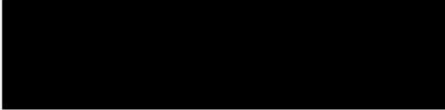


Réf : 2024-D3SE-SDIC-LC
Mission n°2023-HDF-00222



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et le président du conseil

départemental à

Monsieur le directeur
Centre hospitalier de Château-Thierry
Route de Verdilly
BP 179
02405 Château-Thierry CEDEX

LETTRE RECOMMANDEE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives à la suite de l'inspection des 27 et 28 juillet 2023 et à la lettre de mesures urgentes du 7 août 2023 de l'EHPAD Résidence Bellevue sis route de Verdilly à Château-Thierry (02400).

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2023, l'EHPAD résidence Bellevue de Château-Thierry a fait l'objet d'une inspection inopinée les 27 et 28 juillet 2023, en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles, afin de vérifier :

- que les conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits ;
- qu'un dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance y existe et est de nature à répondre aux obligations réglementaires.

A l'issue de cette inspection, des dysfonctionnements majeurs susceptibles de compromettre la sécurité des résidents accueillis au regard des dispositions de l'article L.311-3 du CASF ont été constatés.

Ainsi, par lettre conjointe de mesures urgentes en date du 3 août 2023, nous vous avons demandé de prendre les mesures suivantes pour y remédier :

- rendre opérationnel le dispositif d'appel malade,
- sécuriser les portes d'accès et les espaces sources de chutes pour les résidents.
- transmettre un programme précis de travaux avec un échéancier afin de remédier aux dysfonctionnements observés et garantir les conditions de sécurité et de qualité relatives à la prise en charge de vos résidents et en particulier :

- espaces rafraichis suffisants et adaptés,
- système d'appel d'urgence pour l'ensemble du personnel de nuit
- mesures permettant de garantir la sécurité du personnel et des résidents et de limiter en particulier le risque d'intrusion la nuit

Le 14 aout 2023 puis le 9 février 2024, vous nous avez fait part des mesures prises en réponse à la lettre de mesures urgentes.

Il ressort de l'analyse effectuée que vous avez mis en œuvre ou envisagé des actions pour y remédier, sans toutefois nous apporter l'ensemble des justificatifs s'y rapportant. Nous vous demandons donc de nous transmettre dans un délai de 15 jours les pièces justificatives attestant :

- des démarches effectuées pour régler et suivre les problématiques de fonctionnement des appels malades ;
- des modalités d'évaluation des temps de réponses aux appels (document de présentation de l'analyse) ;
- de l'amélioration de l'éclairage des parties communes ;
- des rénovations qui restaient à engager ;
- de la signalétique et l'accessibilité (projet global sur l'établissement) ;
- de la mise en conformité avec les normes d'accessibilité (ascenseurs adaptés aux malvoyants, signalétique pour malvoyants et malentendants, accès aménagés pour personnes à mobilité réduite, ...) ;
- de la délimitation d'un espace extérieur fumeur ;
- des modalités de rappel et de vérification effectuées auprès du personnel concernant le verrouillage des locaux techniques et la gestion du risque.

Dans cette attente une prescription est formulée pour chacune des mesures correspondantes.

Concernant le rapport et les mesures correctives envisagées qui vous avaient été transmis le 7 décembre 2023, vous nous avez fait part le 9 février 2024 de vos observations.

A l'issue de la procédure contradictoire et au regard de l'ensemble des éléments, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport.

Vous trouverez ci-joint les mesures correctives, qui closent la procédure contradictoire.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour l'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial de l'Aisne de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département de l'Aisne, par le chargé de mission contrôle, évaluation et efficience des ESMS de la direction de l'Autonomie et de la MDPH.

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

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites

d'inspection.

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.



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

Le président du conseil départemental

Nicolas FRICOTEAUX

Pièce jointe : le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.



Mesures correctives à mettre en œuvre

Inspection de l'EHPAD RESIDENCE BELLEVUE à CHATEAU-THIERRY des 27et 28 juillet 2023.

Au total, l'établissement comptabilise 24 écarts, 36 remarques auxquelles sont associées, 22 prescriptions et 36 recommandations qui se répartissent comme suit :

- **Sur la gouvernance : 8 écarts, 14 remarques associés à 8 prescriptions et 14 recommandations**
- **Sur les fonctions supports : 11 écarts, 7 remarques associés à 11 prescriptions et 7 recommandations**
- **Sur la prise en charge : 5 écarts, 14 remarques associés à 5 prescriptions et 14 recommandations**
- **Sur les relations extérieures : 1 remarque associée à 1 recommandation**

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
E 1	L'absence de clarté sur les effectifs et les comptes de l'EHPAD ne permet pas de garantir le respect des dispositions de l'article R314166 du CASF.	P 1	Assurer la sincérité des comptes et effectifs de l'établissement.	3 mois	

E 2	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement complet, en ne l'affichant pas, et en ne le joignant pas au livret d'accueil, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-7 du CASF et R31134 du CASF.	P 2	<p>a) Compléter le règlement de fonctionnement conformément à la réglementation en vigueur : Mettre à jour les coordonnées des autorités tutélaires, intégrer les obligations de signalement des faits de maltraitance, le circuit de signalement interne, le rôle et l'existence du CVS, le soumettre aux instances représentatives</p> <p>b) Afficher l'ensemble du règlement de fonctionnement au sein de chaque unité.</p>	3 mois	
E 3	En ne disposant pas d'un contrat de séjour complet, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L.311-4 du CASF. En ne disposant pas d'un formulaire de désignation de la personne de confiance, le contrat de séjour contrevient aux dispositions de l'article L311-5-1 du CASF.	P 3	<p>a) Intégrer un formulaire de désignation de la personne de confiance au sein du contrat de séjour</p> <p>b) Mettre à jour les informations rédigées dans le contrat de séjour (adresses des autorités tutélaires et nom du nouveau directeur).</p> <p>c) Intégrer dans le contrat de séjour les nouvelles dispositions s'imposant aux Ehpad depuis le 01/01/2023 en matière d'accès à internet et de sa facturation.</p>	3 mois	

