

Bordeaux, le lundi 23 décembre 2024

Délégation départementale de la Gironde

Affaire suivie par : [REDACTED]
Tél. : [REDACTED]
Mél. : [REDACTED]

Réf ELISE. : DD33-I-24-12-05964
LRAR N° 2C18788132790

Madame Bénédicte MOTTE
Directrice de la délégation départementale de la
Gironde

à

Madame la directrice
EHPAD La Canopée
11, rue Furtado
33 000 BORDEAUX

Objet : Inspection de l'EHPAD La Canopée à Bordeaux en date du 15 mars 2024

PJ. : 1 rapport, 1 tableau avec les constats et mesures correctives

Madame la directrice,

Comme suite à mon courrier en date du 1^{er} octobre 2024 et dans le cadre des dispositions des articles L121-1 et L122-1 du code des relations entre le public et l'administration, vous avez formulé des observations sur les mesures correctives envisagées à l'issue de l'inspection de l'EHPAD LA CANOPEE réalisée le 15 mars 2024.

Je prends acte des mesures que vous avez déjà prises pour remédier aux dysfonctionnements constatés par la mission. En conséquence, certaines mesures que j'envisageais ne se justifient plus.

Toutefois, vos éléments de réponse ne sont pas suffisants et ne permettent pas de répondre à l'ensemble des dysfonctionnements et non-conformités constatés.

Aussi, sur la base de ces éléments, je vous demande de mettre en œuvre des mesures correctives afin de remédier aux dysfonctionnements constatés. Vous trouverez en pièce jointe un tableau avec les éléments de réponse de la mission et les mesures correctives maintenues à mettre en œuvre.

Conformément à l'article L.313-16 du CASF, je vous précise que le non-respect des injonctions ou mises en demeure pourra conduire à une décision de sanction administrative (suspension ou cessation d'activité, mesure d'astreinte journalière, administration provisoire...).

Un recours contentieux peut être exercé contre les injonctions et les prescriptions auprès du tribunal administratif de Bordeaux- dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de ce courrier. Ce recours peut également être exercé par voie électronique avec une saisine du tribunal administratif par l'application Télérecours citoyens accessible par le site www.telerecours.fr.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération distinguée.

P/ La Directrice

La directrice adjointe de la délégation départementale de la Gironde,

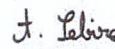

Anaïs SEBIRE

Tableau récapitulatif

Inspection sur site – Résidence La Canopée à BORDEAUX

N° des écarts (E)	Contenu	Injonctions	Délai	Réponse de l'établissement	
Ecart n°1	L'absence de validation du règlement de fonctionnement ou de ses mises à jour par le conseil d'administration n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	Injonction N°1 fondée sur l'article R311-33 du CASF : l'établissement doit procéder à la validation du règlement de fonctionnement par le CVS	6 mois	Nous avons tenu compte de votre remarque. Le règlement de fonctionnement sera présenté pour validation aux membres du CVS le 14 novembre prochain. Nous ne manquerons pas de vous transmettre le compte rendu attestant la validation du règlement de fonctionnement par le CVS. Annexe 01 – Ordre du jour CVS 14 11 2024	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu
Ecart N°2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de cinq ans, et en n'ayant pas initié la démarche d'actualisation de ce projet, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Injonction N°2 fondée sur l'article L311-8 du CASF : le projet d'établissement doit être remis à jour.	1 an	Le projet d'établissement est en cours de réécriture. Des groupes de travail ont été établis afin de pouvoir finaliser la rédaction. Nous vous transmettons les feuilles d'émargement des réunions de travail concernant le projet d'établissement. Annexe 02 – Feuille d'émargement réunion travail projet d'établissement	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu

