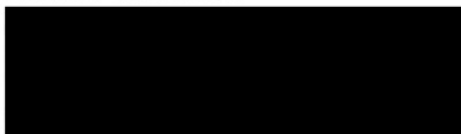


Réf : 2024-D3SE-SDIC-NS

Mission n° 2024-00454



Lille, le - 3 DEC. 2024

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et

Le président du conseil départemental

à

Monsieur Michel THUMERELLE
Directeur du CH de Saint-Amand
Directeur de l'EHPAD « La collinière »
159 rue de la collinière
59230 SAINT-AMAND-LES-EAUX

Objet : mesures correctives suite à l'inspection du 17 avril 2024 à l'EHPAD « La Collinière » sis 159 rue de la collinière à Saint-Amand-Les-Eaux.

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle pour l'année 2024, l'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles et L. 1431-2 du code de santé publique afin de s'assurer de la qualité de la prise en charge des résidents et de la capacité de l'établissement à prévenir les situations de maltraitance, à gérer les réclamations et les événements indésirables.

Cette inspection a été réalisée le mercredi 17 avril 2024.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés par courrier en date du 10 octobre 2024.

Par courrier en date du 29 octobre 2024, vous avez exprimé ne pas avoir d'observations à formuler dans le cadre du contradictoire. La procédure contradictoire est donc désormais close. En conséquence, vous trouverez, dans le tableau joint en annexe, la liste des mesures correctives que nous vous demandons 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'agence régionale de santé, par le pôle de proximité territorial du 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 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, que le directeur général de l'agence régionale de santé 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.

Pour le président du conseil départemental
et par délégation,
le directeur de l'autonomie


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


Pierre LOYER

Pièces jointes :

- le tableau listant les mesures *correctives à mettre en œuvre*

Mesures correctives
Inspection du 17 avril 2024 de l'EHPAD « La Collinière » à Saint-Amand-Les-Eaux.

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E1	Ecart n°1 : En n'étant pas en capacité de fournir une liste exacte de tous les résidents présents au sein de la structure à un instant T, l'établissement ne garantit pas leur sécurité ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	Prescription n°1 : Mettre en place une organisation permettant de fournir à un instant T la liste des résidents présents au sein de la structure.	immédiat	
E2	Ecart n°2 : En ne disposant pas d'un registre des entrées et des sorties côté et paraphé par le maire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-5 du CASF.	Prescription n°2 : Mettre en place un registre des entrées et des sorties côté et paraphé par le maire.	3 mois	
E3	Ecart n°3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas affiché dans les locaux de l'établissement conformément aux dispositions figurant à l'article R.311-34 du CASF.	Prescription n°3 : - Afficher le règlement de fonctionnement. – Le mettre en concordance avec les actions réellement mises en place - Ajouter à ce document les dispositions : <ul style="list-style-type: none"> - en cas de situation d'urgence/exceptionnelle ; - les modalités de transfert/déplacement/organisation du transport ; - que les faits de violences sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires ; 	6 mois	
E4	Ecart n°4 : En n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel ni au conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.			
E5	Ecart n°5 : En n'étant pas à jour (présence de l'UHR) et en ne comportant pas de dispositions relatives : aux situations d'urgence et exceptionnelles, aux modalités de transfert/déplacement/organisation du transport – au fait que les faits de violences sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et	- Le soumettre aux instances compétentes pour validation.		

