

Le Directeur général

Le président du conseil départemental
de l'Aisne

à

Monsieur le Directeur général
Groupe ORPEA
12, rue Jean Jaurès
92 800 PUTEAUX

Lille, le 24 MAI 2022

Réf : 2022-DirectionGénérale-CelluleAffairesInternationales-HM
Mission n° 2022_HDF_0036



LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le Directeur général,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2022, l'EHPAD ORPEA « Résidence Quentin de la Tour » à Saint-Quentin 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 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.

Cette inspection a été réalisée le 10 et 11 février 2022 sur place.

Le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 04 avril 2022.

Par courriel reçu par nos services le 12 avril 2022 et par courrier reçu le 15 avril 2022, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard de votre courrier, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui clôturent la procédure contradictoire.

A ce titre, nous vous demandons de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Nous avons pris bonne note des mesures et des engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des propositions de la mission d'inspection.

Le contrôle de la mise en œuvre des mesures correctives notifiées sera assuré, pour l'ARS, par le pôle de proximité territorial de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département, par le service qualité et évaluation de la direction de la Qualité, de l'Offre, de la Tarification et de l'Evaluation. Aussi, vous voudrez bien leur transmettre, dans le respect des échéances fixées, le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues, ainsi que les documents demandés.

Nous vous laissons juger de l'opportunité de transmettre le présent courrier à la directrice d'exploitation de l'EHPAD.

Nous vous informons que votre établissement peut être inscrit en commission des suites d'inspection.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois à compter de leur notification.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'assurance de notre considération distinguée.



Pr Benoit VALLET

Le Président du Conseil Départemental



Pièce jointe :

- Tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 10 et 11 février 2022 de l'EHPAD « Quentin de la Tour »