				La présentation du projet d'établissement aux équipes, aux membres du CVS ainsi qu'au CSE est prévu en 2025. Nous ne manquerons pas de vous transmettre le projet d'établissement finalisé.			
Ecart N°3	En n'ayant pas consulté le conseil de la vie sociale sur le projet d'établissement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF qui dispose que « le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale... »	Injonction N°3 fondée sur l'article L311-8 du CASF : l'établissement doit procéder à la validation du prochain projet d'établissement par le CVS	1 an	La présentation du projet d'établissement aux équipes, aux membres du CVS ainsi qu'au CSE est prévu en 2025. Nous ne manquerons pas de vous transmettre le projet d'établissement finalisé.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu		
Ecart N°4	En maintenant une organisation entretenant une confusion sur l'identité du personnel et aussi de ses fonctions, l'établissement ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en	Injonction N°4 fondée sur l'article L311-3 3° du CASF : L'établissement doit mettre un terme à la confusion entre les personnels pour les résidents du fait d'une pénurie de blouses.	1 mois	L'ensemble des salariés y compris les vacataires ont une blouse bien identifiée à leurs fonctions. Les aides hospitalières disposent d'une tenue bleue marine, les aides-soignantes d'une tenue bleu ciel et les infirmières d'une tenue blanche avec un liseré bleu. Chaque salariée dispose de sa tenue avec un badge thermocollé indiquant son	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé		

	application de l'article L.311-3			prénom et sa fonction, permettant ainsi aux résidents et aux familles une bonne identification du personnel. Nous avons rencontré des dysfonctionnements sur une courte période avec la société sous-traitante concernant la gestion des tenues. Tous les dysfonctionnements ont été traités. Annexe 03 - Tenues et badges des salariés	
Ecart N°5	L'absence de document unique de délégation n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312- 176-5 du CASF	Injonction N°5 fondée sur l'article D312-176-5 du CASF : le DUD doit être rédigé et transmis à l'ARS.	1 mois	Nous vous faisons parvenir la délégation de pouvoir de la directrice. La DUD a été signé par la directrice à sa prise de poste. Nous avons omis de vous remettre le document lors de l'inspection. Annexe 04 – Délégation de pouvoir directrice	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°6	La responsable de la structure ne transmettait pas à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen, les informations concernant les dysfonctionnements graves et événements	Injonction N°6 fondée sur l'article L. 331-8-1 du CASF : tous les EIG doivent être déclarés dans les plus brefs délais à l'ARS.	Immédiat	Nous avons tenu compte de vos remarques suite à votre venue sur l'établissement. L'ensemble des EIG sont désormais transmis à l'ARS par mail, à l'adresse suivante ars33-alerte@ars.sante.fr. Sur l'année 2024, nous avons transmis 5 EIG à l'ARS. Nous	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé

	contrevient à l'article L. 331-8-1 du CASF.			vous faisons parvenir les déclarations d'EIG ainsi que les RETEX. Annexe 05.1 – Formulaires déclaration des EIG Annexe 05.2 - Preuve d'envoi mail déclaration EIG Annexe 05.3 – Retex EIG transmis à l'ARS	
Ecart N°7	En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent qualifié, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF.	Injonction N°7 fondée sur l'article L312-1-II du CASF : Le diplôme de chaque agent doit être conforme aux missions confiées.	Immédiat	Nous vous faisons parvenir l'ensemble des diplômes de nos salariés en poste. Annexe 06 – Diplômes des salariés (ASD et IDE)	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°8	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 aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.	Injonction N°8 fondée sur l'article L133-6 du CASF : Chaque agent de l'EHPAD doit remettre le bulletin du casier judiciaire national.	Immédiat	Nous avons pris note de votre remarque. Nous vérifions les casiers judiciaires de l'ensemble de nos salariés. A ce jour, nous n'avons pas retrouvé de trace de la vérification de trois casiers judiciaires. Nous avons fait la demande aux salariés concernés la transmission de l'extrait de leur casier judiciaire.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu

