

Le directeur général

Lille, le 28 FEV. 2023

Mission n° 2022\_HDF\_00165

**LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION**

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection 2022, j'ai décidé de diligenter une inspection inopinée au sein de l'EHPAD Les Hortensias à Saint-Hilaire-lez-Cambrai en application des articles L 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier si :

- les conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD présentent des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des résidents ou le respect de leurs droits ;
- un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance existe et répond aux obligations réglementaires.

Cette inspection a été réalisée le 26 juillet 2022.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 27 décembre 2022. Pour mémoire, les principaux constats portaient notamment sur :

- **la sécurité des résidents** : absence de sécurisation de certains accès de l'EHPAD (porte d'entrée, portail), dysfonctionnement du système d'appels malades qui n'est pas toujours adapté au profil des résidents accueillis, intervention ponctuelle du personnel soignant de nuit au sein de la résidence autonomie, etc. ;
- **la gouvernance de l'établissement** : absence de formalisation des missions du directeur ; absence de médecin coordonnateur, continuité de la fonction de direction non garantie, etc. ;
- **les ressources humaines** : gestion des remplacements non formalisée, absence de formation et de sensibilisation internes organisées de manière régulière, etc. ;

Monsieur Maurice DEFAUX  
Président du SIVOM d'Avesnes-lez-Aubert  
Rue du 19 mars 1962  
59292 SAINT-HILAIRE-LEZ-CAMBRAI

- **la prise en charge des résidents** : manque de formalisation, de révision et d'appropriation des protocoles relatifs aux prises en charge spécifiques, absence de projet personnalisé, manque de sécurisation du chariot d'urgence, etc. ;
- **la gestion des événements indésirables** : manque de traçabilité des réclamations, manque d'appropriation par les personnels des protocoles internes et externes de signalement des événements indésirables.

En l'absence d'observations orales et écrites de la part du directeur de l'établissement dans les délais impartis, la procédure contradictoire est désormais close.

Au regard de ce constat qui confirme la défaillance du pilotage de l'établissement relevée par la mission d'inspection, et afin de s'assurer du respect des dispositions de l'article L.311-3 2° du CASF en matière notamment de sécurité, je vous enjoins, en application de l'article L.313-14 du CASF, de me transmettre, **dans un délai de 7 jours** à compter de la réception du présent courrier, les éléments qui attestent de :

- la réalisation des travaux nécessaires afin de sécuriser l'établissement ;
- la mise en place un système d'appel-malade fonctionnel à tout instant et adapté aux profils des résidents accueillis ;
- la mise en place la nuit d'une surveillance continue des résidents de l'EHPAD par 2 agents qualifiés a minima ;
- la sécurisation du chariot d'urgence par un lien inviolable ;
- l'élaboration et la formalisation dans un document de l'organisation de la direction en l'absence du directeur pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas.

En l'absence de réponse aux mesures demandées dans les délais impartis, ou si celles-ci sont insuffisantes, je vous informe que je me verrai dans l'obligation de prendre les mesures administratives nécessaires pour garantir le fonctionnement de l'EHPAD et pourrai aller jusqu'à prononcer une astreinte journalière et l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation, et/ou désigner un administrateur provisoire, qui serait alors chargé d'accomplir, au nom de l'autorité compétente et pour le compte de l'établissement, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements constatés. Ces mesures administratives seraient alors soumises à procédure contradictoire préalable conformément à l'article L.121-1 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA).

Je vous précise également qu'une information est adressée ce jour au président du conseil de la vie sociale.


Vous trouverez par ailleurs, dans le tableau joint en annexe, la liste de l'ensemble 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 Nord de la direction de l'offre médico-sociale, en charge du suivi de votre 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.

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 26 juillet 2022 de l'EHPAD les Hortensias à SAINT-HILAIRE-LEZ-CAMBRAI**