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	judiciaires, le règlement de fonctionnement de l'établissement contrevient aux dispositions des articles R.311-35, R.311-36 et R.311-37 du CASF.			
R1	<u>Remarque n°1</u> : En indiquant des actions non mises en place (absence d'affichage des menus de la semaine et absence de plaquette d'information apposée sur la porte en cas de soins), le règlement de fonctionnement n'énumère pas des pratiques conformes à la réalité.			
E6	<u>Ecart n°6</u> : En disposant uniquement d'un pré-projet d'établissement non abouti et non à jour, l'établissement ne répond pas aux exigences de l'article L.311-8 du CASF.	<u>Prescription n°4</u> : Disposer d'un projet d'établissement abouti, à jour, conforme aux dispositions du CASF, et l'afficher au sein des locaux.	6 mois	
E7	<u>Ecart n°7</u> : En n'affichant pas son projet d'établissement au sein des locaux, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-38-4 du CASF.			
E8	<u>Ecart n°8</u> : La composition des CVS mis en œuvre ne respecte pas les dispositions de l'article D311-5 du CASF.	<u>Prescription n°5</u> : Mettre en place une composition des CVS conforme aux dispositions du CASF.	Prochain CVS	
E9	<u>Ecart n°9</u> : En ne mentionnant pas le conseil départemental du Nord comme destinataire des signalements des EIG, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article R331-8 al 1 du CASF (qui renvoie à l'arrêté du 29 décembre 2016 (relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales).	<u>Prescription n°6</u> : Mentionner et considérer le CD59 comme destinataire des signalements des EIG.	3 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E10	<u>Ecart n°10</u> : L'absence de diplômes au sein des dossiers des professionnels ne permet pas de garantir leurs qualifications, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L312-1-II al2 du CASF.	<u>Prescription n°7</u> : S'assurer que les professionnels disposent des qualifications requises pour l'exercice de leurs missions et conserver dans leurs dossiers une copie des diplômes justificatifs.	3 mois	
E11	<u>Ecart n°11</u> : En ne s'assurant pas de la compatibilité de ses professionnels à exercer ses missions auprès de personnes vulnérables, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article L.133-6 du CASF.	<u>Prescription n°8</u> : S'assurer de la compatibilité de tous les professionnels à exercer leur fonction auprès des personnes vulnérables en contrôlant régulièrement leurs extraits de casier judiciaire dans les conditions prévues par l'article L133-6.	3 mois	
E12	<u>Ecart n°12</u> : L'absence de transmissions de la totalité des documents demandés ne permet pas une exhaustivité de l'information et contrevient aux dispositions de l'article L313-13 du CASF.	<u>Prescription n°9</u> : Justifier du remplacement des professionnels en cas d'absentéisme et du nombre minimum de professionnels présents auprès des résidents de la structure.	3 mois	
E13	<u>Ecart n°13</u> : L'absence de transmission des plannings demandés ne permet pas de s'assurer du remplacement des professionnels en cas d'absentéisme et ainsi d'assurer une prise en charge sécurisée et de qualité, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.			

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E14	<u>Ecart n°14</u> : L'absence d'adéquation entre les diplômes validés et les postes occupés ne permet pas de garantir une prise en charge sécurisée et de qualité pour les résidents accueillis ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°10</u> : Mettre en place une organisation de la prise en charge mettant en adéquation un nombre de professionnels suffisant, aux diplômes validés, avec les postes occupés.	6 mois	
E15	<u>Ecart n°15</u> : Le fait que le planning AS-ASH comporte des noms de professionnels présents dans la liste relative aux « hôteliers » en poste ne permet pas de s'assurer du respect des missions de chacun et du nombre de professionnels présents auprès des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.			
E16	<u>Ecart n°16</u> : Le manque de professionnels et de professionnels formés ne permet pas d'assurer une prise en charge sécurisée et de qualité ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.			
R11	<u>Remarque n°11</u> : L'absence de similitude entre les plannings fournis ne permet pas d'arrêter une organisation claire.			
R12	<u>Remarque n°12</u> : La présence de doublons au sein des plannings ne permet pas d'arrêter une organisation concrète.			

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E17	<u>Ecart n°17</u> : En ne sécurisant pas à tout moment l'accès des locaux techniques, des cuisines des unités protégées et l'accès aux produits ménagers, l'établissement ne garantit pas la sécurité des résidents ce qui est contraire à l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°11</u> : Sécuriser les accès aux locaux techniques de toute la structure ; Sécuriser les cuisines des unités et l'accès aux produits notamment ménagers.	Immédiat	
E20	<u>Ecart n°20</u> : En ne sécurisant pas les armoires, les outils tranchants et la cuisine au sein du PASA, l'établissement ne garantit pas la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.			
E21	<u>Ecart n°21</u> : En ne sécurisant pas les placards et la cuisine présents au sein de son unité sécurisée, l'établissement ne garantit pas la sécurité de la prise en charge des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.			
E18	<u>Ecart n°18</u> : L'absence de réponse en cas de déclenchement du dispositif d'appel ne permet ni de prévenir ni de traiter de manière satisfaisante les événements indésirables ni de garantir la sécurité des résidents conformément à l'article L. 311-3 du CASF et aux recommandations de la HAS ¹ .	<u>Prescription n°12</u> : Réaliser un audit des réponses effectuées aux appels – Analyser les données et mettre en place un plan d'actions.	3 mois	

¹ HAS, « Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident », Novembre 2012.

