

Le directeur général

Lille, le 27 SEP. 2023

Réf : SDIC/D3SE-MP
Mission n° 2022-HDF-00122



LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier que les conditions de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits. La mission s'est attachée plus particulièrement à la gouvernance, à la mobilisation des effectifs et à la prise en charge des résidents. Cette inspection a été réalisée le 12 juillet 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 12 juin 2023.

En l'absence de présentation d'observations de votre part dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que je vous demande de mettre en œuvre dans les délais indiqués, qui courent à compter de la réception de la présente.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par le pôle de proximité territorial du Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre

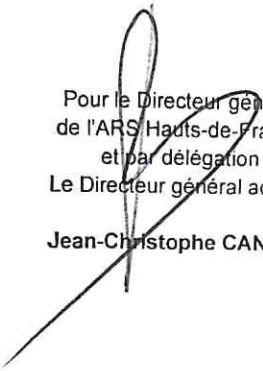
Jean-Xavier GAUTHIER
Président du conseil d'administration
Association Monsieur Vincent
77, rue Reuilly
75012 PARIS

établissement. Ainsi, vous voudrez bien lui transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des mesures correctives complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues dans le respect des délais fixés.

Je vous informe que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection, que je préside.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.



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

Pièce jointe :

- tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Inspection du 12 juillet 2022 de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Maison Saint Joseph situé à PHALEMPIN (59133)