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
E1	Le dépassement des capacités d'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés n'est pas conforme à la répartition de la capacité définie par l'arrêté de renouvellement de l'autorisation accordé à compter du 2 juin 2017 et contrevient à l'article L313-1 du CASF qui dispose que «Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente».	P1 : Solliciter la demande de révision de l'autorisation conformément à l'article L313-1 du CASF	3 mois	
E2	L'absence de consultation du conseil de la vie sociale pour la validation du règlement de fonctionnement n'est pas conforme à l'article R311-33 du CASF qui dispose que « le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement ou du service et du conseil de la vie sociale ».	P2 : Consulter le CVS pour la validation du règlement de fonctionnement conformément à l'article R311-33 du CASF		
E3	L'absence de projet d'établissement arrêté n'est pas conforme aux articles L311-8 du CASF.	P3 : Valider et adopter le projet d'établissement, après consultation du conseil de la vie sociale conformément à l'article L311-8 du CASF	3 mois	
E4	L'absence de transmission d'une copie de la délégation de compétences et de missions confiées à la directrice de l'EHPAD, en date du 1er août 2020 au CVS n'est pas conforme à l'article D312-176-5 du CASF qui dispose que « la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, Elle rend destinataires d'une copie de ce document la ou les autorités publiques qui ont délivré l'autorisation du ou des établissements ou services concernés, ainsi que le conseil de la vie sociale ».	P4 : Transmettre la copie de la délégation de compétences et de missions confiées à la directrice de l'EHPAD au CVS conformément à l'article D312-176-5 du CASF		
E5	L'absence de nomination d'un(e) président(e) suppléant(e) et l'absence de nomination d'un(e) président(e) lors des CVS des 2 juin et 1er octobre 2020 et des 5 janvier, 2 février et 20 octobre 2021 n'est pas conforme à l'article D311-9 du CASF qui dispose que « : le président du conseil est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux... Le président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux... Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative... » .	P5 : Procéder à de nouvelles élections des représentants du CVS afin que cette instance soit dotée d'un président et président suppléant conformément à l'article D311-9 du CASF	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
E6	L'absence de signature des comptes rendus du CVS par le président du CVS contrevient à l'article D311-20 du CASF qui prévoit que « Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux, assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président. »	P6 : Rétablir le CVS au sein de l'établissement et faire signer les relevés de conclusion de chaque séance par le président conformément à l'article D311-20 du CASF	3 mois	
R1	Toutes les doléances notées dans les enquêtes de satisfactions ne font pas l'objet d'actions d'amélioration dans le plan élaboré suite à l'évaluation interne de novembre 2021 de la résidence.	R1 : Prendre en compte les doléances des enquêtes de satisfaction par la mise en place d'actions concrètes pour y répondre et prendre en compte les résultats de l'enquête de satisfaction dans les prochaines évaluations internes.		
R2	Il existe une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance formalisée, mais celle-ci ne tient compte que de la situation d'un professionnel maltraitant mais ne prend pas en compte d'autres situations (prestataires extérieurs ou bénévoles maltraitants, des faits éventuels de maltraitance d'une famille...)	R2 : Réviser et transmettre aux autorités de régulation la procédure « maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives » modifiée en prenant en compte les différentes situations de maltraitance		
R3	La procédure « maltraitance des personnes accueillies : actions préventives et curatives » n'est pas connue par tous les personnels (y compris le numéro national affiché) et/ou n'est pas appliquées (vérification des diplômes, mise en place d'évaluation des pratiques). Les missions du référent bientraitance ne sont pas non plus connues de l'ensemble des personnels.	R3 : Finaliser la formalisation de la politique globale de prévention de la maltraitance dans le cadre du projet d'établissement, mettre en application cette procédure tout en s'assurant de l'appropriation et de la mise en place des actions auprès des personnels.		
R4	L'absence d'information du résident victime de l'événement indésirable ne répond pas aux prérequis avant de se lancer dans une analyse d'EIAS [Événement indésirable associé aux soins] mentionnés dans le guide HAS « l'analyse des événements associés aux soins (EIAS) », de juillet 2021, validé par le Collège le 23 septembre 2021.	R4 : Informer les résidents victime d'EI avant analyse.		
R5	L'existence de certains protocoles n'est pas connue de tous les soignants (ex. : document ASSURE ou tableau d'évaluation de différents paramètres). Les procédures ne sont pas adaptées à des situations individuelles (ex. : normes de glycémie et conduite à tenir en cas d'hypoglycémie chez une personne diabétique, notamment pour des valeurs comprises entre 0,6 et 0,8 g/l).	R5 : Organiser l'acculturation du personnel aux différents protocoles de prise en charge et adapter les procédures selon les situations rencontrées au sein de l'établissement	3 mois	