				Nous vous faisons parvenir le tableau du suivi des casiers judiciaires. Annexe 07 - Tableau personnel - Suivi casier judiciaire – 31 10 2024	
Ecart N°9	Dans le jardin intérieur, le dénivelé entre les différentes parties et les objets non sécurisés ne garantissent pas la sécurité des résidents (l'article L.311-3 3° du CASF).	Injonction N°9 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF : l'organisation du jardin intérieur doit être revue pour garantir la sécurité des résidents.	3 mois	Nous avons pris note de votre remarque et avons réalisé les travaux de sécurisation des espaces extérieurs (grillage fixé au mur). Nous vous transmettons les photos du jardin intérieur. Annexe 08 – Photo jardin intérieur	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°10	L'absence de fermeture aux locaux techniques et la libre disposition d'objets et de produits dangereux ne garantissent pas la sécurité des résidents (l'article L.311-3 3° du CASF) au niveau de l'accueil de jour.	Injonction N°10 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF : Les locaux techniques doivent être fermés à clef, les objets et les produits dangereux ne doivent pas être librement accessibles pour garantir la sécurité des résidents.	Immédiat	Nous avons sécurisé les locaux techniques afin qu'aucun objet ou produit dangereux ne soit en libre accès. Nous vous transmettons une photo du local technique. Annexe 09 – Photos du local technique sécurisé	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°11	L'absence de fermeture du local de ménage ne garantit pas la sécurité des résidents (l'article L.311-3 3° du CASF).	Injonction N°11 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF : le local à ménage doit être fermé à clef pour garantir la sécurité des résidents.	Immédiat	Nous avons sécurisé le local de ménage afin qu'aucun objet ou produit dangereux ne soit en libre accès. Nous vous transmettons une photo du local ménage.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé

Ecart N°12	L'absence de fermeture d'accès au toit ne garantit pas la sécurité des résidents (l'article L.311-3 3° du CASF).	Injonction N°12 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF : L'accès au toit doit être revu pour garantir la sécurité des résidents.	Immédiat	Annexe 10 – Photos du local ménage sécurisé La porte donnant accès par les escaliers au toit se verrouille correctement. Annexe 11 – Photos de la porte d'accès au toit sécurisé	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé
Ecart N°13	La conception et l'aménagement de la terrasse au 1er étage ne garantissent pas la sécurité des résidents (l'article L.311-3 3° du CASF) au niveau de l'accueil de jour.	Injonction N°13 fondée sur l'article L.311-3 3° du CASF : au regard de la conception de la terrasse au-dessus de l'accueil de jour, son aménagement doit être revu pour garantir la sécurité des résidents.	Immédiat	Nous avons pris note de votre remarque et avons effectué la demande à notre agent de maintenance pour sécuriser la terrasse du 1^{er} étage. Nous vous transmettons le devis du matériel nécessaire pour la sécurisation de la terrasse. Nous ne manquerons pas de vous transmettre des photos des travaux réalisés pour sécuriser l'accès à la terrasse. Annexe 12 – Devis matériel sécurisation terrasse	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. L'écart sera levé dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité des changements. Écart maintenu
Ecart N°14	Au sein de l'unité protégée, il n'existe aucun moyen mnémotechnique pour sortir par ses propres moyens, ce qui ne permet pas de garantir	Injonction N°13 fondée sur l'article L.311-3. 1 du CASF : l'établissement doit garantir la liberté d'aller et venir au sein de l'unité protégée par la mise en place de moyen mnémotechnique.	Immédiat	Nous avons tenu compte de votre remarque. Un code mnémotechnique a été ajouté au-dessus du digicode au sein de l'unité protégée. Annexe 13 – Photo code mnémotechnique accès UP	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection et a mis un terme au dysfonctionnement. Écart levé

	la liberté d'aller et venir librement conformément à l'article L311-3. 1 du CASF.				
N° des Remarques (R)	Contenus	Recommandations/Prescriptions	Délais	Réponse de l'établissement 11/11/2024	Réponse de l'ARS
R1	Il est constaté une sous occupation de l'accueil de jour non conforme à l'arrêté d'autorisation	Recommandation N°1 : l'établissement doit maintenir un taux d'occupation de l'accueil de jour conforme à la réglementation.	6 mois	Nous avons connu un accroissement de l'activité de l'accueil de jour depuis l'inspection. L'activité de l'accueil de jour a progressé : nous avons réalisé [REDACTED] journées à fin juin et [REDACTED] journées à fin septembre. Nous continuons à sensibiliser nos prescripteurs sur le mode d'accueil proposé par notre établissement.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du changement. Remarque maintenue
R2	Les phrases suivantes de l'article 3.3.8 du règlement de fonctionnement de l'EHPAD « pour les membres directs de la famille du résident, les horaires de visites sont libres » et « les amis et les personnes extérieures qui travaillent pour le compte du résident doivent organiser leurs venues	Prescription N°1 : les énoncés du règlement de fonctionnement sur les visites doivent être conformes à l'article L. 311-5-2 du CASF	6 mois	Le règlement de fonctionnement de la résidence a été mis à jour en juillet 2024, et l'article 3.3.8 a été revu conformément à l'article L.311-5-2 du CASF. Le résident est en droit de recevoir chaque jour tout visiteur de son choix, sans contrainte horaire.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée

	entre 13 heures et 10 heures » n'est pas conforme à la réglementation car les résidents ont un droit général de visite.			Nous vous transmettons le règlement de fonctionnement mis à jour. Annexe 14 - Règlement de Fonctionnement juillet 2024	
R3	L'organigramme n'a pas été mise à jour, malgré des changements importants au niveau de la direction.	Recommandation N° 2 : l'organigramme doit être mis à jour pour permettre une meilleure lisibilité des rôles respectifs des agents.	3 mois	L'organigramme de la résidence a été mis à jour. Les salariés sont rattachés à des pôles permettant d'identifier les rôles respectifs des agents. Nous vous transmettons l'organigramme mis à jour. Annexe 15 – Organigramme MAJ 10/2024	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R4	La fiche de poste du directeur ne comporte pas la date de remise en main propre ni la signature de la salariée.	Recommandation N°3 : mettre à jour la fiche de poste	3 mois	Nous vous faisons parvenir la fiche de poste de la directrice. Nous avons omis de vous remettre le document lors de l'inspection. Annexe 16 – Fiche de poste directrice	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. La mission note que la date est postérieure à se venue. Remarque levée
R5	Les comptes rendus de CVS de 2024 ne comportent pas d'éléments sur le fonctionnement de l'accueil de jour.	Recommandation N°4 : le CVS doit concerner tous les bénéficiaires des prestations proposées par l'établissement.	3 mois	Nous avons ajouté à l'ordre du jour du prochain CVS d'effectuer un point sur le fonctionnement de l'accueil de jour. Nous vous transmettons l'ordre du jour du prochain CVS qui aura lieu le 14 novembre. Nous ne manquerons pas de vous transmettre le compte	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du

				rendu du CVS de novembre 2024.	changement. Remarque maintenue
R6	L'absence de formalisation précise des missions et de responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle.	Recommandation N°5 : Formaliser des missions précises pour tous les professionnels	6 mois	Annexe 01 – Ordre du jour CVS 14 11 2024 Les fiches de postes sont signées par l'ensemble des salariés. Nous vous faisons parvenir les fiches de postes de notre personnel. Annexe 17 - Fiches de poste signées	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R7	Le fait de substituer des aides- soignants, dont les activités sont axées sur les soins techniques, par du personnel détenteur d'un diplôme AES, n'est pas en accord avec les directives du référentiel DEAES du 31 août 2021	Prescription N°2 : les soins techniques doivent être effectués par du personnel dûment diplômé.	Immédiatement	Nous avons créé une fiche de tâche pour le personnel détenteur d'un diplôme AES. La fiche de tâches ne mentionne pas l'administration des médicaments par l'AES. Nous vous transmettons la fiche de tâche pour le personnel diplômé AES. Annexe 18 – Fiche de tâche diplôme AES	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R8	Le bilan social met en évidence de nombreux arrêts de travail pour maladie, ce qui est susceptible de perturber l'organisation des	Recommandation n°6 : mettre en œuvre une politique qualité de vie au travail pour lutter contre l'absentéisme		Nous avons développé une vraie politique de qualité de vie au travail pour lutter contre l'absentéisme du personnel. Différents axes ont été travaillés sur l'année 2024 et certains	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que

	ateliers, la continuité et la qualité de l'accompagnement des résidents, notamment quand les remplacements sont assurés par du personnel non qualifié.		projets seront mis en place à compter de l'année 2025.	l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité de la mise en oeuvre des projets.
			1. Améliorer les conditions de travail Nous effectuons des évaluations régulières des charges de travail du personnel de l'établissement. Nous avons équipé 20 chambres de rails au plafond permettant de réduire le nombre de troubles musculosquelettiques de vos salariés. Nous allons acquérir des chariots de pensements, plus ergonomiques et plus légers pour réduire les troubles musculosquelettiques. 2. Renforcer le bien-être au travail Le climat de travail est un élément positif. Les salariés nous ont fait remonter leur bien-être au travail. Nous avons mis en place d'un petit déjeuner du personnel tous les vendredis. Un suivi psychosocial est prévu sur l'établissement en 2025. Une analyse des risques	Remarque maintenue