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------------|--|
| E1 | <u>Ecart n°1</u> : l'établissement ne respecte pas la répartition des places d'hébergement permanent et d'hébergement temporaire, ni le nombre de places habilitées à l'aide sociale définies par la décision conjointe d'autorisation en date du 4 juin 2015. | <u>Prescription n°1</u> : Se conformer à la décision conjointe d'autorisation en date du 04 juin 2015. | 3 mois | |
| E2 | <u>Ecart n°2</u> : en ne disposant pas d'un registre légal des entrées et des sorties côté et paraphé par le maire, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.331-2 et R.331-5 du CASF. | <u>Prescription n° 2</u> : Etablir et veiller à la mise à jour constante du registre légal des entrées et sorties. | immédiat | |
| E3 | <u>Ecart N° 3</u> : en ne remettant pas le règlement de fonctionnement à chaque personne qui y exerce, aux usagers ou à leurs représentants légaux, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-34 du CASF. | <u>Prescription n°3</u> : Mettre en place la distribution du règlement de fonctionnement à toutes les personnes concernées. Organiser cette remise pour les nouveaux arrivants. Soumettre aux instances concernées le | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|--|
| E4 | <u>Ecart n° 4</u> : en n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel et au conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF. | règlement de fonctionnement. Afficher le règlement de fonctionnement. Mettre à jour le règlement de fonctionnement concernant la présence d'un diététicien dans la structure. | | |
| E5 | <u>Ecart n° 5</u> : en n'ayant pas affiché le règlement de fonctionnement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF. | | | |
| R25 | <u>Remarque n°25</u> : le règlement de fonctionnement est obsolète en ce qu'il mentionne la présence d'un diététicien dans l'établissement. | | | |
| E6 | <u>Ecart n° 6</u> : 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. | <u>Prescription n°4</u> : Mettre en place une démarche d'actualisation du projet d'établissement afin de répondre aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------------|--|
| E7 | <u>Ecart n°7</u> : l'absence de renouvellement des membres du conseil de la vie sociale depuis janvier 2019 n'est pas conforme aux dispositions de l'article D311-8 du CASF. | <u>Prescription n°5</u> : Effectuer le renouvellement des membres du CVS et distinguer les membres titulaires et suppléants – S'assurer de l'établissement et de la validation du règlement intérieur du CVS lors de sa prochaine tenue – S'assurer de la réalisation de 3 CVS/an et de la signature de tous les comptes rendus par le président | 6 mois | |
| E8 | <u>Ecart n° 8</u> : l'établissement contrevient à l'article D311-19 du CASF qui prévoit que le CVS établit son règlement intérieur dès sa première réunion. | | | |
| E9 | <u>Ecart n° 9</u> : en l'absence de décision instituant le conseil de la vie sociale et fixant le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil, l'établissement contrevient à l'article D311-4 du CASF. | | | |
| E10 | <u>Ecart n° 10</u> : en ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF. | | | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|---|
| E11 | <u>Ecart n° 11</u> : tous les comptes rendus du CVS n'étant pas signés par le Président, son fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF. | | | |
| E12 | <u>Ecart n°12</u> : 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 et contrevient en ce sens à l'article L312-1-II du CASF. | <u>Prescription n°6</u> : S'assurer de disposer de la copie des diplômes de tous les professionnels. | 3 mois | |
| E13 | <u>Ecart n°13</u> : 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. | <u>Prescription n°7</u> : S'assurer de disposer d'un document attestant de la présentation du bulletin et de sa compatibilité avec les fonctions exercées pour tous les professionnels. | 6 mois | |
| E14 | <u>Ecart n°14</u> : les agents de service hospitalier réalisent des soins de nursing en dehors d'un protocole établissant clairement les conditions | <u>Prescription n°8</u> : Etablir des délégations de tâche au profit des ASH – S'assurer de leur respect. | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------------|--|
| | de délégation de ces actes, ce qui est contraire aux dispositions des articles R4311-3 et R.4311-4 du CSP. | | | |
| E15 | <u>Ecart n°15</u> : en ne garantissant pas le respect systématique de l'intimité et de la dignité des personnes accueillies, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-3-1° du CASF. | <u>Prescription n°9</u> : Mettre en place les dispositions nécessaires au respect systématique des résidents (intimité et dignité). | 3 mois | |
| E16 | <u>Ecart n°16</u> : la sécurisation des locaux et l'état des produits utilisés par les professionnels ne permettent pas de garantir une sécurité optimale des résidents accompagnés, ce qui contrevient à l'article L311-3 al 1 du CASF. | <u>Prescription n° 10</u> : Sécuriser les locaux au regard des constats effectués. | Immédiat | |
