

Service émetteur :

Affaire suivie par :

Courriel :

Nos réf. : 2023D/910/ID

Monsieur le Président de Médicharme
85, avenue de Saint Cloud
78000 VERSAILLES

Madame la Directrice de l'EHPAD des Eaux
Vives
20, voie de Beaulieu
55250 TRIAUCOURT

Nancy, le 24 JAN. 2023

Lettre Recommandée avec AR n° 2C 160 697 8329 7 / 2C 160 697 8328 0

Objet : Décision administrative, suite à inspection

P. J. : 1 tableau des prescriptions et recommandations maintenues à l'issue du contradictoire

Monsieur le Président,
Madame la Directrice,

En date du 16 juin 2022, nous avons diligenté une inspection inopinée à l'EHPAD des Eaux Vives (55), géré par le groupe Médicharme, sur le site de Triaucourt.

Le rapport d'inspection et les décisions envisagées vous ont été transmis le 02 novembre 2022.

Conformément au code des relations entre le public et l'administration, il vous a été demandé de me présenter, **dans le délai de 1 mois**, vos observations sur les mesures correctives envisagées.

Votre réponse a été réceptionnée en date du 30 novembre 2022.

Après avoir étudié et pris en compte vos observations, nous saluons l'ensemble des différents plans d'actions que vous avez pu enclencher. En effet, la très grande majorité des démarches, d'ores et déjà mises en œuvre, permettent de lever certaines prescriptions et recommandations.

Nous vous notifions ainsi la présente décision.

Les prescriptions n°4 et 5, ainsi que les recommandations n°2 et 3, 5 à 14, 16, 18 à 24, 27, 29 à 33, 35 à 43, 46 à 48 et la n°50, sont levées.

Ensuite, nous attirons particulièrement votre attention sur les prescriptions et recommandations ci-dessous.

La prescription n°1 relative à la réalisation du projet d'établissement. Au regard de vos annexes 1 et 1 bis, la mission prend note des réunions réalisées en 2022, de la dynamique enclenchée et du calendrier de finalisation. Cependant, comme le projet demeure un des axes de la loi 2002-2, la prescription est maintenue jusqu'à la rédaction et finalisation du projet d'établissement.

La prescription n°2 dédiée à la commission gériatrique. La mission souligne favorablement la mise en place de ladite instance en date prévisionnelle du 24/01/2023, comme l'indique votre annexe 2. La prescription est néanmoins maintenue jusqu'à la transmission du compte rendu.

La prescription n°6 consacrée à la promotion de la bientraitance. En effet, par le biais de vos annexes 7, 8 et 9, la mission acte et souligne favorablement vos démarches déjà réalisées (formations, groupes de parole...), et celles à venir (mise en place d'autoévaluations anonymisées de la HAS à l'ensemble du personnel...). En revanche, la prescription est maintenue puisqu'un de vos trois sites n'a pas encore été formé.

La recommandation n°15 sur la formation de l'animatrice. Cette recommandation demeure jusqu'à la réception de documents inhérents: dates du cursus, typologie de la formation, attestation de diplôme....

La recommandation n°25 est maintenue jusqu'à la mise à jour de l'ensemble des Projets De Vie (PVI) par les référents mentionnés dans votre annexe 34. Dans ce cadre, la mission note aussi favorablement la nouvelle trame de PVI que vous allez utiliser.

La recommandation n°28 sur la prise en compte des régimes alimentaires. La mission acte positivement votre initiative d'utiliser le module Nutrition du logiciel TITAN, comme vous le mentionnez dans votre annexe 29. La recommandation est maintenue jusqu'au déploiement complet dudit module.

La recommandation n°34 relative aux outils de gestion de crise. La mission, par la transmission de votre annexe 40, a pris connaissance de votre plan Bleu 2022. De fait, bien que la recommandation soit partiellement levée pour le plan Bleu, elle reste globalement maintenue dans l'attente de la réalisation d'un plan COVID.