E 4	L'établissement ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-8 et D311-38 du CASF. L'établissement ne dispose pas d'un projet de soins inclus dans le projet d'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	P 4	<p>a) Mettre à jour le projet d'établissement, incluant le projet de soins, sur un mode participatif, s'assurer de sa conformité à l'article L. 311-8 du CASF et le soumettre aux instances représentatives.</p> <p>b) Ce projet d'établissement spécifique à L'EHPAD devra en particulier :</p> <p>c) Définir les objectifs, en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de qualité des prestations,</p> <p>d) Clarifier le positionnement institutionnel de l'établissement ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement, le tout en s'inscrivant dans une démarche participative à visée intégratrice, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ».</p>	3mois	
E 5	En l'absence de CVS depuis le départ de l'ancienne direction de l'EHPAD, et en l'absence d'autres formes de participation (groupe d'expression, consultations ponctuelles, budgets participatifs, ...), l'établissement contrevient à l'art. L311-6 du CASF. Pour rappel, le CVS a été créé par la loi 2002-2 afin de renforcer les droits des personnes accueillies et de leurs familles.	P 5	<p>a) Organiser et mettre en place un CVS conforme aux obligations de l'article L.311-6 du CASF</p> <p>b) Organiser les élections pour nommer les représentants du CVS</p> <p>c) Rédiger le règlement intérieur du CVS</p> <p>d) Réunir à nouveau le CVS avec les membres définis selon l'article D311-5 CASF, à savoir au moins deux représentants des familles accompagnées, un représentant élu des professionnels employés par l'établissement ou le service, et un représentant de l'organisme gestionnaire.</p>	3 mois	

E 6	Une absence d'accès à internet dans les chambres des résidents et dans les espaces communs a été constatée alors que cet accès fait partie des nouvelles prestations socles obligatoires en EHPAD au 1 ^{er} janvier 2023 dans le cadre du décret du 28 avril 2022 portant sur diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	P 6	Munir les chambres et espaces communs des résidents d'installations wifi permettant une connexion internet suffisante à l'utilisation d'appareils connectés permettant, entre autres, de pouvoir communiquer avec l'extérieur.	3 mois	
-----	--	-----	--	--------	--

E 7	<p>En synthèse, la mission d'inspection a ainsi constaté que la prévention de la maltraitance est insuffisamment déclinée et appropriée au sein de l'EHPAD : Il n'existe pas de dispositif permettant de repérer, d'évaluer, d'analyser et de prévenir les risques et facteurs de risques de maltraitance au sein de l'établissement (dysfonctionnements matériels, pratiques professionnelles inadaptées, comportements individuels, conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation...). L'organisation du travail et la prise en charge ne font pas l'objet d'une réflexion associant la direction et les équipes, permettant à chacun de repérer à la fois le sens de son action et sa place dans l'organisation de manière à améliorer la cohérence et la complémentarité entre les différents volets (projet de vie, projet de soins, projet d'animation.) et permettre l'ajustement de l'organisation</p> <p>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</p>	<p>P 7</p> <p>a) Organiser un dispositif de repérage, d'analyse et de prévention des risques et facteurs de risques de maltraitance</p> <p>b) Mettre en place un protocole de signalement opérationnel des faits et actes de maltraitance.</p> <p>c) Proposer chaque année à l'ensemble du personnel des formations à la prévention de la maltraitance et à la bientraitance Actualiser le livret d'accueil et le projet d'établissement et ajouter un encart relatif aux actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, et la notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance</p> <p>e) Mettre en place une réflexion collective sur l'organisation du travail et la prise en charge à l'occasion de la démarche d'élaboration du projet d'établissement et des démarches relatives à la certification</p> <p>f) Afficher le numéro 3977 dans l'ensemble de ses unités</p> <p>g) Adresser les signalements sur l'adresse mail du conseil départemental suivante : signalpaph@aisne.fr.</p> <p>d) h) Nommer un (ou plusieurs) référent(s) bientraitance au sein de l'EHPAD ; et lui permettre d'acquérir, par la formation, les compétences et connaissances nécessaires, notamment le cadre réglementaire lié à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance, en vue de maîtriser et de connaître les outils et méthodes liées à l'exercice du rôle de référent bientraitance.</p>	3 mois	
-----	--	--	--------	--

