informations diffusées dans les différents documents institutionnels	1 an et à chaque mise à jour.		Recommandation 10 : Levée
R11	En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de violence et de maltraitance qui interviendraient en son sein, l'établissement ne respecte pas la procédure de signalement mise en place par l'ARS.	Mettre à jour la procédure de gestion des EIAs et de gestion et de déclaration des EIGS	3 mois		Recommandation 11 : Maintenue <b>Cf. recommandation 9</b>
R12	Le manque d'appropriation par l'ensemble des professionnels de la procédure relative au signalement des événements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.	Réaliser une sensibilisation régulière aux outils et procédures disponibles en lien avec la gestion des évènements indésirables au sein de l'EHPAD	Annuellement		Recommandation 12 : Maintenue <b>Transmettre le Compte-rendu du comité de pilotage du 24 septembre.</b>
R13	L'autonomie de 48h du groupe électrogène ne peut être garantie au jour de la visite.	Vérifier l'autonomie du groupe qui doit être de 48h, le cas échéant compléter le DARDE où	Sans délai <b>Révision du délai à 6 mois</b>		Recommandation 13 : Maintenue

		rajouter un réservoir de fuel supplémentaire.			
R14	La présence d'une seule IDE en poste certains jours de la semaine voire plusieurs, peut créer des difficultés d'organisation sur certaine plage horaire notamment et en conséquence nuire à la sécurité des soins.	Assurer une vigilance particulière concernant la continuité de l'organisation des infirmières au sein de l'EHPAD.	En continu.		Recommandation 14 : Levée
R15	L'absence d'un document écrit dédié à l'accueil du nouveau salarié ne favorise pas la clarification du rôle de chacun dans le processus d'accueil et ne facilite pas l'appropriation des informations nécessaires à l'exercice de leurs fonctions lors de l'intégration de nouveaux professionnels.	Formaliser un document sur l'accueil du nouveau salarié afin de favoriser la clarification du rôle de chacun dans le processus d'accueil ainsi que l'amélioration de la prise en compte de son environnement lors de la prise de poste du nouveau professionnel.	6 mois <b>Révision du délai à 1 an</b>		Recommandation 15 : Maintenue
R16	En ne formalisant pas le traitement, la gestion et le suivi de l'absentéisme	Mettre en place une politique de gestion et d'analyse de	18 mois		Recommandation 16 : Maintenue

	<p>l'établissement n'est pas en mesure de mettre en place les mesures utiles à la réduction de l'absentéisme qui est un enjeu majeur pour la bonne gestion des établissements et pour le maintien de la qualité de vie au travail des salariés.</p>	<p>l'absentéisme.</p>			
R17	<p>L'absence de plan de formation pluriannuel continue à destination de l'ensemble des professionnels ne permet pas « 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 » (Recommandations ANESM/HAS : Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – Juin 2008).</p>	<p>Formaliser un plan de formation pluriannuelle favorable à la mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels.</p>	<p>1 an</p>		<p>Recommandation 17 : Maintenue</p>

R18	L'absence d'actualisation annuelle des PPA de certains PPA ainsi que la présence non systématique d'un volet relatif aux soins au sein du PPA ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne (Recommandation ANESM « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » Décembre 2008).	Réévaluer les plans de soins au moins tous les 6 mois	3 mois		Recommandation 18 : Levée
R19	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 lutte contre la maltraitance.	Actualiser le livret d'accueil en intégrant notamment les actions menées en matière de prévention de la maltraitance conformément à l'instruction du 22 Mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance.	9 mois		Recommandation 19 : Levée
R20	La signalétique en place ne permet que partiellement une identification et un repérage du site Bellevue (toutes structures confondues dont EHPAD) depuis l'extérieur ainsi que le repérage de l'EHPAD au sein même du site.	Améliorer la signalétique en place sur le site Bellevue.	1 an		Recommandation 20 : Maintenue <b>Transmettre les devis validés</b>