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)
<b>E2</b>	Au jour de l'inspection, la sécurité des résidents n'est pas garantie contrairement aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF, en particulier pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, en raison notamment : - d'une porte d'entrée non sécurisée de l'intérieur ; - d'un portail non sécurisé durant la nuit.	<b>I1:</b> Réaliser les travaux nécessaires afin de sécuriser l'établissement	<b>7 jours</b>	
<b>E3</b>	Le respect de la sécurité des résidents prévue à l'article L.311-3 1° n'est pas garanti au jour de l'inspection en raison: - du dysfonctionnement du système d'appel-malades ; -de l'intervention ponctuelle du personnel soignant de nuit au sein de la résidence autonomie.	<b>I2 :</b> - Mettre en place un système d'appel-malade fonctionnel à tout instant et adapté aux profils des résidents accueilli ; - Assurer une surveillance continue des résidents de l'EHPAD par 2 agents qualifiés a minima ;	<b>7 jours</b>	
<b>R17</b>	Le chariot d'urgence n'est pas sécurisé par un lien inviolable.	<b>I3 :</b> Sécuriser le chariot d'urgence par un lien inviolable	<b>7 jours</b>	
<b>R5</b>	La continuité de la fonction de direction n'est pas garantie en l'absence de document récent formalisant l'organisation décrite le jour de l'inspection.	<b>I4</b> Elaborer et formaliser dans un document l'organisation de la direction en l'absence du directeur pour garantir un fonctionnement optimal et pour diminuer la vulnérabilité organisationnelle en cas d'aléas	<b>7 jours</b>	
<b>E5</b>	L'établissement ne transmet pas ses EPRD et ses ERRD dans un contexte de mise en œuvre du décret n°2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	<b>P1:</b> L'établissement doit transmettre chaque année, dans les délais impartis, un EPRD et un ERRD, accompagnés des pièces réglementaires (rapport budgétaire et financier notamment).  L'EPRD 2022 ainsi que les ERRD 2020 et 2021 doivent être présentés aux autorités <u>sans délai</u>	<b>Immédiat</b>	
<b>E4</b>	La mission d'inspection constate l'absence de délégation précisant par écrit, dans un document unique, les missions et compétences déléguées au directeur, contrairement aux dispositions de l'article D.312-176-5 du CASF.	<b>P2 :</b> Formaliser par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation au directeur de l'établissement	<b>1 mois</b>	

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)
<b>E9</b>	L'absence de médecin coordonnateur contrevient aux dispositions de l'art. D.312-156 du CASF.	<b>P3</b> : L'établissement doit procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur, dont la quotité de travail doit être au moins égal au minimum réglementaire	<b>1 mois</b>	
<b>E10</b>	Le temps de travail du médecin coordonnateur de 0,1 ETP ne correspond pas aux modalités de l'article D312-156 du CASF.			
<b>E6</b>	<b>E6</b> : Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH. Ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'AS est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un infirmier diplômé d'Etat.	<b>P4</b> : Mettre fin aux glissements de tâches et procéder à l'ensemble des recrutements nécessaires pour garantir une prise en charge des résidents de qualité	<b>1 mois</b>	
<b>E7/R13</b>	<b>E7</b> : Contrairement à la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'EHPAD.  <b>R13</b> : La mission d'inspection constate l'absence de	<b>P5</b> : Mettre en place un plan de formation qui comprendra notamment, et pour l'ensemble du personnel, des formations relatives à la prévention contre les maltraitements et la promotion de la bientraitance	<b>1 mois</b>	

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)
	formation et de sensibilisation internes organisées de manière régulière au sein de l'établissement.			
<b>E13</b>	Dans la mesure où la collation est « proposée » aux résidents et non prise systématiquement, le temps de jeûne séparant le repas du soir (18h) et le petit déjeuner (à partir de 7h15) est parfois supérieur à 12h, contrairement aux dispositions du décret du 30 décembre 2015.	<b>P6</b> : Proposer aux résidents une collation nocturne de manière systématique	<b>1 mois</b>	
<b>E1</b>	Le registre des personnes accueillies, seul document opposable pour s'assurer du respect de la capacité autorisée, n'est pas en place au sein de l'établissement contrairement aux dispositions des articles L.331-2 et R.331-5 du CASF.	<b>P7</b> : Mettre en place un registre des personnes accueillies	<b>1 mois</b>	
<b>E12</b>	L'existence de contentions sans protocolisation ne permet pas de garantir la sécurité des prises en charge contrairement aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	<b>P8</b> : Protocoliser l'usage de la contention	<b>1 mois</b>	
<b>E14/R31</b>	<b>E14</b> : Au jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement mis à jour et validé par les instances, contrairement aux dispositions des articles L.311-8 et D.311-38 du CASF, ainsi qu'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 <b>R31</b> : L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu actualisé.	<b>P9</b> : Réviser le projet d'établissement, incluant le plan bleu, et le présenter au CVS	<b>6 mois</b>	