				psycho-sociaux avec la mise en place de points réguliers avec l'équipe EH/psychologue pour discuter des éventuels soucis liés au stress ou à l'épuisement professionnel. 3. Communication et écoute des salariés Nous allons mettre en place une boîte à idées avec un système anonyme où les employés pourront suggérer des améliorations ou exprimer leurs préoccupations. Notre encadrement est disponible pour échanger avec les salariés autant que besoin. 4. Prévention de l'absentéisme Nous allons effectuer une analyse des causes d'absentéisme de nos salariés. Nous effectuons un bilan annuel des arrêts maladies sur notre établissement. 5. Rémunération et avantages sociaux L'établissement offre de nombreux avantages en termes
--	--	--	--	---

				de rémunérations et d'avantages sociaux. Depuis l'été 2024, les primes de sujétions des nuits, dimanches et des jours fériés ont été majorées de [REDACTED]. Nous sommes en cours de concrétisation de la mise en place d'un comité d'entreprise avec l'entreprise [REDACTED] et organisons le Noël des enfants du personnel au sein de l'établissement. Chaque enfant se voit attribuer un chèque cadeau de [REDACTED] euros.	
R9	En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants	Recommandation N°7 : valoriser et développer la compétence individuelle et collective par la formation continue Des programmes de formation continue diversifiés dont l'ensemble des professionnels de l'établissement puisse bénéficier permettent de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels. Cette démarche s'inscrit dans la logique des bonnes pratiques inscrites au sein de la recommandation « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard	1 an	Notre ergothérapeute a été nommée et formée en qualité de référente bientraitance au sein de notre établissement. Annexe 20 - Formation et certification réussite formation - référente bientraitance Elle organise régulièrement des sensibilisations du personnel. Nous vous transmettons les feuilles d'émargement et comptes rendus des réunions.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de la prise en compte de la thématique de la maltraitance dans les programmes de formation continue des professionnels. Remarque maintenue
				de rémunérations et d'avantages sociaux. Depuis l'été 2024, les primes de sujétions des nuits, dimanches et des jours fériés ont été majorées de [REDACTED]. Nous sommes en cours de concrétisation de la mise en place d'un comité d'entreprise avec l'entreprise [REDACTED] et organisons le Noël des enfants du personnel au sein de l'établissement. Chaque enfant se voit attribuer un chèque cadeau de [REDACTED] euros. Annexe 19 - Devis achat chèque cadeau Emile's	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de la prise en compte de la thématique de la maltraitance dans les programmes de formation continue des professionnels. Remarque maintenue

	libéraux (Recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008).	des populations accompagnées » de l'Anesm.		Annexe 21 – Feuille émargement et compte rendus réunions comité bientraitance Un comité de bientraitance a été créé en début d'année 2024. Ce comité est constitué de salariés volontaires. Deux réunions ont été organisées avec le comité bientraitance ont eu lieu : le 08/10/2024 et le 15/10/2024. Annexe 22 - Fiche d'inscription au comité bientraitance 2024 Annexe 23 - Compte rendu réunion préparatoire - Comité bientraitance 08 et 15 octobre 2024 Nous avons affiché la charte de la bientraitance au sein de notre établissement. Elle est également remise aux résidents à leur admission dans le livret d'accueil. Annexe 24 - Photo affichage charte bientraitance Nous avons prévu de sensibiliser les intervenants extérieurs (médecins traitants,	
--	--	---	--	---	--