R21	L'absence de fermeture du portail côté entrée principale ainsi que l'organisation de l'espace extérieur côté route représente des risques pour la sécurité des résidents, notamment le risque de fugues.	Mettre en place un dispositif permettant d'assurer la sécurité des résidents dont notamment la prévention du risque de fugues.	3 mois		Recommandation 21 : Levée
R22	En l'absence d'utilisation correcte et efficace des digicodes, la tranquillité et la protection des résidents ne peut être garanti.	S'assurer du bon fonctionnement et de la bonne utilisation des digicodes en place.	Sans délai.		Recommandation 22: Levée
R23	La présence d'objets positionnés en dessous des fenêtres et de la terrasse du N+1, ainsi que l'existence d'accès libres à des espaces extérieurs partiellement sécurisés constitue un risque pour la sécurité des résidents, notamment ceux présentant une vulnérabilité au risque suicidaire.	Sécuriser au maximum les espaces accessibles aux résidents en retirant tous les objets, meubles pouvant présenter un risque pour la sécurité des résidents.	Sans délai. <b>Révision du délai à 3 mois</b>		Recommandation 23 : Maintenue  <b>Transmission de photos et du CR du prochain CVS.</b>
R24	Le défibrillateur automatisé externe de l'établissement n'est pas installé dans un lieu visible et facilement accessible à tous.	Installer le DAE dans une pièce accessible à tous	Sans délai <b>Révision du délai à 6 mois</b>		Recommandation 24 : Maintenue  <b>Transmission de la décision prise concernant le lieu</b>
R25	Les purges des points d'eau peu utilisés ne sont pas effectuées et tracées.	Organiser les purges des points d'eau peu utilisé ou momentanément inutilisés (chambre en travaux). Tracer ces purges dans le	3 mois		Recommandation 25 : Maintenue  <b>Transmission d'une copie du carnet sanitaire.</b>

		carnet sanitaire. Voir procédure EXU5.			
R26	L'absence de documents de référence permettant d'identifier clairement le réseau ne facilite pas la bonne appropriation et gestion des risques associés.	Mettre à jour les plans des réseaux. Etablir le schéma de l'ancienne chaufferie et l'afficher dans le local et annexer les différents plans et schémas au carnet sanitaire.	6 mois		<p><b>Recommandation 26: Maintenue</b></p> <p>Le schéma de l'ancienne chaufferie doit être réalisé et affiché. Il faut annexer les plans des réseaux des bâtiments au carnet sanitaire. Ces plans sont à destination des agents techniques internes et entreprises extérieurs.</p> <p><b>Transmission de la copie du schéma de l'ancienne chaufferie.</b></p>
R27	L'absence d'analyse de légionnelle en fond de ballon ne permet pas d'avoir des résultats représentatifs de la production ECS.	Effectuer l'analyse de légionnelle de sortie de ballon au plus près de la production sur un point d'eau non mitigé. Faire une analyse de légionnelle sur le fond du ballon ECS.	6 mois		<p><b>Recommandation 27: Maintenue</b></p> <p><b>Fournir une analyse sortie ballon.</b></p>
R28	Le réseau ECS de la Résidence Autonomie n'est pas maintenu efficacement.	Faire réaliser un diagnostic sanitaire du réseau ECS de la Résidence Autonomie et mettre en œuvre une maintenance préventive efficace.	1 an		<p><b>Recommandation 28: Maintenue</b></p> <p><b>Réaliser un diagnostic afin de lutter efficacement contre la prolifération de légionnelles dans la résidence séniore.</b></p>

					<b>Transmettre une copie du diagnostic.</b>
R29	Le réseau d'eau potable interne n'est pas contrôlé	Réaliser annuellement une analyse de type D1 sur le réseau interne d'eau potable selon la procédure ANAD1 EF du carnet sanitaire	6 mois		Recommandation 29: Maintenue  <b>Fournir le résultat d'analyse</b>
R30	La quantité des DASRI produits par l'EHPAD n'est pas quantifiée	Quantifier les volumes produits, en fonction des volumes de DASRI produits par l'EHPAD, le local de stockage peut ne pas être adapté, fournir les volumes de productions des 3 dernières années.	3 mois		Recommandation 30: Levée
R31	Le local DASRI ne doit pas comporter de source de chaleur	Supprimer le radiateur du local, identifier les portes coté couloir et coté extérieur	3 mois		Recommandation 31: Levée
R32	Le local DASRI n'est pas nettoyé périodiquement	Prévoir un nettoyage systématique du local DASRI au minimum à chaque rotation de cartons.	Sans délai		Recommandation 32: Levée
R33	le dossier de soins ne comprend pas systématiquement	Améliorer le contenu du dossier de soins informatisé en y faisant	4 mois		Recommandation 33: Maintenue