<p>destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008). En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>critique sur les pratiques quotidiennes » missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – décembre 2008). En ne comportant pas la notice d'information mentionnée à l'article D. 311-0-4 du CASF, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D. 311-39 du même code, 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 et aux recommandations de la HAS. En ne nommant pas de référent</p>					
---	--	--	--	--	--

	bientraitance au sein de l'EHPAD, en tant que garant d'une organisation et des pratiques bienveillantes, l'établissement ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, ex-ANESM.				
E 8	<p>Il ressort de l'analyse des EIG de l'EHPAD de 2022 et 2023, qu'une majorité de réponses aux signalements effectués par les équipes n'est pas satisfaisante en termes de délai d'intervention et parfois de type d'intervention, ce qui ne permet pas de remédier aux dysfonctionnements, en témoignent plusieurs problématiques qui perdurent depuis de nombreux mois. (DECT en panne Absence de zapettes...)</p> <p>L'analyse de ces EIG confirme les dysfonctionnements observés par ailleurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> manque de réactivité, coordination insuffisante entre services et entre EHPAD et CH, difficultés de traçabilité des soins, multiplicité de sources de danger pour les résidents, sous équipement matériel, processus d'analyse et retour peu opérationnel.... Les signalements et dysfonctionnements graves remontés par les équipes (absence de formation premier secours, chariot d'urgence non contrôlé, 	p 8	<p>a) Prévenir et traiter sans délai les EIG ayant un impact sur la sécurité et la santé des résidents.</p> <p>b) Assurer une réponse réactive, opérationnelle et adaptée aux signalements effectués par les équipes.</p>	15 jours	

	<p>appareil de premier secours défectueux, matériel de soin non adapté à la population prise en charge, panne du matériel, non remplacement de matériel abimé) n'ont pas abouti à des changements de pratiques professionnelles ou des solutions réelles et réactives pour améliorer la prise en charge des résidents, alors même que certains dysfonctionnements signalés constituaient des risques pour la santé et la sécurité des résidents.</p>				
E 18	<p>Les locaux et les équipements ne permettent pas d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge et ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.</p> <p>Par de multiples aspects, l'aménagement des locaux présente un danger pour les résidents, notamment chutes</p>		<ul style="list-style-type: none"> a) Eliminer les risques de chutes et accidents au sein du bâtiment b) Désencombrer les couloirs c) Effectuer les travaux nécessaires afin de permettre la fermeture et l'ouverture des portes et fenêtres donnant sur l'extérieur pour assurer la sécurité nécessaire aux résidents et agir sur l'isolation du bâti d) Renforcer éclairage et signalisation etc. e) Sécuriser les différents accès au bâtiment et aux étages, les locaux non dédiés aux résidents, les espaces et locaux dédiés aux résidents dont les espaces extérieurs et les jardins, les issues de secours. f) Sécuriser et aménager les équipements dédiés aux résidents y compris les espaces extérieurs g) Poursuivre la rénovation des chambres et locaux des étages de la partie ancienne du bâtiment (nombreuses chambres rafraîchir, balcons des chambres sales) afin de rendre les chambres et les locaux à vivre plus fonctionnels et plus chaleureux : <p>Rénovation des revêtements de sols et des peintures des couloirs, coin cuisine, petits salons, salles à manger</p>	15 jours	

			<p>h) Améliorer l'éclairage et la signalétique</p> <p>i) Mettre l'établissement en conformité avec les normes d'accessibilité (ascenseurs adaptés aux malvoyants, signalétique pour malvoyants et malentendants, accès aménagés pour personnes à mobilité réduite, ...).</p> <p>j) Délimiter un espace extérieur fumeur au bâtiment C.</p> <p>f) Veiller à verrouiller les portes des locaux techniques présentant un danger pour la sécurité des résidents qui pourraient y accéder. Sensibiliser tous les professionnels à la gestion du risque.</p>		
E 19	La mission a constaté, lors de sa visite que les dispositifs d'appel n'étaient pas en état de fonctionnement depuis plusieurs mois sans que ne soient mises en œuvre des démarches efficaces permettant de régler les problèmes ; ils ne sont donc pas adaptés à la population accueillie.		<p>a) Rendre opérationnels les dispositifs d'appel malades</p> <p>b) Mettre en place un système permettant d'évaluer le temps de réponse aux appels.</p>	15 jours	
R 1	Il n'est pas retrouvé de prise en charge spécifique des résidents à profil suicidaire.	R 1	Formaliser au niveau institutionnel et individuel avec les moyens adéquats, la prévention des risques suicidaires.	3 mois	

R 2	Il n'est pas formalisé au niveau institutionnel et individuel de prise en charge des résidents à profil psychiatrique et /ou présentant des troubles du comportement.	R 2	Organiser et formaliser au niveau institutionnel (projet de soins, protocoles) et individuel (PSI, bilans d'entrée, suivi psychologique et psychiatrique,) la prise en charge des résidents à profil psychiatrique, notamment provenant des EPSM et ceux présentant des troubles du comportement.	3 mois	
R 3	La capacité financée sur la dotation soin est identique à la capacité autorisée alors que la capacité installée est bien inférieure (187/231).	R 3	Engager une réflexion globale sur la capacité autorisée et installée actuelle avec les autorités de tarification en tenant compte à la fois : - des conditions d'installation, de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD, - de son taux d'occupation : 70 % en janvier 2022, - des perspectives d'améliorations envisagées et envisageables, - des besoins du territoire du sud de l'Aisne, de la nécessité de conserver des places accessibles aux populations à ressources modestes habilitées à l'aide sociale.	3 mois	
R 4	L'arrivée des internes au sein de l'EHPAD risque de générer des problèmes de cohabitation, de perturbation des résidents ainsi que des risques pour la sécurité au regard des problématiques déjà existantes en matière d'accessibilité des locaux. (Voir paragraphe sur les locaux).	R 4	A minima engager une réflexion sur le projet d'installation des internes avec les autorités de tarification et les personnels du CH et de l'EHPAD concernés au regard des impératifs de sécurité et de sérénité de prise en charge des résidents et en associant le directeur délégué de l'EHPAD et selon le résultat de la réflexion reconsidérer le projet.	immédiat	