Enfin, la prescription 3 et les recommandations 1, 4, 15, 17, 26, 28, 34, 44, 45, 49, 51 à 53 sont maintenues jusqu'à leur finalisation.

Vous trouverez la synthèse de l'ensemble des mesures retenues dans le tableau en annexe.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télerecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Vous adresserez, dans les délais mentionnés après réception du présent courrier, les éléments justificatifs des mesures mises en œuvre et demandées à la **Délégation Territoriale de Meuse**.

Par ailleurs, nous vous prions de noter que les prescriptions et recommandations maintenues pourront faire l'objet d'un suivi d'inspection avant d'être considérées comme prises en compte.

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Grand Est

Le Président du Conseil départemental de la Meuse

Le Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Grand Est,

Virginie CAYRÉ

André BERNAY

Jérôme DUMONT

Copie :

ARS Grand Est : Délégation territoriale de Meuse
Direction de l'Autonomie

Conseil départemental de Meuse

Annexe

Tableau récapitulatif des prescriptions et recommandations, en lien avec les constats déclinés en écarts et en remarques.

Prescriptions					
Ecart (référence)		Page du rapport	Libellé de la prescription envisagée		Délai de mise en œuvre
E1	Il n'y a pas de projet d'établissement, constituant un écart à l'article L.311-8 du CASF.		10	Pre 1	Réaliser le projet d'établissement conformément à l'article L.311-8 du CASF
E2	Il n'y a pas de commission de coordination gériatrique ce qui est contraire à l'arrêté du 5 septembre 2011 ainsi qu'au 3° de l'article D312-158 du CASF.		11	Pre 2	Mettre en place les dispositions prévues à l'arrêté du 5 septembre 2011 ainsi qu'au 3° de l'article D312-158 du CASF relatifs à la commission de coordination gériatrique.
E3	<p>Il peut arriver par manque de personnel qu'une ASH expérimentée puisse être placée sur un poste d'AS pour une journée et réaliser les soins. Ces glissements de tâches ne sont pas exceptionnels et peuvent conduire un agent à travailler une journée comme AS et le lendemain comme ASH.</p> <p>Les prestations délivrées par l'établissement ne sont pas réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées, ce qui constitue un écart à l'article L.312-1 II du CASF.</p>		20	Pre 3	Organiser l'établissement et procéder aux recrutements nécessaires afin que les prestations délivrées par l'établissement le soient par des équipes pluridisciplinaires qualifiées conformément à l'article L.312-1 II du CASF. Il est nécessaire de s'assurer que les tâches, constitutives de la prise en charge des résidents, soient réalisées par des personnes dont les qualifications sont en adéquation. Cela permettra ainsi d'assurer également une stabilité organisationnelle pour les équipes.
E4	<p>Le cahier dédié aux stupéfiants n'est pas rigoureux.</p> <p>D'une part, il comporte des incohérences temporelles entre une date de prescription et une date de délivrance. A titre d'exemple, la mission a pu relever des erreurs entre des dates de prescription et des dates d'administration, avec un produit prescrit le 24/05/2022 et administré le 13/05/2022.</p>		23	Pre 4	Afin d'appliquer les dispositions contenues dans au sein de l'article R.5132-80 CSP le cas échéant, il est nécessaire que le cahier dédié aux stupéfiants soit tenu de façon méticuleuse.