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)
<b>E15</b>	Au jour de l'inspection, l'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement mis à jour et validé par les instances (article L311-7 du CASF). Par ailleurs, ce règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement contrairement aux dispositions des articles R.311-33 et R.311-34 du CASF.	<b>P10</b> : Réviser le règlement de fonctionnement et le présenter au CVS. Afficher le règlement dans les locaux de l'établissement dès sa validation.	<b>6 mois</b>	
<b>E16 /E18</b>	<b>E16</b> : Au jour de l'inspection, l'établissement a remis des contrats de séjour non actualisés annuellement, contrairement aux dispositions de l'article D.311 du CASF. Par ailleurs, un des contrats de séjour a été signé pour une durée déterminée de 14 jours en mars 2020 et n'a pas été modifié depuis, en contravention avec l'article D.311 du CASF. <b>E18</b> : Les contrats de séjour ne mentionnent pas les modalités de rétractation prévues par l'article D.311 du CASF	<b>P11</b> : Mettre à jour les contrats de séjour et les actualiser selon les modalités réglementaires afin qu'ils couvrent la durée effective des séjours. les modalités de rétractation devront être clairement spécifiées	<b>6 mois</b>	
<b>E19/R32</b>	<b>E19</b> : Au jour de l'inspection, l'établissement a remis un livret d'accueil qui contrevient aux dispositions de l'instruction DGAS/2A no 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. <b>R32</b> : Le livret d'accueil ne contient pas en annexe la circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du CASF	<b>P12</b> : Mettre à jour le livret d'accueil	<b>6 mois</b>	
<b>E8</b>	Le soutien psychologique des équipes n'est pas mis en place, ce qui ne répond pas aux dispositions de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004.	<b>P13</b> : L'équipe de direction doit mettre en place le soutien psychologique nécessaire pour les équipes pour leur garantir des conditions de travail optimales, et ce faisant prévenir des situations de travail dégradées qui pourraient avoir une incidence sur la qualité des prises en charge	<b>6 mois</b>	

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)
<b>E11/ E17</b>	<b>E11</b> : Chaque résident ne dispose pas d'un projet personnalisé, ce qui ne respecte pas les dispositions des articles L.311-3 3° et D312-155-01 3° du CASF <b>E17</b> : Tous les contrats de séjour ne sont pas accompagnés par des projets personnalisés, contrairement aux dispositions des articles L311-3 3°, D.311 du CASF et D312-155-0 I-3° du CASF.	<b>P14</b> : L'établissement doit formaliser, avec le résident ou son représentant légal, des projets personnalisés pour garantir une prise en charge de qualité et répondre aux exigences réglementaires	<b>6 mois</b>	
<b>E20</b>	Le fonctionnement du CVS contrevient aux dispositions des articles D.311-4, D.311-5, D.311-9, D.311-10, D.311-12, D.311-13, D.311-16, D.311-17, D.311-19, D.311-20, D.311-29 du CASF.	<b>P15</b> : Assurer un fonctionnement du CVS conforme à la réglementation : - Réviser la composition du CVS (nouveaux textes en vigueur au 01/01/23) - Réunir le CVS a minima 3 fois par an, - Rédiger un règlement intérieur, - Faire signer les relevés de conclusions des séances par le Président du CVS et les afficher au sein de l'établissement	<b>6 mois</b>	
<b>R1 /R3</b>	<b>R1</b> : La mise à disposition de solution hydro alcoolique n'est pas compatible avec la présence de résidents présentant des troubles du comportement. <b>R3</b> : La mission d'inspection constate - que le système d'appel malade en place n'est pas toujours adapté au profil des personnes âgées dépendantes ; - que les délais de réponse aux appels sont trop longs.	<b>R1</b> : - Améliorer le temps de réponse aux appels-malade - Supprimer les bouteilles de solution hydro alcoolique au sein de l'UVA	<b>1 mois</b>	
<b>R2</b>	Le stockage du chariot de linge propre et le chariot de linge sale dans une même pièce n'est pas en adéquation avec les règles de bonnes pratiques de gestion du linge	<b>R2</b> : Optimiser la gestion des circuits du linge pour éviter le stockage de linge propre et de linge sale dans une même pièce	<b>1 mois</b>	
<b>R18</b>	Les bouteilles d'oxygène ne sont pas arrimées au mur en position verticale.	<b>R3</b> : Sécuriser les bouteilles d'oxygène en les arrimant au mur en position verticale	<b>1 mois</b>	