R 5	La mission a constaté également la présence d'un personnel extérieur à l'EHPAD mais occupant un de ses bureaux. Selon plusieurs entretiens, a été constatée par le personnel, l'utilisation de chambres par une ou des personnes extérieures à l'EHPAD, sans que le personnel de l'EHPAD soit informé, ce qui génère un sentiment d'insécurité pour le personnel de nuit en particulier.	R 5	Cesser les pratiques d'hébergement de personnes étrangères à l'EHPAD.	Immédiat	
R 6	L'organigramme et les fiches de postes ne sont pas tous en adéquation ni entre eux ni avec le fonctionnement réel de l'EHPAD.	R 6	<p>a) Mener un travail sur la gouvernance, en statuant sur le positionnement de l'EHPAD par rapport au CH Jeanne de Navarre, afin de construire un organigramme cohérent</p> <p>b) Clarifier le rôle, les missions de l'équipe de direction ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents postes et les faire apparaître dans l'organigramme et les autres documents internes.</p> <p>c) A l'instar des autres postes à responsabilité de l'EHPAD, mettre à jour et en cohérence les fiches de poste, l'organigramme et activités, puis les faire connaître à l'ensemble des équipes concernées.</p>	6 mois	

R 7	<p>Les missions du directeur ne sont pas en cohérence avec les délégations accordées.</p> <p>En effet, la délégation permanente de signature est extrêmement limitée en matière de ressources humaines et financières de l'établissement Cette délégation n'est donc pas en conformité avec la fiche de poste du directeur, qui elle est assez conséquente puisqu'elle comprend la conduite de la gestion administrative, financière et logistique de l'établissement.</p>	R 7	Mettre en cohérence délégations et missions du directeur délégué.	3 mois	
-----	--	-----	---	--------	--

R 8	<p>Dans la réalité du fonctionnement et du contexte organisationnel et financier actuel, le directeur dispose de peu d'autonomie et de marge de manœuvre pour être réellement en capacité d'exercer ses missions de direction D'autre part, l'absence de positionnement de la gouvernance de l'EHPAD par rapport au CH Jeanne de Navarre, ne permet ni au directeur ni au cadre supérieur de santé de couvrir l'ensemble des missions et responsabilités inhérentes à leurs fonctions.</p> <p>En ne positionnant pas les missions et le rattachement de la cadre supérieure de santé sous l'autorité fonctionnelle d'un chef de pôle ou sous toute autre modalité de collaboration avec ce dernier, le poste de cadre supérieur de santé ne remplit pas les modalités d'exercice prévues au décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière, ainsi qu'à l'article L.61461- du CSP.</p>	R8	<p>a) Entamer un travail sur la gouvernance, notamment sur la collaboration entre le chef de pôle du service de court séjour gériatrique, la direction des soins et l'EHPAD du CH, afin de construire un projet de pôle en cohérence avec le projet d'établissement.</p> <p>b) Clarifier et définir rôle, missions, attributions et responsabilités du directeur délégué de l'EHPAD et du cadre supérieur de santé.</p>	3 mois	
-----	--	----	---	--------	--

R 9	De manière générale, l'organisation du pilotage en terme d'organisation et de fonctionnement n'est pas clairement établie ni connue des équipes. Il n'est également pas défini d'équipe de direction concrètement impliquée dans le management de la structure et qui participe à la continuité du service (astreintes, vérification du fonctionnement la nuit, les week-ends et jours fériés...)	R 9	a) Définir, formaliser et faire connaître aux équipes les modalités de pilotage et de direction de l'EHPAD, les modalités de continuité de la fonction de direction, l'équipe de direction concrètement impliquée dans le management de la structure (astreintes, vérification du fonctionnement la nuit, les week-ends et jours fériés...) b) Mettre en corrélation les missions, fiche de poste et délégations.	immédiat	
R 10	Si une Commission des menus existe, il apparait, selon les entretiens, qu'aucune marge de manœuvre n'existe pour faire place aux souhaits ou propositions des résidents alors même que les repas ne satisfont pas les résidents dans la majorité des cas. La mission rappelle l'importance de la nutrition (plaisir, maintien des capacités et du poids, prévention des décompensations.) pour les personnes âgées.	R10	Organiser et prendre en compte les besoins spécifiques, souhaits et propositions des résidents en matière de repas et de collation en collaboration avec le prestataire externe.	3 mois	
R 11	L'absence de mise en place d'espaces d'accueils collectifs des résidents et de leurs familles est contraire aux recommandations de l'ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 3).	R11	Mettre en place des espaces conviviaux pour les résidents, de rencontre avec les familles et des permanences d'accueil des familles aux horaires de visites.	3 mois	

R 12	Il existe peu ou pas de protocoles spécifiques à l'EHPAD et peu de déclinaisons à l'EHPAD des protocoles existants. De plus, ceux-ci sont parfois obsolètes (plus de 15 ans), incomplets sur la forme et surtout le fond avec un manque d'indications pratiques du type qui fait quoi.	R12	Elaborer, compléter, adapter et actualiser des protocoles de soins spécifiques à l'EHPAD, en associant les personnels concernés.	3 mois	
R 13	Au niveau de l'EHPAD, l'absence de retour sur l'exploitation des fiches de signalement des événements indésirables ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques de proximité. Les remontées des EIG ne sont pas effectuées auprès de la cellule signalement du Conseil départemental de l'Aisne.	R13	<ul style="list-style-type: none"> a) Compléter le protocole de déclaration et de suivi des EIG et le rendre accessible à l'ensemble du personnel dans chacune des unités pour qu'il puisse s'y référer en cas de besoin. b) Réaliser une formation pour l'ensemble des équipes sur les EIG. c) Mettre en place des groupes d'analyse de pratiques professionnelles à la suite des EIG. d) Transmettre les EIG sur la boîte mail signal-paph@aisne.fr. 	3 mois	