R10	Il n'existe pas de document décrivant les modalités mises en place en matière d'analyse des pratiques.	Recommandation N°8 : mettre en place des dispositifs d'analyse des pratiques Il est recommandé qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes. Ce dispositif prend tout son sens si les échanges ont lieu hors présence de la hiérarchie, afin que la prise de parole soit facilitée. Ce sont ainsi des dysfonctionnements ancrés et non repérés ou des pistes d'amélioration nouvelles qui peuvent être identifiés, grâce le cas échéant à une contribution extérieure.	1 an	kinés...) à la thématique de la maltraitance lors de la prochaine commission de coordination gériatrique. Nous avons prévu l'intervention d'une psychologue clinicienne, [REDACTED] pour des séances d'analyses des pratiques professionnelles, sur l'année 2025. Elle interviendra à raison de 12 séances, et nous accompagnera pendant une année. La première séance aura lieu le 9 janvier 2025. Nous vous transmettons le planning de ces interventions. Annexe 25 – Planning intervention psychologue clinicienne – analyse pratique professionnelle	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du changement. Remarque maintenue
R11	Certains équipements, bien que récemment installés, présentent déjà des défauts. Par exemple, dans la salle à manger, qui sert également de salon pour les familles et située à l'entrée, la tuyauterie est	Recommandation N°9 : veiller à l'entretien des biens meubles et immeubles de l'établissement	Immédiat	Notre agent de maintenance a remplacé la tuyauterie endommagée dans la salle à manger. Nous vous transmettons une photo de la nouvelle tuyauterie. Annexe 26 – Photo tuyauterie salle à manger	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée

	endommagée, comme le montrent les photos en annexe (cf. annexe 1 — photo de la tuyauterie de la salle à manger).					
R12	Plusieurs portes de chambre sont ouvertes laissant les personnes sans intimité.	Recommandation N°10 aménager les locaux pour favoriser la convivialité et permettre les moments d'intimité Anesm : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Immédiat	Notre psychologue a prévu la sensibilisation du personnel mi-novembre. Nous ne manquerons pas de vous transmettre les feuilles d'émargement attestant la formation du personnel.	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du changement. Remarque maintenue	
R13	Il n'existe pas de points d'appui dans la partie centrale	Recommandation N°11 : aménager les locaux pour favoriser la déambulation	3 mois	Nous disposons de points d'appui dans la partie centrale de l'établissement. Nous vous faisons parvenir des photos de l'accueil de l'établissement. Annexe 27 – Photos accueil résidence	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée	
R14	La porte d'accès de l'UP ne se verrouille pas correctement. Le temps de fermeture est long.	Recommandation N°12 : veiller à l'entretien de la fermeture de la porte de l'UP	Immédiat	Nous avons validé le devis de réparation des portes d'accès à l'unité de vie protégée. Les travaux seront faits d'ici la fin de l'année. Annexe 28 – Devis porte accès unité de vie protégée	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du	

				changement. remarque maintenue
R15	La salle « relai de soins » sert de stockage de matériels pour les activités. La poignée de ce local est cassée et l'accès est donc libre à cette salle où l'on trouve notamment un bidon de vernis colle.	Recommandation N°12 : aménager les locaux notamment au niveau de la salle « relai de soins » pour favoriser la sécurité des résidents	Immédiat	La salle « relais de soins » a été réorganisée. La poignée du local a été remplacée par notre agent de maintenance. Cet accès est désormais sécurisé et accessible par le personnel soignant uniquement. Nous vous faisons parvenir une photo de la poignée de porte sécurisée. Annexe 29 – Photo poignée porte sécurisée salle « relais de soins » Unité de vie protégée Nous allons faire l'acquisition d'une armoire sécurisée afin d'y entretenir le matériel d'animation de manière sécurisée. Nous ne manquerons pas de vous transmettre une photo de l'armoire sécurisée une fois l'installation finalisée. La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du changement. Remarque maintenue
R16	Les WC indiqués « Privé » sont non verrouillés et sans appel malade à l'intérieur	Recommandation N°14 : aménager les locaux notamment au niveau des WC indiqués « Privé » pour favoriser la sécurité des résidents	Immédiat	Nous avons tenu compte de votre remarque. Notre agent de maintenance va installer des verrous sur les portes des WC La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection.