	<p>l'ensemble des informations utiles au suivi des résidents dont notamment le nom du médecin traitant du résident, le score Pathos ou les éléments relatifs à la réévaluation du plan de soins.</p>	<p>figurer systématiquement le nom du médecin traitant et le score pathos du résident</p>			<p>Préciser la temporalité.</p>
R34	<p>Les prescriptions de contentions ne répondent pas aux critères de bonnes pratiques qui prévoit que celle-ci doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur et préciser les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention</p>	<p>Conformément aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé d'octobre 2000 mener un travail sur la prescription des contentions et leur traçabilité dans le dossier de soins.</p>	<p>Sans délai <b>Révision du délai à 9 mois</b></p>		<p>Recommandation 34: Maintenue</p> <p>Préciser la temporalité.</p>
R35	<p>La coexistence de deux supports de dossiers de soins en format papier et en format numérique associer à l'absence d'organisation et de complémentarité des deux supports peut être source d'erreur et générer un défaut dans la qualité de la prise en charge des résidents de l'EHPAD.</p>	<p>Organiser le contenu du dossier de soins papier en complémentarité avec le dossier informatisé en s'appuyant sur les compétences de la référente qualité.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 35: Maintenue</p>

R36	En tolérant la retranscription des prescriptions médicales, l'établissement n'est pas en conformité avec la directive de suppression de toute retranscription formulée par la HAS : « outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments »	Se mettre en conformité avec la directive de la HAS concernant la suppression de toute retranscription des prescriptions médicales.	1 mois		Recommandation 36: Maintenue  Préciser la temporalité.
R37	En n'ayant pas de procédures validées décrivant les différentes étapes du circuit du médicament, l'établissement ne dispose pas d'un des éléments constitutifs de la qualité de ce circuit.	Rédiger la procédure relative au circuit du médicament ainsi que celle de l'administration des médicaments par les IDE et les AS	6 mois		Recommandation 37: Maintenue  <b>Transmission des procédures</b>
R38	L'absence de pharmacien référent et le turn over des interlocuteurs pharmaciens est un facteur défavorable en ce qui concerne le circuit du médicament	Limiter le turn over des pharmacies d'officine et identifier un pharmacien référent	3 mois		Recommandation 38 : Maintenue
R39	L'absence d'accès directe aux prescriptions sur Titan par les pharmaciens nécessite une étape supplémentaire d'impression papier qui ne permet pas	Prévoir la liaison informatique dans le logiciel Titan avec la pharmacie	1 an		Recommandation 39 : Maintenue

	l'optimisation et la sécurisation du circuit du médicament comme préconiser par les recommandations.				
R40	L'existence d'une réserve de produits stupéfiants doit être étudiée et suivie avec le pharmacien d'officine.	Définir le contenu et la traçabilité des médicaments stupéfiants	2 mois		Recommandation 40 : Maintenue
R41	L'établissement ne dispose pas d'un chariot ou d'une sacoche d'urgence conforme aux recommandations de la HAS	Mettre en place un dispositif spécifique de médicaments et dispositifs médicaux pour les urgences	2 mois <b>Révision du délai à 6 mois</b>		Recommandation 41 : Maintenue
R42	L'établissement ne dispose pas d'une liste de dotation pour les médicaments à utiliser en urgence	Elaborer avec le pharmacien et le MEDEC une liste de dotation pour les médicaments prescrits en urgence	3 mois <b>Révision du délai à 6 mois</b>		Recommandation 42 : Maintenue
R43	Le protocole relatif à la gestion des cas groupés de pathologies infectieuses n'est pas en conformité avec les recommandations en vigueur.	Mettre à jour le protocole de conduite à tenir en cas de cas groupés de pathologies infectieuses ou parasitaires nécessitant des mesures de gestion conformément à l'instruction N° DGS/VSS1/DGCS/SPA/2 019/211 du 30 septembre 2019 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou	4 mois		Recommandation 43 : Maintenue

		des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées			
R44	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 sans son environnement médico-social.	Travailler à la formalisation des partenariats avec les acteurs médico-sociaux du territoire.	1 an		Recommandation 44 : Maintenue
R45	En l'absence de preuve les conventions avec le laboratoire, les pharmacies et les libéraux sont considérés comme n'étant pas mise en œuvre.	Transmettre les conventions passées avec les 5 officines et laboratoires ainsi que la liste des conventions existantes avec les libéraux.	Sans délai Révision du délai à un an		Recommandation 45 : Maintenue  <b>Transmettre un point de situation sur les conventions.</b>
R46	Il n'existe pas de procédure d'accès aux soins urgents précisant qu'il faut appeler le 15 en cas d'urgence	Rédiger et afficher dans les locaux des personnels la procédure de recours à un médecin en cas d'indisponibilité du médecin traitant. Délai : un mois	1 mois		Recommandation 46 : Maintenue  <b>Transmettre la procédure de recours à un médecin en cas d'indisponibilité du médecin traitant.</b>