R 14	En ne disposant pas d'un dispositif unifié de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations 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 événements indésirables » (ANESM : « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008).	R14	<p>a) Mettre en place un dispositif opérationnel d'enregistrement et de traitement des réclamations permettant articulation et information entre les équipes du CH et de l'EHPAD,</p> <p>b) Procéder régulièrement à des analyses thématiques (hébergement, restauration, soins, médicaments, ...) à aborder en réunion de service afin d'améliorer la prise en charge,</p> <p>c) Mettre en place une traçabilité des suites données à chaque demande afin de s'assurer de la nature et de la systématisation de la réponse apportée, un suivi, une traçabilité et une analyse et un retour d'information aux équipes de l'EHPAD.</p>	3 mois	
------	---	-----	---	--------	--

E 18	<p>Les locaux et les équipements ne permettent pas d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge et ne permet pas de garantir aux résidents un cadre sécurisé conformément à l'article L. 311-3 du CASF.</p> <p>Par de multiples aspects, l'aménagement des locaux présente un danger pour les résidents, notamment chutes.</p>	<p>I 2</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Eliminer les risques de chutes et accidents au sein du bâtiment b) Désencombrer les couloirs c) Effectuer les travaux nécessaires afin de permettre la fermeture et l'ouverture des portes et fenêtres donnant sur l'extérieur pour assurer la sécurité nécessaire aux résidents et agir sur l'isolation du bâti d) Renforcer éclairage et signalisation etc. e) Sécuriser les différents accès au bâtiment et aux étages, les locaux non dédiés aux résidents, les espaces et locaux dédiés aux résidents dont les espaces extérieurs et les jardins, les issues de secours. f) Sécuriser et aménager les équipements dédiés aux résidents y compris les espaces extérieurs g) Poursuivre la rénovation des chambres et locaux des étages de la partie ancienne du bâtiment (nombreuses chambres rafraîchir, balcons des chambres sales) afin de rendre les chambres et les locaux à vivre plus fonctionnels et plus chaleureux : 	immédiat	
------	---	--	----------	--

			<p>Rénovation des revêtements de sols et des peintures des couloirs, coin cuisine, petits salons, salles à manger</p> <p>h) Améliorer l'éclairage et la signalétique</p> <p>i) Mettre l'établissement en conformité avec les normes d'accessibilité (ascenseurs adaptés aux malvoyants, signalétique pour malvoyants et malentendants, accès aménagés pour personnes à mobilité réduite, ...).</p> <p>j) Délimiter un espace extérieur fumeur au bâtiment C.</p> <p>k) Veiller à verrouiller les portes des locaux techniques présentant un danger pour la sécurité des résidents qui pourraient y accéder.</p> <p>Sensibiliser tous les professionnels à la gestion du risque.</p>		
E 19	La mission a constaté, lors de sa visite que les dispositifs d'appel n'étaient pas en état de fonctionnement depuis plusieurs mois sans que ne soient mises en œuvre des démarches efficaces permettant de régler les problèmes ; ils ne sont donc pas adaptés à la population accueillie.	I 3	<p>a) Rendre opérationnels les dispositifs d'appel malades.</p> <p>b) Mettre en place un système permettant d'évaluer le temps de réponse aux appels.</p>	15 jours	

E 9	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.	P 8	a) Compléter chaque dossier des salariés avec, le cas échéant, un extrait du bulletin de casier judiciaire, et/ou la copie du diplôme qualifiant de l'agent. b) S'assurer de la présence de ces deux documents dans le dossier des agents lors des futurs recrutements sur l'EHPAD.	3 mois	
E 10	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.				
E 11	L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	P 9	Formaliser les missions, responsabilités de chaque professionnel de l'EHPAD.	3 mois	

E 12	<p>Une indifférenciation globale des missions et attributions a été constatée avec notamment des glissements de tâches ASH /AS. Les tâches et les fonctions de certains agents ne tiennent pas compte des qualifications, diplômes ou formations et un décalage entre fiches de poste, diplôme et activité exercée a été constaté.</p> <p>L'organisation RH des soins de nursing, par manque de personnel qualifié, favorise les glissements de tâches, et en cela contrevient aux articles R 4311-3 et R 4311-4 du CSP. Les profils de poste et l'organisation mise en place au sein de l'EHPAD permettent à des agents d'exercer des missions qui ne disposent pas des qualifications requises et exigées par l'article R.4311-4 du CSP.</p>	P10	<p>a) Rédiger les fiches de postes pour l'ensemble des métiers présents sur l'établissement</p> <p>b) Adapter l'organisation du travail en fonction des compétences et des spécificités de chaque profil</p> <p>c) Organiser des plans de formation dont VAE pour qualifier les agents concernés, afin de se mettre en règle avec la réglementation et permettre ainsi la montée en compétence des agents.</p> <p>d) Analyser l'adéquation des qualifications actuelles avec les besoins réels de l'EHPAD et favoriser les montées en compétences des ASH en AS.</p>	3 mois	
E 13	<p>Compte tenu du fort taux d'absence et de remplacement de personnel d'un service vers l'autre, l'absence de formation systématique constitue un risque pour la qualité de la prise en charge et en particulier pour l'UHR pour laquelle il est exigé, conformément à l'article D. 312155-02, que l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est spécifiquement formé à la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie. Il y a trop peu</p>	P 11	<p>a) Former le personnel, régulier ou non de l'UHR, à la prise en charge des maladies neurodégénératives, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie.</p> <p>b) S'assurer que l'ensemble des soignants bénéficie d'une formation régulière aux gestes d'urgence type AGFSU, en prévoir une spécifique à Bellevue.</p>	3 mois	