				n'étant pas dotés d'un appel malade. Annexe 30 – Devis pour codes accès WC	La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du changement. remarque maintenue
R17	Tous les caches de désactivation des appels-malades sont absents des chambres observées dans l'UP	Recommandation N°15 : garantir le bon fonctionnement des appels malades	Immédiat	Notre agent de maintenance a installé tous les caches de désactivation des appels-malades dans les chambres de l'unité de vie protégée. Nous avons sensibilisé notre personnel soignant à alerté l'agent de maintenance de manière immédiate dès lors qu'un cache de désactivation est manquant. Annexe 31 – Photo cache de désactivation appel malade et prises de l'unité de vie protégée	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
R18	Le dispositif d'appel-malade a été testé dans une chambre. Un temps d'attente de plus de 5 minutes a été constaté avant l'arrivée d'un aide-soignant en pause. Le second téléphone étant en panne, aucune bascule ou échange de	Prescription N°3 : l'établissement doit se doter d'une organisation lui permettant de répondre aux sollicitations depuis l'appel-malade.	Immédiat	Nous avons fait l'acquisition de nouveaux DECT pour le personnel de l'établissement. Cet achat a été effectué en juin 2024 permettant ainsi de basculer les appels à l'aide-soignant lors du temps de pause de son binôme.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée

	Annexe 32- Facture achat DECT – Juin 2024 Nous avons sensibilisé le personnel le 18/10/2024. Nous vous faisons parvenir la feuille d'émargement liée à cette formation. Annexe 33 – Feuille émargement formation personnel Appel malade et DECT – 18 10 2024				
R19	Il n'est pas constaté l'existence d'un dossier de liaison unique d'urgence conformément à la circulaire DGAS/SD2 no 2009-79 du 17 mars 2009 relative à l'application du plan national canicule 2009 ; Recommandation de bonne pratique professionnelle de la HAS relative aux DLU.	Prescription N°4 : l'établissement doit se doter de dossier de liaison unique pour chacun des résidents mis à jour régulièrement.	Immédiat	Le DLU est systématiquement imprimé et transmis lors d'hospitalisation et consultation. Une version papier existe dans des classeurs de l'infirmerie. Nous vous transmettons une photographie des classeurs des DLU des résidents. Les classeurs sont mis à jour régulièrement par notre IDEC. Annexe 34 – Photo classeurs DLU Annexe 35 – Traçabilité MAJ classeur DLU Annexe 36 – Photo armoire dossiers médicaux fermée et sécurisée	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée

R20	La traçabilité de la distribution des médicaments le soir n'est pas assurée selon les protocoles de circuit du médicaments : les médicaments sont tracés comme distribués par l'IDE en amont de la tournée. Une rectification est faite au besoin à la fin de la distribution.	Recommandation N° 16 : assurer la traçabilité effective de la distribution des médicaments comme prévu par les recommandations de la HAS.	Immédiat	Nous avons effectué une commande de tablettes permettant à l'ASD qui distribue les traitements de les valider instantanément après contrôle de l'IDE. Nous sommes en attente de livraison des tablettes. Dans l'attente de la réception des tablettes, nous avons mis en place un classeur papier afin d'assurer la traçabilité de l'administration des médicaments par les ASD. Nous vous faisons parvenir une photo des classeurs de traçabilité de l'administration des médicaments ainsi que les feuilles de traçabilité. Cette traçabilité n'est que temporaire, dans l'attente de la livraison des tablettes. Annexe 37 – Photo des classeurs de traçabilité des médicaments Annexe 38 – Traçabilité administration des médicaments	La direction de l'établissement confirme les constats des membres de la mission d'inspection. La remarque sera levée dès lors que l'établissement transmettra les documents attestant de l'effectivité du changement. remarque maintenue
R21	Il n'existe pas de protocole de prise en charge de la douleur	Recommandation N° 17 : mettre en place un protocole de prise en charge de la douleur.	3 mois	Nous disposons d'une procédure pour la prise en charge de la douleur. Nous avons omis de vous transmettre cette procédure lors de l'inspection.	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée

R22	Il n'existe pas de protocole de prise en charge de la fin de vie	Recommandation N° 18 : mettre en place un protocole de prise en charge de la fin de vie.	3 mois	Nous vous transmettons la procédure relative à la prise en charge de la douleur. Annexe 39 – Procédure SOIN PROC 27 - Douleur Nous disposons d'une procédure pour la prise en charge de la fin de vie. Nous avons omis de vous transmettre cette procédure lors de l'inspection. Nous vous transmettons la procédure relative à la prise en charge de la fin de vie. Annexe 40 – Procédure SOIN PROC 37 – Soins palliatifs	La réponse de l'établissement est conforme aux attendus. Remarque levée
-----	--	--	--------	---	---