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)
<b>R24</b>	Les traitements ne sont pas tous identifiables au moment de l'administration.	<b>R4</b> : Fiabiliser le circuit de stockage, de préparation et de distribution du médicament pour garantir la sécurité des résidents	<b>1 mois</b>	
<b>R26</b>	Les modalités de gestion des stupéfiants ne sont pas notifiées dans la procédure circuit du médicament.	<b>R5</b> : Formaliser les modalités de gestion des stupéfiants dans la procédure relative au circuit du médicament	<b>1 mois</b>	
<b>R35</b>	L'établissement ne distingue pas les activités de la résidence autonomie et de l'EHPAD dans son suivi des événements indésirables traités en interne.	<b>R6</b> : Réaliser un suivi distinct des EI/EIG de l'EHPAD et de la résidence-autonomie	<b>1 mois</b>	
<b>R36</b>	Les réclamations émises par les résidents ou leur famille et les solutions apportées par l'établissement ne sont pas tracées.	<b>R7</b> : Mettre en place un circuit formalisé et accessible des réclamations des familles et des réponses apportées	<b>1 mois</b>	
<b>R16</b>	Il n'existe ni de protocole d'appel médical en cas d'urgence, ni de logigramme de conduite à tenir selon l'évaluation de l'urgence, ni de protocole d'hospitalisation.	<b>R8</b> : Formaliser un protocole d'appel médical pour les urgences ainsi qu'un logigramme de conduite à tenir selon l'évaluation de l'urgence. Formaliser un protocole d'hospitalisation.	<b>1 mois</b>	
<b>R4</b>	L'absence de réunions formelles de direction ne permet pas d'assurer efficacement la conduite des projets à mettre en œuvre au sein de l'établissement.	<b>R9</b> : Mettre en place des réunions de direction afin de permettre d'enclencher une dynamique constructive et de dialogue pour mettre en œuvre le projet d'établissement de façon concrète	<b>3 mois</b>	
<b>R6</b>	L'absence d'organigramme conforme à la réalité ne permet pas aux professionnels d'appréhender clairement le positionnement et les missions des professionnels de l'établissement	<b>R10</b> : Formaliser, et mettre régulièrement à jour, un organigramme précis qui permettra d'appréhender clairement les positionnements et missions au sein de l'établissement	<b>3 mois</b>	
<b>R7</b>	Le contrôle de l'activité de nuit n'est pas organisé.	<b>R11</b> : Mettre en place un contrôle de l'activité de nuit qui permettra tout à la fois d'améliorer les pratiques, de diminuer les risques pour les résidents et d'inclure de façon plus importante les équipes de nuit dans le travail collectif au service des résidents	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R8</b>	Les modalités de recrutement ne sont pas formalisées.	<b>R12</b> : Formaliser un processus de recrutement, efficient, transparent qui réponde aux impératifs réglementaires et de bonnes pratiques pour assurer une prise en charge de qualité	<b>3 mois</b>	
<b>R9</b>	Les extraits de casier judiciaire ne sont pas régulièrement renouvelés.	<b>R13</b> : Formaliser et mettre en œuvre un processus de contrôle régulier des casiers judiciaires des équipes	<b>3 mois</b>	
<b>R10</b>	La gestion des remplacements n'est pas formalisée.	<b>R14</b> : Formaliser un processus des remplacements pour éviter des vacances de poste dommageables pour les prises en charge des résidents	<b>3 mois</b>	
<b>R11</b>	Les fiches de poste et les fiches de tâches ne sont pas mises à jour.	<b>R15</b> : Mettre régulièrement à jour les fiches de postes et de tâches	<b>3 mois</b>	
<b>R12</b>	Le contrat de travail d'une IDE n'est pas à jour.	<b>R16</b> : Tenir à jour les contrats de travail, éviter les confusions de tâches en fonction des statuts, des diplômes et des compétences	<b>3 mois</b>	
<b>R14</b>	Les plans de soins ne font pas l'objet d'une révision régulière.	<b>R17</b> : Réviser régulièrement les plans de soin	<b>3 mois</b>	
<b>R15</b>	La tenue du dossier informatisé n'est pas satisfaisante, les items n'étant pas systématiquement renseignés.	<b>R18</b> : Former l'ensemble des agents concernés à la bonne utilisation et au fonctionnement des dossiers informatisés, formaliser les démarches de remplissage des dossiers informatisés et mettre en place une vérification régulière de ces dossiers	<b>3 mois</b>	