	de formation de gestes d'urgence proposées aux soignants.				
E 14	<p>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 de l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les éventuels bénévoles et les intervenants libéraux.</p> <p>De plus, 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 mars 2007 relative au développement de la bientraitance</p>	P12	<p>a) Mettre en place et formaliser une procédure écrite de formation validée relative à la bientraitance ou à la prévention de la maltraitance et l'inscrire sous forme d'un volet dédié au plan de formation de l'établissement.</p> <p>b) Mettre en place systématiquement et régulièrement pour l'ensemble du personnel des formations à la bientraitance et de prévention de la maltraitance.</p>	3mois	

	et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.				
E 15	L'absence de dispositif permettant un regard extérieur sur l'établissement ainsi que l'alimentation du questionnement des professionnels sur leurs pratiques afin de mieux détecter les dysfonctionnements éventuels ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS, ex-ANESM, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »	P13	En référence à l'article D31259-16 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM, instaurer de manière régulière des modes de soutien aux professionnels doivent être mis en place que ceux-ci prennent la forme de groupe d'analyse de pratique ou de supervisions menés par des professionnels distincts de l'équipe thérapeutique.	3 mois	

E 16	Le dispositif de protection des résidents en cas de canicule est insuffisant, créant un risque vital au sens de l'article L11-3 du CASF.	P14	a) Mettre en place les mesures et aménagements nécessaires à la protection des résidents en cas de canicule. (Aménagement d'espaces rafraichis en quantité suffisante et à proximité des unités d'hébergement) b) Inscrire ces mesures dans le plan bleu.	3 mois	
E 17	En n'ayant pas affiché l'ensemble des documents de la loi 2002- 2, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF. La signalétique présente actuellement dans l'établissement ne permet pas un repérage facilité des différents lieux ni une circulation aisée adaptée aux résidents d'un EHPAD.	P15	a) Afficher sur l'ensemble des unités les documents obligatoires de la loi 2002-2. b) Créer des panneaux d'affichages et une signalétique adaptée aux besoins des résidents.	3 mois	
R 15	Il y a une non-visibilité et vraisemblablement une non-réalité des effectifs de l'EHPAD.	R15	a) Assurer la sincérité des comptes et l'affectation réelle des effectifs de l'EHPAD b) Etablir et transmettre un rapport (état des lieux sur la réalité de l'affectation et du financement des effectifs) aux autorités de tarification c) Remettre à plat et définir les effectifs nécessaires au fonctionnement de l'EHPAD avec les autorités de tarification d) Réaffecter dans l'EHPAD les effectifs nécessaires (psychologue, kinésithérapeute...) à une prise en charge de qualité.	3 mois 15 jours	
R 16	L'animatrice a un diplôme d'assistante sociale obtenu en Roumanie, non reconnu en France, elle ne bénéficie pas de formation sur l'animation en lien avec le public de l'EHPAD.	R16	Former l'animatrice à l'animation en gérontologie afin d'adapter son activité aux besoins des résidents.	3 mois	

R 17	L'analyse des données des effectifs de l'EHPAD par rapport aux EHPAD du département de l'Aisne, puis l'analyse du bilan social 2022 transmis par la DRH du CH de Château-Thierry, met en exergue un taux conséquent d'absentéisme.	R17	Analyser les causes de l'absentéisme et définir et mettre en place une politique de prévention.	3 mois	
R 18	L'absence de soutien des équipes à la gestion du deuil est contraire aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, Qualité de vie en Ehpad (volet 4).	R 18	Organiser le soutien des professionnels après le décès des résidents.	3 mois	
R 19	Malgré des rénovations passées et en cours d'unités et de services, l'essentiel du bâti demeure vétuste et peu adapté pour les résidents et personnels. Les locaux de l'établissement manquent de fonctionnalité et d'entretien. En cela l'établissement ne respecte pas les recommandations de la HAS, ex-ANESM.	R19	<ul style="list-style-type: none"> a) Poursuivre et accélérer la rénovation des unités (autres que celles des Bâtiments des Lys/Lilas) b) Renforcer l'entretien, l'aménagement et l'adaptation des locaux de l'EHPAD, c) Rafraichir les peintures des espaces communs et individuels d) Améliorer l'aménagement et la convivialité des espaces de prise de repas e) Désencombrer les couloirs f) Effectuer les travaux nécessaires afin de permettre la fermeture et l'ouverture des portes et fenêtres donnant sur l'extérieur pour assurer la sécurité nécessaire aux résidents et agir sur l'isolation du bâti. 	immédiat	
R 20	Il reste de nombreuses chambres non rénovées.	R20	Poursuivre la réhabilitation des chambres individuelles des résidents et des espaces collectifs de l'EHPAD pour le bien être des résidents et des équipes.	immédiat	