E7	L'absence de qualification des auxiliaires de vie n'est pas conforme à l'article L312-1-II, al.4 du CASF qui dispose que « les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.... ».	P7 : S'assurer de la qualification des auxiliaires de vie conformément à l'article L312-1-II, al.4 du CASF		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
R6	Des dossiers de personnels identifiés en CDD ne contiennent pas de contrat de travail, alors qu'il existe des dispositions du code du travail s'y rapportant.	R6 : Revoir en lien avec l'inspection du travail les obligations en matière d'élaboration des contrats de travail		
R7	Il y a une discordance entre l'activité d'aide à la toilette et d'aide à la prise médicamenteuse mentionnée dans La « fiche métier » de l'auxiliaire de vie de novembre 2017 et les protocoles de gestion des médicaments de 2018 à 2020, transmises qui ne concernent pas l'auxiliaire de vie. Il y a une discordance entre les missions effectivement réalisées et les missions listées dans la fiche métier des auxiliaires de vie.	R7 : Revoir la fiche métier des auxiliaires de vie afin que celle-ci corresponde aux missions dédiées à ces personnels	3 mois	
R8	Les aides-soignantes de nuit effectuent des tâches dévolues aux auxiliaires de vie.	R8 : Intégrer dans l'équipe intervenant la nuit des auxiliaires de vie pour permettre aux aides-soignantes de se consacrer aux missions qui leur sont propres dans l'accompagnement des résidents	Immédiat déjà pointé dans l'inspection de 2017-2018	
R9	L'organisation du travail ne permet pas le respect des rythmes de vie des résidents avec des toilettes réalisées jusqu'à 12h ; ce qui ne correspond pas aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)	R9 : Revoir l'organisation du travail, notamment le matin, pour respecter les rythmes de vie de tous les résidents	Immédiat déjà pointé dans l'inspection de 2017-2018	
E8	L'organisation des soins de nursing favorise les glissements de tâches. En effet les auxiliaires de vie non qualifiées (cf. : écart 7) effectuent des tâches dévolues à l'aide-soignante (toilettes complètes au lit des résidents effectuées seul) qui ne correspondent pas aux missions du diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES).	P8 : S'assurer du respect des missions dévolues aux auxiliaires de vie dans l'organisation du travail conformément au DEAES	4 mois	
E9	D'après les investigations, l'ergothérapeute peut être amené à effectuer le week-end des tâches dévolues aux aides-soignantes (toilettes complètes au lit des résidents effectuées seul) qui ne relèvent pas de ses missions décrites dans l'article R4331-1 du Code de la santé publique (CSP).	P9 : S'assurer du respect des missions dévolues aux ergothérapeutes conformément l'article R4331-1 du CSP		
R10	Les IDE ne participent pas aux réunions pluridisciplinaires. La HAS indique que « ce type de réunion est l'occasion d'échanger, lors de la formalisation du projet personnalisé, lors de la mise en œuvre du projet de soin, lors de la définition des valeurs et des objectifs d'accompagnement de la structure, lors de la démarche d'évaluation interne, lors de l'élaboration du projet d'établissement, etc. » et préconise que « les réunions pluridisciplinaires sont des outils qui favorisent la cohérence de l'équipe et qui participent à structurer les pratiques professionnelles », « Elles demandent de mobiliser plusieurs professionnels ayant des spécificités et des compétences différentes en un temps et un lieu clairement délimité », « Une place prioritaire est laissée aux personnels soignants (infirmières, aides-soignantes, aides médico-psychologiques, agents de service hospitaliers). ».	R10 : Associer les infirmiers aux réunions pluridisciplinaires		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
E10	L'insuffisance, voire l'absence de professionnel sur des plages horaires prévues dans les effectifs de fonctionnement et de sécurité ne permettent pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.	P10 : Garantir la présence de personnel qualifié en nombre suffisant pour chaque unité et / ou service, afin d'assurer la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents, conformément à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.	4 mois	
R11	L'insuffisance de soutien lors des premiers jours d'un nouveau salarié et le recours aux intérim ne permettant pas une bonne intégration des nouveaux travailleurs et pouvant entraîner une charge de travail supplémentaire pour les personnels en poste n'est pas conforme aux bonnes pratiques qui recommandent notamment « de préparer l'accueil et d'élaborer des plans d'accueil et d'intégration individuels afin de prendre en compte les besoins immédiats de chaque nouvel arrivant en matière d'adaptation à l'emploi. », « d'organiser le travail en doublon débutant/expérimenté », d' « informer les usagers concernés et les personnels en place de l'arrivée de nouveaux personnels », , et la mise en place de formes d'accompagnement spécifique dans l'équipe pendant les premiers temps de la prise de fonction, afin d'aider le nouveau professionnel à prendre connaissance du projet d'établissement et de service, de le familiariser avec le fonctionnement de la structure et de le soutenir dans les premiers temps de sa pratique	R11 : Revoir l'accueil des nouveaux personnels en prévoyant une information auprès des équipes et en désignant un référent en soutien pour les premiers jours.	6 mois	