<b>R19</b>	Il n'existe aucun protocole relatif à la conduite à tenir devant une chute ou à la prévention du risque de chute	<b>R19</b> : Formaliser un protocole « chute » pour garantir la prévention et la prise en charge des chutes	<b>3 mois</b>	
<b>R20</b>	Le protocole sur les conduites à tenir en cas d'agitation ne fait pas l'objet d'une appropriation par les professionnels.	<b>R20</b> : Sensibiliser les équipes au protocole sur les conduites à tenir en cas d'agitation en le diffusant en interne et en prévoyant des réunions d'équipe sur le sujet, et en mettant en place des formations	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R21</b>	Il n'existe pas de protocole relatif à la prévention et prise en charge de la dénutrition.	<b>R21</b> : Formaliser un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition et prévoir un plan de formation des équipes sur ce sujet	<b>3 mois</b>	
<b>R22</b>	Il n'existe pas de protocole relatif aux changes et à prévention de l'incontinence.	<b>R22</b> : Formaliser un protocole sur les changes et la prévention de l'incontinence et le valoriser auprès des équipes pour les sensibiliser et les former	<b>3 mois</b>	
<b>R23</b>	Le protocole relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie n'est pas signé et n'est pas connu des professionnels.	<b>R23</b> : Mettre à jour signer et diffuser aux équipes le protocole relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie	<b>3 mois</b>	
<b>R25</b>	Le circuit du médicament daté de 2013 transmis à la mission est incomplet et mentionne des professionnels qui ne sont plus en poste.	<b>R24</b> : Mettre à jour le circuit du médicament	<b>3 mois</b>	
<b>R27</b>	La gestion du risque infectieux n'est pas formalisée.	<b>R25</b> : Formaliser un protocole de gestion du risque infectieux	<b>3 mois</b>	
<b>R28</b>	La mission d'inspection constate : - l'absence d'un projet d'animation formalisé ; - un manque de planification d'animations en UVA.	<b>R26</b> : Rédiger le projet d'animation qui doit comprendre un volet spécifique pour les animations en UVA	<b>3 mois</b>	
<b>R29</b>	Au jour de l'inspection, les réunions de service ne sont pas programmées, ce qui ne permet pas d'organiser des échanges entre les professionnels et de partager des pratiques.	<b>R27</b> : Mettre en place et animer régulièrement des réunions de service pour faire vivre les échanges entre les professionnels, Rédiger des comptes rendus	<b>3 mois</b>	
<b>R30</b>	L'organisation actuelle des transmissions ne permet pas une circulation optimale des informations et ne facilite ni la continuité des prises en charge, ni leur individualisation.	<b>R28</b> : Améliorer les circuits oraux et écrits des transmissions pour garantir une continuité des prises en charge et l'individualisation des parcours tout en garantissant la sécurité des résidents	<b>3 mois</b>	

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)
<b>R33</b>	En l'absence de protocoles formalisés mis à disposition des équipes et d'appropriation des protocoles et des documents institutionnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.	<b>R29</b> : Rédiger un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance en veillant à sensibiliser régulièrement les équipes sur son contenu	<b>3 mois</b>	
<b>R34</b>	Le protocole de gestion des événements indésirables n'est pas parfaitement connu du personnel ; par ailleurs ce protocole ne précise pas les modalités de formalisation des signalements internes.	<b>R30</b> : - Actualiser le protocole en précisant les modalités de signalement interne - Former l'ensemble du personnel aux signalements des EI/EIG.	<b>3 mois</b>	
<b>R37</b>	L'absence d'appropriation du protocole de signalement auprès des autorités administratives et judiciaires rend difficile son bon usage au sein de l'établissement. Par ailleurs : - bien que les obligations de signalement au Procureur soient formalisées dans un protocole, celles-ci ne sont pas connues des professionnels de l'établissement ; - les critères de signalement au Procureur ne sont pas clairement explicités.	<b>R31</b> : Sensibiliser le personnel aux modalités de saisine des autorités de tutelles administratives et/ou des autorités judiciaires pour les EI/EIG	<b>3 mois</b>	