R 21	L'organisation et le fonctionnement du service de nuit sont insuffisamment régulés et sécurisés.	R21	a) Revisiter l'organisation du service de nuit b) Compléter les fiches de poste avec des consignes et conduites à tenir la nuit c) Organiser des rencontres régulières entre le personnel de nuit et un cadre soignant ainsi qu'avec les équipes de jour d) Mettre en place des formations spécifiques adaptées aux besoins d'une prise en charge de nuit.	immédiat	
E 20	Il existe une incohérence entre le contenu de la procédure d'admission décrite dans le règlement de fonctionnement et la réalité du déroulement de l'admission en l'absence d'un membre de la direction et d'un psychologue dans les effectifs de la Résidence Bellevue), ce qui ne permet pas d'assurer la plénitude de l'équipe pluridisciplinaire d'admission.	P16	Veiller à la présence systématique d'un membre de la direction et d'un psychologue dans le processus d'admission.	3 mois	
E 21	Cette modalité d'admission contrevient à l'art. L.311-4 du CASF, qui mentionne qu'au moment de l'admission, un entretien doit être organisé entre le directeur de l'ESMS ou son représentant, du médecin coordonnateur si nécessaire, ainsi que de la personne accueillie éventuellement accompagnée de la personne de confiance ; l'objectif étant de rechercher l'expression du consentement de la personne accueillie.	P17	Mettre en place des procédures d'admission intégrant un entretien avec le directeur ou son représentant afin de recueillir notamment l'expression du consentement de la personne ou, à défaut, de sa personne de confiance.	3 mois	

E 22	En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	P 1	<ul style="list-style-type: none"> a) S'assurer d'une exhaustivité, d'une qualité et d'un suivi des projets de vie b) Comme constaté lors de la précédente inspection, l'organisation élaborée reste à développer à plusieurs niveaux : c) Approfondir le dispositif de construction des PVI et enrichir le contenu des documents 3 mois d) Étendre les projets de vie individualisés à l'ensemble des résidents e) Former et réunir les référents régulièrement en réunion pluridisciplinaire 		
E 23	Le dispositif actuel avec une absence de coordination globale, une formalisation laissée aux aides-soignants, l'absence de réunion spécifique pluridisciplinaire et l'irrégularité des révisions ne permet pas à chaque (?)				

E 24	En ne garantissant pas la sécurité et par association de faits, le droit à aller et venir librement des résidents des unités classiques, l'établissement ne respecte pas la législation en vigueur, conformément à l'art. L311-4-1 du CASF.	P19	Installer des dispositifs de sécurité (?)	3 mois	
R 22	La procédure d'admission date de 7 ans alors qu'elle devrait être révisée en moyenne tous les 3 ans.	R22	Mettre à jour la procédure d'admission.	3 mois	
R 23	Le remplissage du bilan préalable au projet de vie individuel est incomplet, il ne permet pas de construire le projet dans des conditions optimales	R23	a) Optimiser le recueil les éléments relatifs à la vie sociale du résident, compléter la trame permettant de définir les objectifs et activités permettant d'assurer l'accompagnement du projet de vie b) Assurer un remplissage complet et optimal des bilans d'entrée pour le projet individuel, intégrer les éléments du projet de soin.	3 mois	

R 24	L'absence d'actualisation annuelle des projets individualisés, en co-évaluation avec la personne elle-même, ne facilite pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne, conformément aux recommandations de l'ANESM « les attentes de la personne et le projet personnalisé »	R24	Mettre à jour au moins une fois par an les projets individualisés conformément aux recommandations de l'ANESM.	3 mois	
R 25	La prévention et la mise en œuvre de la réduction du risque de chutes est insuffisante.	R25	<p>a) Nommer et définir les modalités de formation continue d'un référent pour l'activité sportive au sein de l'EHPAD, ainsi que ses missions conformément au décret n°2023-621 du 17 juillet 2023.</p> <p>b) Mettre au plan de formation le volet sur les risques de chute et, à défaut de pouvoir former la totalité du personnel, assurer et tracer une sensibilisation tenant compte des recommandations de bonnes pratiques de la HAS, ex-ANESM, sur le repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpap</p> <p>c) Mieux tracer les chutes au niveau bilan, conduite à tenir et prévention, établir un bilan annuel et une politique de prévention.</p>	3 mois	
R 26	Les modalités de fonctionnement et d'organisation actuelles de l'animation ne garantissent pas aux résidents des prestations de qualité et accessibles.	R 2 6	<p>a) Assurer un pilotage de l'animation par un membre de la direction ainsi qu'un suivi et une évaluation réguliers de l'animation</p> <p>b) Pourvoir l'ensemble des postes financés.</p> <p>c) Définir un projet et l'inclure dans le projet d'établissement-réaliser une traçabilité globale et par participant.</p> <p>d) Inclure l'animation dans les bilans et projets individuels des résidents.</p> <p>e) Diversifier les activités et développer une ouverture accrue sur l'extérieur.</p> <p>f) Faire monter en compétence les équipes.</p>	3 mois	

			<p>g) Elargir les plages dédiées aux activités d'animation en semaine et en journée.</p> <p>h) Déployer des activités correspondantes aux besoins et souhaits des résidents et favoriser l'accès à un maximum de résidents.</p>		
--	--	--	---	--	--

R 27	En ne pouvant disposer d'un accès rapide au dossier informatique et de ce fait, en utilisant de multiples supports de transmission d'information, ne permettant pas toujours de contrôle de l'information collectée, l'établissement augmente le temps agents dédié à ces transmissions et augmente le risque d'erreur liée à un défaut de communication.	R27	Revoir la chaîne de transmission de l'information et de la gestion de la circulation de cette information entre les différents professionnels concernés, assurer une traçabilité exhaustive des transmissions et actes réalisés.	3 mois	
------	---	-----	--	--------	--