	<p>D'autre part, il recense globalement des quantités détenues différentes des quantités attendues.</p> <p>Enfin, il y a un stock de morphinique ne correspondant à aucune prescription et sa quantité n'est pas connue du personnel.</p> <p>L'impossibilité de mesurer précisément les stocks de stupéfiants, leurs flux de délivrance empêchent l'observation d'un vol ou d'un détournement et neutralisent le signalement immédiat devant être fait aux autorités.</p> <p>Cela est contraire à l'article R.5132-80 CSP qui précise que « Tout vol ou détournement est signalé sans délai aux autorités de police, à l'agence régionale de santé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail pour les médicaments vétérinaires. Les quantités volées ou détournées sont portées sur le registre prévu à l'article R. 5132-36 CSP.</p>		23	Pre 4		Réalisé
E5	<p>Une ASH peut donner des médicaments vérifiés par l'IDE (en raison d'un absentéisme dans l'effectif d'AS).</p> <p>Par conséquent, l'administration des médicaments est réalisée par du personnel qui n'est pas qualifié pour cette tâche, ce qui est contraire au II de l'article L.311-1 du CASF.</p>		24	Pre 5	<p>Veiller à respecter les dispositions mentionnées au II de l'article L.312-1 du CASF qui précise : « Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° et au 17° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. »</p>	Réalisé

E6	<p>Absence de politique générale et de formation des personnels sur la promotion de la bientraitance, lutte contre la maltraitance, ce qui est contraire à l'instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.</p>	35	Pre 6	<p>Au regard du Bulletin Officiel « Santé, Protection Sociale, Solidarité » n°4, du 15 mai 2007, appliquer l'instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance, qui précise en son point « 2. Intégrer le concept de bientraitance dans l'organisation et la gestion des établissements » et « a) Le renforcement de la politique de ressources humaines dans les établissements. »</p> <p>« La lutte contre la maltraitance et la promotion de la qualité passent par une véritable politique de gestion des ressources humaines afin de mieux encadrer et accompagner les professionnels.</p> <p>La formation des directeurs et de l'encadrement doit être assurée par le biais de cursus que vous proposerez avec l'aide des organismes paritaires collecteurs agréés de votre département. En effet, le rôle du directeur est primordial pour gérer les situations de crise et organiser le repérage des risques et la mise en place d'actions correctives. ».</p>	Maintien 1 an
----	--	----	-------	---	---------------

Recommandations					
Remarques		Page du rapport	Libellé de la recommandation envisagée		Délai de mise en œuvre
R 1	La procédure dédiée au recours en urgence d'une signature de Medicharme n'est pas écrite.	10	Rec 1	Ecrire une procédure explicitant le recours en urgence d'une signature à Médicharme, l'afficher et s'assurer de sa diffusion auprès du personnel.	Maintien 3 mois
R 2	Lors de la visite, les locaux dédiés au linge sale et aux bulles de linge n'étaient pas verrouillés	14	Rec 2	Veiller à sécuriser l'ensemble des locaux qui doivent l'être.	Réalisé
R 3	La porte de sécurité du rez-de-chaussée, proche de la bibliothèque et de la salle de repos, est fermée à clé.	14	Rec 3	Il convient de ne pas fermer la porte de sécurité à clé en cas de danger. Organiser un système adapté permettant son déverrouillage automatique. Transmettre également à la mission le dernier procès-verbal de la commission de sécurité.	Réalisé 6 mois
R 4	Le local électrique au N+1 dédié au stockage d'aides techniques est désordonné.	14	Rec 4	Procéder au rangement du local électrique au N+1 dédié au stockage d'aides techniques.	Maintien Immédiat
R 5	L'affichage des noms et prénoms des résidents n'est pas effectué pour chaque chambre de l'UVP.	14	Rec 5	Sauf s'il s'agit d'un choix volontaire en lien avec le projet de vie, faire en sorte que chaque chambre occupée soit identifiée.	Réalisé
R 6	L'hygiène de certaines zones de l'EHPAD n'est pas acceptable avec la présence d'odeurs désagréables ou de sols sales. Cela concerne plus particulièrement la bibliothèque, la salle de repos, les toilettes, l'UVP et les différents locaux à usage professionnel.	15	Rec 6	Faire preuve de vigilance dans l'ensemble de la structure afin de maintenir la dynamique d'amélioration de l'hygiène..	Réalisé