| E17 | <u>Ecart n°17</u> : le délai de réponse à l'appel malade n'est pas de nature à garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 al 1 du CASF. | <u>Prescription n°11</u> : Revoir le processus de réponse aux appels malades – mettre en place des actions permettant de s'assurer qu'une réponse rapide est apportée aux demandes. | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------------|--|
| E18 | <u>Ecart n°18</u> : l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD « Maison Saint-Joseph » est contraire aux dispositions de l'article D.312-156 du CASF. | <u>Prescription n°12</u> : Recruter un médecin coordonnateur dont le temps de présence sera conforme aux dispositions en vigueur. | 6 mois | |
| E19 | <u>Ecart n°19</u> : en ne disposant pas pour chaque résident d'un projet d'accompagnement personnalisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311.3 du code de l'action sociale et des familles. | <u>Prescription n°13</u> : Mettre en place pour tous les résidents un PAP. Lien avec la remarque n° 19 (PAP). | 6 mois | |
| E20 | <u>Ecart n°20</u> : en ne garantissant pas les modalités d'exercice effectif du droit d'aller et venir librement et ses aménagements selon l'état du résident, l'établissement contrevient à l'article L311-3 du CASF. | <u>Prescription n°14</u> : Garantir, par tout moyen, les modalités d'exercice effectif du droit d'aller et venir librement. | 3 mois | |
| E21 | <u>Ecart n°21</u> : en ne joignant pas au contrat de séjour l'annexe relative aux « Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et | <u>Prescription n°15</u> : Ajouter au contrat de séjour l'annexe mentionnée. | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------------|--|
| | venir », l'établissement ne respecte pas les dispositions du Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées. | | | |
| E22 | <u>Ecart n°22</u> : les conditions d'accès aux dossiers médicaux ne garantissent pas le respect des dispositions de l'article L1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical. | <u>Prescription n°16</u> : revoir les modalités d'accès aux dossiers médicaux afin de garantir le respect du secret médical. Revoir les modalités de transmissions et de gestion des informations d'ordre médical et paramédical afin de garantir la prise en charge. | 3 mois | |
| E23 | <u>Ecart n°23</u> : le défaut de formalisation claire et partagée des modalités de transmissions et de gestion des informations d'ordre médical et paramédical n'est pas de nature à garantir une prise en charge de qualité, sécurisée et continue des résidents, et en cela l'établissement contrevient à l'article L311-3 al.3 du CASF. | | | |
| E24 | <u>Ecart n°24</u> : En l'absence de convention avec un établissement de santé, mentionnée à l'article D312-158 10° du CASF, et définissant les conditions et les modalités de transfert et | <u>Prescription n°17</u> : Etablir et mettre en place un partenariat avec un établissement de santé, conformément au cahier des charges | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|---|
| | 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. | cité. | | |
| R1 | Remarque n° 1 : le nom du responsable hiérarchique à qui doit être faite la déclaration d'accident du travail ou de trajet au sein de l'établissement n'est pas renseigné dans le règlement intérieur du personnel. | Recommandation n°1 : Ajouter le nom du responsable hiérarchique au sein du règlement intérieur. | 3 mois | |
| R2 | Remarque n° 2 : le document des subdélégations en cas d'absence de la directrice n'est pas à jour et il n'est pas signé par les parties prenantes. | Recommandation n°2 : Mettre à jour le document de subdélégation. Veiller à sa signature. | 3 mois | |
| R3 | Remarque n° 3 : les modalités définies pour l'intérim de direction et pour les astreintes de direction ne sont pas formalisées, ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de la fonction de direction. | Recommandation n°3 : Formaliser l'intérim et les astreintes afin de garantir la continuité de la fonction de direction. | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------|---|
| R4 | Remarque n° 4 : les modalités d'exploitation des enquêtes de satisfaction ne sont pas formalisées et il n'y a pas de retour de leur analyse auprès des professionnels ni auprès des résidents et de leurs familles. | Recommandation n°4 : Formaliser l'exploitation des enquêtes de satisfaction – effectuer un retour de cette dernière auprès des professionnels, résidents et familles. | 6 mois | |
| R5 | Remarque N° 5 : en ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008). | Recommandation n°5 : Insérer, au sein du plan de formation, un volet dédié à la bientraitance/ prévention de la maltraitance. | 6 mois | |
| R6 | Remarque n° 6 : l'adresse électronique de l'ARS Hauts-de-France n'est pas à jour dans le livret d'accueil de l'établissement. | Recommandation n°6 : Mettre à jour les coordonnées des autorités de tarification et de contrôle au sein du | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| R7 | Remarque N° 7 : en ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. | livret d'accueil – Préciser au sein de ce livret les actions menées par l'EHPAD en matière de prévention de la maltraitance ainsi que les activités et objectifs de l'établissement. | | |
| R23 | Remarque n°23 : le livret d'accueil est obsolète, ce qui ne permet pas d'avoir une information précise sur les activités et les objectifs de l'établissement (Recommandation ANESM « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », novembre 2009). | | | |