R12	Le plan de formation ne prend pas systématiquement en compte les besoins des personnels, y compris lorsqu'il s'agit de formations diplômantes.	R12 : Diversifier les formations du plan de formation pour répondre aux besoins des personnels dans l'accompagnement et la prise en charge des résidents, notamment en ce qui concerne les formations diplômantes	9 mois	
E11	Compte tenu de l'écart constaté entre le tableau d'effectifs de l'EPRD 2021 et les éléments transmis lors de l'inspection, en particulier pour ce qui concerne les effectifs de médecin coordonnateur, d'aides-soignants et psychologue, l'établissement ne garantit pas la présence quotidienne de personnel qualifié en nombre suffisant et ne permet pas la prise en charge et l'accompagnement de qualité qui doivent être assurés au résident en application de l'article L.311-3 3° du code de l'action sociale et des familles.	Cf. prescription 10	4 mois	
R13	La charge de travail et les absences de personnels sont des facteurs de tensions et constituent des risques psycho-sociaux susceptibles de retentir sur la santé des salariés et d'engendrer des dysfonctionnements pouvant affecter la qualité de l'accompagnement des résidents.	R13 : Mener une réflexion institutionnelle sur les facteurs d'épuisement des personnels et élaborer un plan d'action permettant de diminuer les risques psycho-sociaux et d'assurer une qualité dans l'accompagnement des résidents.	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
R14	En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS 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 critique sur les pratiques quotidiennes »	R14 : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques	Immédiat déjà pointé dans l'inspection de 2017-2018	
R15	Les différentes actions de soutien du personnel ne sont pas formalisées ni connues et ne correspondent pas aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS qui recommande de solliciter éventuellement une aide extérieure	R15 : Formaliser et structurer les actions de soutien aux professionnels		
R16	L'absence de réunions périodiques avec les personnels de nuit ne facilite pas la circulation de l'information à destination de ces agents. Les rencontres entre le personnel de nuit et l'encadrement étant limitées, cela ne permet pas d'assurer une circulation optimale de l'information et le rappel des bonnes pratiques	R16 : Mettre en place des réunions régulières avec les personnels de nuit	3 mois	
R17	Les températures du réfrigérateur de l'UVA n'ont pas été tracées depuis 2 jours et les dernières températures relevées étaient à -7°C et -6°C	R17 : Tracer les températures du réfrigérateur dans l'UVA et mettre en place un protocole de conduite à tenir en cas de dépassement des seuils.	3 mois	
R18	Il n'y a pas de traçabilité des numéros de scellés du sac d'urgence ne permettant pas de garantir la dernière ouverture du sac d'urgence en lien avec la dernière vérification. Les températures du réfrigérateur à médicaments sont tracées mais pas son nettoyage de janvier 2021. La préparation du chariot de soins et son retour pour nettoyage se fait à l'infirmérie, dans la même pièce (pas de marche en avant)	R18 : Tracer les numéros de scellés du sac d'urgence Tracer les dates de nettoyage du réfrigérateur à médicament dans l'infirmérie Mettre en œuvre la marche en avant concernant le chariot de soins et prévoir le nettoyage de ce chariot dans une salle différente du lieu de préparation		
R19	Au 2ème étage, dans un local intermédiaire fermé, les cartons avec les DASRI sont stockés avec les cartons propres dédiés aux DASRI.	R19: Séparer le stockage des cartons de DASRI propres et des cartons de DASRI sales.		
E12	Dans le local DASRI grillagé à l'extérieur, un carton de DASRI n'était pas fermé ce qui n'est pas conforme à l'article R 1335-6 du CSP.	P11 : Fermer les cartons de DASRI lors de leur transfert et de leur stockage dans le local extérieur, avant enlèvement		
R20	Les systèmes d'appel ne permettent pas d'appeler lorsque le résident chute. D'après les entretiens, une réflexion est menée pour améliorer le dispositif. Lors de la dernière inspection réalisée dans l'établissement, il s'agissait déjà d'un point de travail pour l'UVA. Cependant, cette réflexion n'est pas intégrée dans le rapport d'évaluation interne de l'établissement de novembre 2021.	R20 : Finaliser la réflexion sur la mise en place d'un dispositif permettant de signaler rapidement, les chutes, au personnel soignant et intégrer cette réflexion dans le prochain rapport d'évaluation interne de l'établissement	Immédiat déjà pointé dans l'inspection de 2017-2018	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
R21	L'analyse des différents classeurs des étages, montre que 9 résidents ont des projets d'accueil et d'accompagnement rédigés selon un ancien modèle (1 à l'USA, 5 au 1er étage et 3 au 3ème étage) qui est moins complet que le modèle récemment utilisé.	R21 : Réviser les projets individuels des résidents en prenant en compte la nouvelle version		
E13	L'absence de projet d'accueil et d'accompagnement pour 9 résidents n'est pas conforme à l'article D312-155-0 du CASF qui dispose que « ... Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I et au II de l'article L. 313-12... mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies... » et l'article L311-3 CASF alinéa 5 qui dispose : « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins »	P12 : Rédiger en équipe pluridisciplinaire et en lien avec le résident et sa famille, les projets individuels pour les résidents qui n'en disposent pas		