R 7	Dans le cadre du nettoyage des chambres, la mission observe l'absence de documents visant à tracer l'entretien de chaque chambre individuelle.	15	Rec 7	Produire une fiche individuelle de suivi du nettoyage pour chaque chambre.	Réalisé
R 8	Présence d'un siphon qui fuit dans les cuisines.	15	Rec 8	Réparer la fuite du siphon des cuisines.	Réalisé
R 9	Les commandes de protections laissent apparaître des périodes de manque obligeant à limiter leur usage.	16	Rec 9	Mettre en place une organisation des commandes permettant une utilisation fluide sans restrictions des protections.	Réalisé
R 10	Absence d'inventaire du stock des Équipement de Protection Individuelle (EPI) COVID-19 et du stock des protections.	16	Rec 10	Mettre en place un inventaire et s'assurer de son suivi pour : <ul style="list-style-type: none"> • les Équipements de Protection Individuelle (EPI) COVID-19 ; • les protections ; • les produits ménagers. 	Réalisé
R 11	la réserve des produits ménagers laissant apparaître une traçabilité des consommables jusqu'en décembre 2021.	16	Rec 11		
R12	L'organigramme ne mentionne pas le temps dédié en ETP au médecin coordonnateur.	17	Rec 12	Mettre à jour l'organigramme spécifiquement pour le médecin coordonnateur au regard de la réglementation en vigueur via l'article D312-156 du CASF.	Réalisé
R 13	Les fiches de postes ne sont pas signées. De même, elles ne comportent aucun marqueur temporel : aucune date de réalisation, ni de mise à jour.	18	Rec 13	Insérer des champs permettant de savoir qui a réalisé/signé les fiches de postes et intégrer également la date de réalisation / mise à jour.	Réalisé
R 14	L'ensemble des personnels ne connaît pas sa propre fiche de poste. Cette dernière est parfois inadaptée au poste occupé.	18	Rec 14	Lors de chaque entretien annuel, transmettre, discuter et ajuster éventuellement la fiche de poste afin que celle-ci soit le reflet actualisé d'un emploi exercé.	Réalisé
R 15	L'animatrice en poste ne possède pas de qualification en la matière.	18	Rec 15	Inscrire l'animatrice dans le dispositif de formation dédié.	Maintien 6 mois

R 16	<p>La multiplication des supports peut entraîner des pertes d'informations et une désorganisation des soins.</p> <p>A titre d'exemple, le jour de l'inspection, les AS de nuit ont découvert qu'il fallait préparer une résidente lors de l'arrivée du taxi. Elles n'ont pas été prévenues en amont de ce départ matinal en vue d'un examen médical.</p> <p>Cela a généré, par voie de conséquence, une désorganisation générale des soins du matin.</p>	20	Rec 16	Centraliser les informations nécessaires aux transmissions sur le logiciel.	Réalisé
R 17	Le dépistage de la dénutrition/déshydratation est réalisé individuellement, mais cela n'est pas tracé.	20	Rec 17	La mission acte le volontarisme du médecin coordonnateur de mettre en place des procédures visant à tracer des éléments de dépistages relatifs à la dénutrition/déshydratation et à améliorer la qualité des soins sur ces axes.	Maintien 6 mois
R 18	Le formulaire de suivi des péremptions qui est affiché dans l'infirmérie ne mentionne pas les cycles de contrôle pour chacun des quatre items : sac d'urgence, pharmacie, réfrigérateur et réserve de pansements.	21	Rec 18		
R 19	Les dates sur la feuille de suivi des péremptions manquent de précisions car seul le mois est connu.	21	Rec 19	S'assurer que les mentions existantes sur le formulaire de suivi des péremptions soient appliquées et respectées comme « ce document est à dater et à emmarger par l'agent effectuant la vérification » et ce en temps réel.	
R 20	<p>La traçabilité de la fiche dédiée aux péremptions n'est pas systématiquement remplie en temps réel par la personne en charge de la vérification.</p> <p>Elle peut l'être par une IDE qui ne l'a pas effectuée, facteur pouvant potentiellement générer des erreurs dans la traçabilité des vérifications réalisées.</p>	21	Rec 20	<p>Réaliser un suivi des péremptions du réfrigérateur de façon mensuelle.</p> <p>Modifier le formulaire et intégrer les cycles de vérification associés aux différents éléments.</p>	Réalisé
R 21	Le suivi des péremptions du réfrigérateur n'a pas été réalisé en avril et mai 2022.	21	Rec 21		