R 28	<p>Il y a peu des réunions dédiées aux soignants pour notamment évoquer des sujets institutionnels ou cas individuels de résidents. Les problématiques abordées aux réunions de directions reflètent un certain nombre de constats également effectués par la mission d'inspection :</p> <p>Tous ces éléments confirment le problème d'articulation entre l'EHPAD et le Centre Hospitalier et le manque de réactivité aux problématiques soulevées par les équipes.</p>	R28	<p>a) Mettre en place des réunions régulières de soignants y compris équipes de nuit pour notamment évoquer des sujet institutionnels ou cas individuels de résidents.</p> <p>b) Prendre en compte et apporter des réponses aux problématiques soulevées lors des réunions par les équipes.</p>	3 mois	
R 29	<p>Pour des questions d'organisation, parfois de contraintes institutionnelles ou d'aménagement, les résidents ne peuvent bénéficier que d'une seule douche par semaine et ont peu d'activité aux temps forts de la journée (qu'il s'agisse d'animation organisée en interne ou de possibilité de sortir en extérieur et d'accéder à des activités de loisir), ce qui n'est pas conforme aux Recommandations des Bonnes</p>	R29	<p>Revoir l'organisation des rythmes de vie collective sur la base d'une mise à jour des PPI et redéfinition des espaces de vie conformément aux Recommandations des Bonnes Pratiques de l'ANESM de juin 2011 relatives à l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.</p>	3 mois	

	Pratiques de l'ANESM de juin 2011 relatives à l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne.				
R 30	Le protocole relatif à la contention reste évasif sur le suivi paramédical en termes de fréquence et contenu. De même il n'y a pas de prescriptions médicales, ni de directives anticipées sur ce sujet, ce qui est questionnant au vu des événements graves survenus récemment.	R30	Préciser le protocole de contention en particulier sur les aspects de suivi en termes de fréquence et de contenu et mettre en place des directives anticipées sur le sujet.	3 mois	
R 31	La politique de prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation n'est pas aboutie : absence de référent soignant, difficulté de traçabilité, des mesures de suivi, absence de formation spécifique au plan de formation, coopération insuffisante avec le prestataire, repas de qualité moyenne sur un lieu de vie, réfrigérateurs vétustes, protocoles peu opérationnels, difficulté d'articulation avec le prestataire, risque sur les réfrigérateurs...	R31	a) Finaliser la politique de prise en charge et prévention de la dénutrition et déshydratation. b) Mettre en place des conditions satisfaisantes de prise de repas (contenu contenant, ambiance, espace) c) sécuriser les réfrigérateurs consacrés aux usagers.	3 mois	
R32	Il n'y a pas d'exhaustivité de la traçabilité des soins à la personne et administration des médicaments.	R32	Assurer une exhaustivité de la traçabilité des bilans et actes paramédicaux.	3 mois	

R33	<p>Les observations émanant des IDE et autres agents réalisant les soins aux résidents (aides-soignants, ASH soins, AMP n'indiquent pas leur nom mais «équipe de soin », ce qui empêche l'identification.</p> <p>Il n'est retrouvé pour la kinésithérapie et les psychologues qu'une observation ponctuelle dans un dossier alors que dans ces domaines les besoins dans les dossiers sont évidents : troubles de la marche, idées suicidaires. Cf paragraphe sur les postes manquants.</p>	R33	S'assurer de l'identification des personnels sur les transmissions journalières du dossier du résident.	3 mois	
R34	<p>S'il existe un flash douleur d'information daté de juillet 2022, celui-ci n'est pas spécifique à l'EHPAD et il n'est pas retrouvé de fiches d'évaluation de la douleur dans les dossiers des résidents, il n'existe ni de référent douleur ni de formation spécifique sur la prise en charge de la douleur.</p>	R34	<p>a) Mettre en place des procédures et fiches d'évaluation individuelles spécifiques à l'EHPAD</p> <p>b) Veiller à ce que les équipes soient formées sur la douleur de manière formelle.</p>		

R 35	Il n'existe pas de protocole spécifique à l'EHPAD sur les soins palliatifs et la fin de vie, ni de partenariat ni de formation alors qu'il existe une psychologue formée en soins palliatifs sur le CH.	R35	a) Etablir un protocole spécifique à l'EHPAD sur les soins palliatifs, la fin de vie et la douleur chez les personnes âgées b) Développer un partenariat en interne ou externe sur le sujet (réseau, équipe mobile.).	3 mois	
R 36	En cas d'urgence, les équipes appellent le 15 ce qui est questionnant dans la mesure où il existe des médecins de garde au niveau du CH et un service d'urgence. Peu de modalités de coopération et d'articulation entre l'EHPAD et l'hôpital concernant les soins des résidents ont été constatés.	R36	a) Favoriser l'accès au bon niveau de la filière de soins gériatriques (court séjour, hôpital de jour, soins de suite, équipe mobile, etc.) Définir avec l'équipe de soin des procédures d'hospitalisation pour contribuer à la qualité de l'information transmise (autonomie, mode de vie, présence d'une personne de confiance, niveau cognitif, hospitalisations antérieures.) b) (?) c) Définir des modalités de coopération avec l'hôpital comprenant une procédure d'admission avec les éléments de liaison nécessaires, une procédure de gestion des sorties (règles d'horaire, de matériel, de transmission), l'éventuel passage des patients trop lourds en unité de soins de longue durée.	3 mois	