E14	L'absence de priorisation dans la distribution des repas et d'articulation entre l'infirmière et l'aide-soignant, en fonction des régimes et des traitements risque de générer des difficultés pour les résidents (risque d'hypoglycémie par exemple) ce qui n'est pas conforme à l'article R4311-3 du CSP qui dispose que « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. ».	P12 : Elaborer et transmettre aux autorités de régulation, une procédure de distribution des repas en tenant compte de l'état de santé des résidents et en décrivant les modalités d'articulation entre l'infirmière et l'aide-soignante	immédiat	
R22	Le manque de définition précise d'activités sur certaines journées dans le planning n'est pas de nature à susciter l'envie des résidents de participer aux activités ce qui ne correspond pas aux bonnes pratiques de la HAS qui précise « La communication effectuée autour d'un programme d'animations adapté donne envie aux résidents de participer et de rencontrer les autres résidents » Compte-tenu d'un manque de temps, les temps d'animations prévues par les AS ne sont pas mis en place, ce qui ne correspond pas aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS.	R22 : Incrire des intitulés d'activités concrètes dans les plannings d'animation et organiser le travail des aides-soignantes afin de leur permettre de réaliser des animations, telles que prévu dans leur fiche métier		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection (à classer par ordre de priorité)		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
R23	Les assiettes préparées par la cheffe de cuisine sont amenées par les aides-soignantes sans distinction des régimes (alors que 2 résidents sont identifiés comme diabétiques sur la planification murale de la cuisine). Il n'y a pas d'identification individuelle des plateaux de petit déjeuner, ni de planification de leur distribution ce qui pourrait constituer un risque d'erreur.	R23 : Mettre en place un système d'identification des plateaux repas afin de garantir le respect des régimes, des allergies, ... et des goûts des résidents.	3 mois	
R24	Il n'existe pas d'identification des résidents présentant des troubles de la déglutition et mesures prises.	R24 : Mettre en place un système d'identification des résidents présentant des troubles de la déglutition afin de garantir une prise adaptée de leur repas		
R25	Les modalités de réalisation de la traçabilité ne permettent pas systématiquement d'évaluer les délais entre les différents soins, tels qu'entre l'administration des médicaments et la prise de repas. Elles ne permettent pas de mettre en place, éventuellement, une organisation plus adaptée.	R25 : Prévoir un système de traçabilité permettant aux soignants de tracer les soins en temps réel		
E15	Les contrats prévus avec les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans l'établissement ne sont pas tous mis en place, ce qui n'est pas conforme aux articles L. 314-12 et 13 et à l'art. R. 313-30-I du CASF.	P14 : Poursuivre la mise en place des contrats prévus avec les professionnels de santé exerçant à titre libéral conformément aux articles L.314-12 et R.313-30-1 du CASF.	Immédiat déjà pointé dans l'inspection de 2017-2018	
R26	L'absence de transmission dans le logiciel dédié par l'ensemble des médecins généralistes est de nature à générer un risque dans la circulation des informations et ne facilite ni la continuité des prises en charge ni leur individualisation.	R26 : S'assurer de la saisie des visites et prescriptions des médecins traitants dans le logiciel ad-hoc	Immédiat déjà pointé dans l'inspection de 2017-2018	
R27	L'absence de coordination entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux ne garantit pas la continuité des soins du résident, contrairement aux recommandations de l'HAS.	R27 : Elaborer et transmettre aux autorités de régulation, une procédure d'articulation entre le médecin coordonnateur et les médecins libéraux		
R28	Le protocole de «situation d'urgence » de novembre 2018 n'est pas appliqué par les AS de nuit car il n'est pas adapté à l'échelon local (rédigé par le siège). L'établissement travaille de façon privilégié avec les partenaires locaux en cas d'urgence la nuit (SOS médecin, SAMU).	R28 : Réviser et transmettre aux autorités de régulation le protocole de «situation d'urgence » en tenant compte des réalités locales ; vérifier son application	3 mois	
R29	Il n'y a pas de traçabilité des entrées et sorties des changes et protections individuelles.	R29 : Mettre en place une traçabilité des entrées et sorties des changes et protections individuelles.	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection <i>(à classer par ordre de priorité)</i>		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R) Fondement juridique/référence aux bonnes pratiques	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire	Date de mise en œuvre effective
R30	Il n'existe pas de protocole spécifique sur les changes prévoyant notamment l'évaluation des besoins des résidents par les équipes soignantes.	R30 : Rédiger et transmettre aux autorités de régulation un protocole spécifique sur les changes et protections individuelles prévoyant l'évaluation régulière des besoins des résidents par les équipes soignantes	6 mois	
R31	Les partenariats avec des structures médico-sociales environnantes ne sont pas diversifiés ni formalisés	R31 : Diversifier et formaliser des partenariats avec des opérateurs médico-sociaux du territoire de proximité, notamment les acteurs de la coordination, de l'aide et des soins à domicile, du répit et de l'aide aux aidants.	9 mois	