R 22	La vérification des médicaments n'est pas réalisée aux dates prévues et des périmés sont retrouvés. Certains emballages sont déchirés sur la partie comportant la date de péremption, empêchant un contrôle sécurisé.	23	Rec 22	Procéder à des vérifications régulières des péremptions des médicaments en veillant à ce que les emballages comportent toujours les DLC.	Réalisé
R 23	Les relevés de température du réfrigérateur ne sont pas affichés. Elles sont dans un classeur dont le nom ne correspond pas au contenu car intitulé « Stagiaire ».	24	Rec 23	Faciliter la recherche des informations du réfrigérateur dans un classeur éponyme.	Réalisé
R 24	Au moment du petit-déjeuner des résidents, des sachets de médicaments sont posés sur les plateaux. Sur ces plateaux, un post-it indiquant le nom du résident concerné est collé sur une étiquette collée indiquant le nom d'un autre résident, ce qui peut générer une source d'erreur d'identito-vigilance dans la dispensation.	24	Rec 24	Ne plus utiliser de post-it sur les plateaux des petits déjeuners et utiliser l'identification des plateaux déjà existante, afin de ne pas générer d'erreur d'identito-vigilance dans la dispensation des médicaments aux résidents.	Réalisé
R 25	Les PVI ne sont pas toujours suivis par l'ensemble du personnel.	25	Rec 25	Faire en sorte que les PVI rédigés, et leurs objectifs intrinsèques, soient connus, suivis, et respectés par l'ensemble du personnel.	Maintien 1 an
R 26	La qualité des repas est moindre lorsqu'ils sont réchauffés.	26	Rec 26	Rappeler les démarches à suivre et les températures exactes pour réchauffer les repas afin de maîtriser la montée en température et que la qualité de l'alimentation soit maintenue	Maintien 2 mois
R 27	Les plats de substitution sont insuffisants sur le plan de la quantité et peuvent ainsi induire une consommation plus importante de compléments nutritionnels oraux.	26	Rec 27	Ajuster la quantité des plats de substitution.	Réalisé

R 28	Les régimes alimentaires ne sont pas assez pris en compte.	26	Rec 28	Mettre en place des échanges réguliers entre les soignants et les professionnels des cuisines afin que les régimes alimentaires soient mieux pris en compte et qu'une évolution de l'alimentation puisse se réaliser en fonction des besoins et impératifs médicaux des résidents.	Maintien 6 mois
R 29	Faute d'aide, la mission a pu constater l'intervention réalisée par un résident à sa voisine de table afin qu'elle puisse manger.	27	Rec 29	Faire preuve de vigilance quant à la prise en compte de toutes les aides alimentaires en salle de restauration.	Réalisé
R 30	Le recensement des besoins en animation est réalisé de manière individuelle directement auprès des résidents, de façon orale.	27	Rec 30	Il est nécessaire de formaliser le recensement des besoins en animation. La mission note également qu'il est prévu que l'animatrice mette en place un classeur individuel pour chaque résident concernant l'animation et ce en lien avec le Projet de Vie de chacun.	Réalisé
R 31	La mission salue, et reconnaît, l'implication, la disponibilité et l'écoute du médecin coordonnateur. Cependant, bien que privilégiant les rapports directs avec les équipes soignantes qui peuvent l'appeler autant que de besoin, il n'a pas institué de réunion formalisée et il ne participe à aucune réunion institutionnelle.	28	Rec 31	Le médecin coordonnateur ne doit pas cesser sa dynamique d'implication et doit la compléter, la renforcer, par une participation active à la gouvernance interne et s'approprier les outils inhérents et incontournables à la bonne marche de la structure.	Réalisé
R 32	Le médecin coordonnateur n'a pas connaissance du projet de soins de l'EHPAD.	29	Rec 32		
R 33	Comme évoqué supra à la remarque 16 au point 3.1, la démultiplication des supports peut être générateur d'oubli de transposition, de retranscriptions incomplètes donc entraîner une perte d'informations concernant le résident.	29	Rec 33	Centraliser les informations nécessaires aux transmissions sur le logiciel.	Réalisé
R 34	D'une façon générale, la mission n'a pas eu connaissance des protocoles dédiés spécifiquement à la gestion de crise (Plan Bleu, COVID...).	31	Rec 34	Bâtir des protocoles spécifiquement dédiés à la gestion de crise (Plan Bleu, COVID...) et les transmettre à la mission.	Maintien 9 mois