| R8 | Remarque N° 8 : en n'abordant pas ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM qui préconise "que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au | Recommandation n°7 : Aborder le sujet de la prévention de la maltraitance au sein du CVS. | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------|---|
| | sein du conseil de la vie sociale...." (Recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008). | | | |
| R9 | Remarque N° 9 : en ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, signalements ou évènement indésirables formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM 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 « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008). | Recommandation n°8 : Mettre en place un dispositif formalisé de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, signalements et EI. | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------------|--|
| R10 | Remarque n°10 : l'absence d'exploitation des fiches de signalement des événements indésirables au sein de l'établissement ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques. | | | |
| R11 | Remarque n° 11 : Il n'existe pas de procédures formalisées relatives à la gestion et au suivi des réclamations orales et écrites, ce qui ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques | Recommandation n°9 : Formaliser une procédure permettant la gestion et le suivi des réclamations écrites et orales. | 3 mois | |
| R12 | Remarque n°12 : l'absence de formalisation des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandations ANESM décembre 2008). | Recommandation n°10 : Formaliser les missions et les responsabilités de chaque professionnel au sein de la structure. | 6 mois | |
| R13 | Remarque n°13 : en ne reproduisant pas les bonnes pratiques, en présentant des conduites à tenir différentes, en induisant des glissements de tâches, des protocoles en vigueur dans l'établissement génèrent des | Recommandation n°11 : Revoir les protocoles en vigueur afin de préciser les bonnes pratiques et les conduites à tenir tout en évitant les glissements de tâches entre les différents | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| | risques pour les résidents et les agents, au lieu de constituer un outil de gestion du risque en EHPAD. | professionnels. | | |
| R14 | Remarque n°14 : l'absence de plan de formation ne permet pas à la mission de s'assurer que tous les professionnels sont formés à l'évolution des publics, aux nouvelles problématiques rencontrées, notamment à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles neurodégénératifs (Recommandations HAS : Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Ehpad – Mars 2018) | Recommandation n°12 : Etablir un plan de formation conforme. | 6 mois | |
| R15 | Remarque n°15 : l'absence de volet relatif à l'amélioration de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance dans le plan de formation de l'établissement n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 | | | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|--|------------------------|---|
| | mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. | | | |
| R16 | Remarque n°16 : l'absence de mise en place d'un dispositif formalisé d'analyse des pratiques, en complément d'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, est contraire aux recommandations de bonnes pratiques (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). | Recommandation n°13 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques et mener une réflexion sur les pratiques quotidiennes. | 6 mois | |
| R17 | Remarque n°17 : le défaut de document formalisant la procédure d'admission ne permet pas d'en avoir une appréciation objective au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, notamment au regard de l'accompagnement de la décision, | Recommandation n°14 : Etablir une procédure d'admission mettant en exergue la recherche et le recueil du consentement de l'utilisateur. | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| | de l'information donnée sur les droits des usagers, des préconisations en matière d'information, recherche et recueil du consentement du futur résident. Il ne permet pas de s'assurer de la recherche et du recueil du consentement de l'utilisateur avant son entrée au sein de la structure. | | | |
| R19 | Remarque N° 19: l'absence d'évaluation annuelle du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins (ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé - décembre 2008) - « Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) - l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012 ». | <u>Cf Ecart n°19</u> | | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| R18 | Remarque n°18 : en ne disposant pas de la formalisation d'un projet d'accompagnement personnalisé pour tous les usagers, l'établissement ne prend pas en considération la garantie d'un accompagnement individualisé dans le respect des habitudes de vie et des souhaits du résident (page 5 - le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement volet EHPAD - ANESM - 2018). | Recommandation n° 15: S'assurer que tous les usagers disposent d'un PAP formalisé et révisé au moins une fois par an. S'assurer que les PAP mettent en exergue le respect des habitudes de vie et rythmes individuels des usagers. | 6 mois | |