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E19	<u>Ecart n°19</u> : En ne permettant pas à tous les résidents de disposer d'un projet de vie personnalisé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF.	<u>Prescription n°13</u> : Mettre en place un PVP pour chaque résident ; - Mettre en conformité avec les recommandations ANESM les modalités d'élaboration ; - Effectuer un rappel des missions attendues d'un référent PVP auprès des professionnels ; - Evaluer au moins annuellement ces PVP	6 mois	
R22	<u>Remarque n°22</u> : En ne transmettant pas à l'équipe d'inspection les PVP demandés, l'établissement n'a pas permis l'étude de ces derniers.			
R23	<u>Remarque n°23</u> : Les modalités actuelles d'élaboration du projet de vie ne sont pas conformes aux recommandations de bonnes pratiques (ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - décembre 2008).			
R24	<u>Remarque n°24</u> : Le rôle de référent n'est pas maîtrisé par l'ensemble des professionnels ce qui ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité concernant l'élaboration et la mise à jour des PVP.			
R25	<u>Remarque n°25</u> : L'absence d'évaluation annuelle du projet de vie individualisé ne permet pas l'adaptation des modalités d'accompagnement des résidents à l'évolution de leurs besoins. (ANESM "Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - décembre 2008).			
E22	<u>Ecart n°22</u> : L'absence d'animation au sein des unités de vie protégées et de l'unité spécifique ne permet pas de garantir les dispositions de la prestation animation garantie dans le contrat de séjour (page 5) conformément à l'article L342-2 du CASF.	<u>Prescription n°14</u> : Mettre en place des animations efficaces et concordantes avec les besoins des résidents des unités protégées et spécifiques.	3 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E23	<u>Ecart n°23</u> : L'absence de réalisation du rapport annuel d'activité médicale (RAMA) de l'année 2023, est contraire aux dispositions de l'article D.312-158-10° du CASF.	<u>Prescription n°15</u> : Communiquer un RAMA 2023 ou à défaut (au regard de la fusion), un RAMA 2024.	6 mois	
E24	<u>Ecart n°24</u> : Le manque de sollicitation de l'ergothérapeute et de la psychomotricienne ainsi que le manque d'articulation entre les professionnels de l'équipe PEK et les kinésithérapeutes libéraux ne permettent pas de garantir la qualité de la prise en charge des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	<u>Prescription n°16</u> : - Mettre en place une organisation permettant la sollicitation régulière de l'ergothérapeute et de la psychomotricienne dans la prise en charge des résidents ; - Travailler sur l'articulation entre les professionnels de l'équipe PEK et les kinésithérapeutes libéraux ? ; - Désigner un référent APA.	3 mois	
E25	<u>Ecart n°25</u> : Bien qu'une équipe PEK et un éducateur APA soient présents, l'établissement n'a pas désigné de référent pour l'activité physique adaptée, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.311-40 I du CASF selon lequel dans chaque établissement mentionné au I de l'article L. 312-1, le directeur désigne parmi ses personnels le référent pour l'activité physique et sportive mentionné à l'article L. 311-12. Le directeur recueille l'accord de l'intéressé et s'assure qu'il dispose, sur son temps de travail, des disponibilités nécessaires à l'exercice de ces fonctions.			
E26	<u>Ecart n°26</u> : Les conditions d'accès aux dossiers médicaux ne garantissent pas le respect des dispositions de l'article L1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical.	<u>Prescription n°17</u> : Sécuriser les accès aux dossiers médicaux.	Immédiat	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E27	<p><u>Ecart n°27</u> : En ne prévoyant pas de plan d'action spécifique de prévention pour les résidents à risque de chute et à risque suicidaire, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article R.4311-3 du code de la santé publique : « 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 ».</p>	<p><u>Prescription n°18</u> : Mettre en place des plans d'actions spécifiques de prévention pour les résidents le nécessitant (cf mission de l'infirmier). Mettre en œuvre une démarche de prévention pour les résidents, à partir de l'autodiagnostic spécifique proposé par l'ESPrévE. Elaborer un plan d'action défini en concertation avec les professionnels et l'ESPrévE.</p>	6 mois	
E28	<p><u>Ecart n°28</u> : L'absence de DLU ne permet pas d'assurer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS « Dossier de liaison d'urgence ».</p>	<p><u>Prescription n°19</u> : Elaborer un DLU pour chaque résident.</p>	immédiat	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E29	<u>Ecart n° 29</u> : En n'effectuant pas une surveillance de la prise de médicaments égale pour tous les résidents, l'établissement ne garantit pas la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents ce qui contrevient avec les dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<p><u>Prescription n°20</u>: Mettre en place une organisation permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une surveillance de la prise de médicaments égale pour tous les résidents ; - une réévaluation structurée et collégiale des plans de soins – Actualiser les bilans de santé pluridisciplinaires des résidents. 	3 mois	
E32	<u>Ecart n°32</u> : Le contrôle non systématique de la prise des médicaments ne permet pas de garantir la sécurité des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.			
E30	<u>Ecart n°30</u> : Les plans de soins infirmiers ne sont pas réévalués d'une manière collégiale et structurée entre les IDE et les AS/AES, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-1 du CSP. L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement ne veille pas à l'actualisation du bilan de santé pluridisciplinaire du résident.			
R37	<u>Remarque n°37</u> : La réalisation des plans de soins n'est pas structurée et assimilée par tous.			
R38	<u>Remarque n°38</u> : En ne transmettant pas les plans de soins des résidents, la structure ne permet pas à la mission de s'assurer de leur tenue correcte.			