R 35	La « Procédure de signalement des événements indésirables graves » comporte deux informations contradictoires et qui semblent être analogues. D'une part, il y a la mention « Mise en application Juillet 2019 » et, d'autre part, « Appliqué le : Janvier 2022 ».	32	Rec 35	Revoir la structure de la « Procédure de signalement des événements indésirables graves », ne garder que les champs essentiels, ajouter un élément dédié à la révision et compléter l'ensemble.	Réalisé
R 36	La « Procédure de signalement des événements indésirables graves » dispose de deux champs qui ne sont pas alimentés : « Présenté le » en haut de la feuille et « Diffusé le », en bas de page.	32	Rec 36		
R 37	La « Procédure de signalement des événements indésirables graves » ne comporte aucune date de révision	32	Rec 37		
R 38	La partie 1 de la « Procédure de signalement des événements indésirables graves » comporte une liste très limitée en destinataires : « Directeur », « IDEC », « Equipe de soins ».	32	Rec 38	Afin de permettre une acculturation totale à la « Procédure de signalement des événements indésirables graves », il est nécessaire d'inclure l'ensemble du personnel, y compris le MEDEC.	Réalisé
R 39	Le point 5.2 de la « Procédure de signalement des événements indésirables graves » ne mentionne aucun retour vers le déclarant initial.	33	Rec 39	Modifier la « Procédure de signalement des événements indésirables graves » et inclure un dispositif de retour vers le déclarant initial. Cela lui permettra de lui donner les informations sur le devenir de l'évènement constitutif à sa déclaration de FEI, et lui donner une vision complète du circuit.	Réalisé
R 40	Le point 5.4 de la « Procédure de signalement des événements indésirables graves » indique que « L'ensemble des EIG citées dans cette procédure sont à signaler à l'ARS, avec copie au Conseil Départemental si nécessaire ».	33	Réc 40	Enlever la mention « si nécessaire » du point 5.4 de la « Procédure de signalement des événements indésirables graves »	Réalisé