| R21 | Remarque n°21 : l'absence de projet d'accompagnement personnalisé mettant en perspective le respect des habitudes et rythmes individuels et les désirs des résidents avec les rythmes de vie collective ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement Décembre 2010). | | | |
| R20 | Remarque n°20 : l'absence de formalisation des transmissions et son organisation ne permet pas d'assurer la circulation optimale | Recommandation n°16 : Mettre en place une organisation garantissant une formalisation et une organisation | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|---|
| | des informations et ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « afin de ne pas mettre en péril la fiabilité de l'accompagnement des usagers, la mise en place de procédures de transmission d'information rigoureuses est recommandée, sous une forme à la fois orale et écrite ... » (ANESM : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008). | efficace des transmissions. | | |
| R22 | Remarque n°22 : l'absence de réévaluation systématique des contentions et la méconnaissance du protocole par l'ensemble du personnel soignant ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM d'octobre 2000 « évaluations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ». | Recommandation n°17 : Mettre en place une organisation et une traçabilité permettant la réévaluation systématique des contentions. S'assurer de l'appropriation par les professionnels du protocole concerné. | 3 mois | |
| R24 | Remarque n°24 : En ne respectant pas une amplitude horaire du jeûne nocturne inférieure à 12h, l'établissement ne répond pas | Recommandation n°18 : Mettre en place une organisation permettant d'assurer et de tracer une collation | 3 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|---|------------------------|---|
| | aux recommandations de l'HAS (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée -2007) ce qui est susceptible d'accentuer le risque de dénutrition de la personne âgée.) | nocturne pour les résidents. | | |
| R26 | Remarque n°26 : l'absence d'un diététicien aux réunions de la commission restauration et d'un médecin coordonnateur au sein de l'établissement ne permet pas une évaluation complète de la qualité nutritionnelle des repas et présente un risque d'arrêt de l'évaluation de l'état nutritionnel des résidents. | Recommandation n°19 : Mettre en place une organisation permettant la participation d'un diététicien et du médecin coordonnateur aux commissions de restauration. Réunir la commission de façon régulière et effectuer des CR diffusés systématiquement. t. | 6 mois | |
| R27 | Remarque n°27 : contrairement à ce qui est présenté dans les documents remis aux résidents, la commission restauration n'est pas réunie à un rythme régulier ; par ailleurs, le défaut de compte-rendu (CR) systématique et d'affichage le cas échéant ne permettent ni aux professionnels ni aux résidents d'être informés des échanges et éventuelles | | | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|---|---|------------------------|---|
| | décisions prises dans le cadre de cette instance. | | | |
| R28 | Remarque n°28 : en l'absence de l'encadrement et du médecin coordonnateur aux transmissions relatives au suivi médical et paramédical régulier des résidents, l'EHPAD n'offre pas les conditions optimales de circulation de l'information. | Recommandation n°20 : Mettre en place une organisation permettant la présence de personnel encadrant/du médecin coordonnateur aux temps de transmissions | 3 mois | |
| R29 | Remarque n°29 : en l'absence de connaissance et d'appropriation des protocoles par les personnels, les modalités d'une prise en charge sécurisée et de qualité de la douleur ne sont pas garanties. En ne s'assurant pas de leur application, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM (Recommandation ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008). | Recommandation n°21 : Travailler sur l'appropriation par les professionnels de la structure des protocoles (notamment de prise en compte de la douleur). Veiller à ce que l'établissement s'approprie les protocoles du siège et les adapte à ses spécificités. | 6 mois | |

| Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection | | Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques | Délai de mise en œuvre | Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures) |
|---|--|--|------------------------|--|
| R30 | Remarque n°30 : les protocoles ne sont pas déclinés spécifiquement au fonctionnement de l'EHPAD Maison St Joseph. | | | |
| R31 | Remarque n°31 : le défaut d'organisation formalisée de la prise en charge des soins palliatifs n'est pas de nature à garantir aux résidents et à leurs familles un accompagnement adapté et de qualité. | Recommandation n°22 : Revoir l'organisation et la formalisation de la prise en charge palliative. | 3 mois | |
| R32 | Remarque n°32 : aucune convention de partenariat n'est établie avec des établissements médico-sociaux et sociaux. | Recommandation n°23 : Travailler les partenariats et établir avec des établissements médico-sociaux et sociaux des conventions. | 6 mois | |