R 41	Bien qu'existant, le circuit des FEI n'est pas connu ou mal maîtrisé par le personnel, à l'exemple du recours trop systématique à l'oralité. Or, la « Procédure de signalement des événements indésirables graves », en son point 5.2 « Circuit interne d'un EIG », stipule expressément « en parallèle de l'appel téléphonique, la direction de l'établissement renseigne pour tout EIG une fiche de signalement afin de tracer les actions de gestions mises en place. »	33	Rec 41	A l'appui de la « Procédure de signalement des événements indésirables graves », rappeler l'existence du circuit des FEI à l'ensemble du personnel (y compris les intérimaires) et s'assurer de sa bonne appropriation.	Réalisé
R 42	Il n'y a pas de RETEX après la survenue d'un EIGS	33	Rec 42	Mettre en place un dispositif de RETEX après la survenue d'un EIGS.	Réalisé
R 43	Les familles utilisent des FEI pour faire part de leurs réclamations.	33	Rec 43	Mettre en place, de façon visible à l'accueil, un registre des plaintes et réclamations destiné aux familles et réservé l'usage des FEI au personnel.	Réalisé
R 44	Le Règlement intérieur ne comporte aucune date de réalisation.	34	Rec 44	Indiquer la date de réalisation du Règlement Intérieur.	Maintien 1 mois
R 45	Aucun article ne mentionne la maltraitance envers les résidents dans le Règlement Intérieur.	34	Rec 45	Inclure la notion de maltraitance dans le Règlement Intérieur.	Maintien 9 mois
R 46	La procédure « La bientraitance en situation de vie » ne comporte aucun visa.	34	Rec 46		
R 47	La procédure « La bientraitance en situation de vie » indique une date en haut « 15 décembre 2020 » sans préciser la vocation de cet élément temporel mais ne mentionne pas, à contrario, la date d'application qui doit apparaître en bas.	34	Rec 47	Apposer les visas et une date d'application tout en créant une zone dédiée à une date de révision.	Réalisé
R 48	Il n'y a pas de date de révision de la procédure « La bientraitance en situation de vie ».	34	Rec 48		
R 49	La procédure « La bientraitance en situation de vie » comporte un rédacteur et un approuvateur identique.	34	Rec 49	Une procédure doit comporter autant de personnes différentes que de rôles inscrits. En l'occurrence, pour la procédure « La bientraitance en situation de vie » il faut un rédacteur, un vérificateur et un approuvateur identique distinct.	Maintien 6 mois

R 50	La procédure « La bientraitance en situation de vie » est absente de l'ensemble des protocoles	34	Rec 50	Intégrer la procédure « La bientraitance en situation de vie » avec les protocoles « non spécifiques. »	Réalisé
R 51	La fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance » n'est pas vérifiée ni approuvée.	35	Rec 51	Faire vérifier et approuver par le groupe Médicharme la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance. »	Maintien 6 mois
R 52	Sur la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », le Conseil départemental de Meuse est absent de la cellule qui précise les personnes à prévenir en cas de faits graves de maltraitance.	35	Rec 52	Sur la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », modifier l'arbre décisionnel. Ajouter le Conseil Départemental de Meuse dans les contacts à prévenir en cas de faits graves de maltraitance.	Maintien 1 mois
R 53	La seconde feuille de la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », dédiée aux contacts, mentionne un mail « ars-lorraine-cugs@ars.sante.fr ». Cette adresse est obsolète. Le Conseil Départemental n'apparaît pas.	35	Rec 53	Sur la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », remplacer l'adresse mail « ars-lorraine-cugs@ars.sante.fr » par « ars-grandest-alerte@ars.sante.fr ». De même, inclure des coordonnées du Conseil Départemental de Meuse. Immédiate	Maintien Immédiat

R 50	La procédure « La bientraitance en situation de vie » est absente de l'ensemble des protocoles	34	Rec 50	Intégrer la procédure « La bientraitance en situation de vie » avec les protocoles « non spécifiques. »	Réalisé
R 51	La fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance » n'est pas vérifiée ni approuvée.	35	Rec 51	Faire vérifier et approuver par le groupe Médicharme la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance. »	Maintien 6 mois
R 52	Sur la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », le Conseil départemental de Meuse est absent de la cellule qui précise les personnes à prévenir en cas de faits graves de maltraitance.	35	Rec 52	Sur la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », modifier l'arbre décisionnel. Ajouter le Conseil Départemental de Meuse dans les contacts à prévenir en cas de faits graves de maltraitance.	Maintien 1 mois
R 53	La seconde feuille de la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », dédiée aux contacts, mentionne un mail « ars-lorraine-cugs@ars.sante.fr ». Cette adresse est obsolète. Le Conseil Départemental n'apparaît pas.	35	Rec 53	Sur la fiche de « signalement suspicion / constat d'actes de maltraitance », remplacer l'adresse mail « ars-lorraine-cugs@ars.sante.fr » par « ars-grandest-alerte@ars.sante.fr ». De même, inclure des coordonnées du Conseil Départemental de Meuse. Immédiate	Maintien Immédiat