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E31	<u>Ecart n°31</u> : Le défaut de régularité et d'exhaustivité des transmissions écrites et de la traçabilité des actes techniques ne respecte pas les dispositions de l'article R. 4312-35 du CSP : « L'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi ».	<u>Prescription n°21</u> : Revoir la traçabilité des transmissions afin de s'assurer de leur exhaustivité et de leur régularité. (cf recommandation n°16)	3 mois	
E33	<u>Ecart n°33</u> : Les dates de péremptions des médicaments et produits de santé ne sont pas toutes vérifiées, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R. 4312-39 du CSP. L'EHPAD n'a pas mis en place une procédure relative à la vérification de ces dates d'une manière régulière et nominative.	<u>Prescription n°22</u> : Mettre en place une procédure relative à la vérification des dates de péremption des médicaments et des produits de santé. S'assurer de son appropriation par les équipes.	6 mois	
E34	<u>Ecart n°34</u> : La réévaluation thérapeutique n'est pas structurée au sein de l'établissement entre les médecins, l'IDEC et les IDE, ce qui peut engendrer un risque de mise en danger des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°23</u> : Mettre en place une organisation permettant la réévaluation thérapeutique structurée entre les différents professionnels de soins.	3 mois	
E35	<u>Ecart n°35</u> : L'évaluation de la douleur n'est pas organisée de manière structurée pour tous les résidents dès leur admission et pendant leur séjour, ce qui peut engendrer un risque de mise en danger des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°24</u> : Organiser l'évaluation de la douleur de manière structurée dès l'admission et pendant le séjour des résidents accueillis.	3 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E36	<u>Ecart n°36</u> : En n'ayant pas mis en œuvre les moyens propres à assurer les soins palliatifs que l'état des résidents peut requérir, l'établissement n'est pas en capacité de satisfaire aux dispositions de l'article L1112-4 du CSP.	<u>Prescription n°25</u> : Mettre en place les moyens propres à assurer les soins palliatifs que l'état des résidents peut requérir.	3 mois	
R2	<u>Remarque n°2</u> : L'absence d'organigramme dédié à l'EHPAD ne permet pas une connaissance de l'organisation et des liens hiérarchiques existants.	<u>Recommandation n°1</u> :Mettre en place un organigramme dédié à l'EHPAD.	3 mois	
R13	<u>Remarque n°13</u> : La présence d'une 5 ^{ème} IDEC au sein des plannings et l'absence d'organigramme propre à l'EHPAD ne permettent pas la compréhension de l'organisation de l'EHPAD.			
R3	<u>Remarque n°3</u> : L'absence de lettre de mission au directeur délégué aux EHPAD ne permet pas de cadrer les contours de son poste.	<u>Recommandation n°2</u> : - Rédiger une lettre de mission pour le directeur délégué à l'EHPAD. – Officialiser une document encadrant la continuité de la fonction de direction.	3 mois	
R4	<u>Remarque n°4</u> : L'absence de document encadrant la continuité de la fonction de direction ne permet pas de s'assurer de l'organisation à mettre en place en cas d'absence du directeur.			
R5	<u>Remarque n°5</u> : En n'abordant pas ouvertement le sujet de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale, l'établissement ne se conforme pas aux recommandations de l'ANESM qui préconise "que le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du CVS. " (ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008)	<u>Recommandation n°3</u> : Aborder périodiquement le sujet de la bientraitance/ lutte contre la maltraitance en CVS.	Prochain CVS	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R6	Remarque n°6 : L'absence de référent bientraitance au sein de l'EHPAD ne permet pas d'identifier un garant institutionnel de la mise en place des bonnes pratiques et du développement de la culture de bientraitance (Recommandations ANESM : La bientraitance: définition et repère pour la mise en œuvre (Juillet 2008); prise en charge de la souffrance psychique de la personne âgée (janvier 2015); qualité de vie en Ehpad (4 volets de février 2011 à novembre 2012).	Recommandation n°4 : Identifier un référent bientraitance – Communiquer auprès des équipes concernant ses missions.	3 mois	
R7	Remarque n°7 : L'absence d'affichage dans l'établissement du triptyque maltraitance et du numéro d'appel national unique 3977 en cas de maltraitance est contraire aux recommandations de la HAS ² .	Recommandation n°5 : Afficher le triptyque maltraitance, le numéro d'appel national, la charte des confiance et d'incitation au signalement. S'assurer de la présence de ce dernier dans les dossiers des professionnels.	immédiat	
R9	Remarque n°9 : L'absence d'affichage au sein des locaux et de représentation au sein des dossiers des personnels de la charte de confiance et d'incitation au signalement ne permet pas de garantir son efficience.			
R8	Remarque n°8 : Bien qu'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des événements indésirables soit formalisé, ce dernier n'est pas opérationnel ce qui n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM (ANESM, <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> , décembre 2008).	Recommandation n°6 : Travailler sur l'opérationnalité du dispositif de traitement et d'analyse des EI.	6 mois	

² HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R10	Remarque n°10 : En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par la HAS ³ , l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.	Recommandation n°7 : Mettre en place une gestion rigoureuse des réclamations (notamment formalisée, tracée)	3 mois	
R14	Remarque n°14 : En ne faisant pas de la thématique de la maltraitance l'objet d'une formation spécifique, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande l'organisation de sessions de formation à destination <u>de l'ensemble des professionnels</u> en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux (recommandation ANESM : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance - Décembre 2008).	Recommandation n°8 : Intégrer la thématique de la prévention de la maltraitance dans le plan de formation – sensibiliser tous les professionnels.	6 mois	

³ HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008.

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R15	Remarque n°15 : En ne mettant pas en place de dispositif de soutien aux salariés (de type espaces d'échanges sur les pratiques professionnels et les conditions de travail -en l'absence de leur hiérarchie), l'établissement ne répond pas aux recommandations des pratiques professionnelles de la HAS-ANESM (mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées, juin 2008)	Recommandation n°9 : -Mettre en place des espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et sur les conditions de travail. - Mettre en place un dispositif de soutien aux professionnels.	6 mois	
R32	Remarque n°32 : L'établissement n'a pas mis en place un espace d'échange sur les pratiques professionnelles afin de développer les compétences et promouvoir la bientraitance des résidents. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles de la HAS-ANESM (...).			
R16	Remarque n°16 : L'absence d'organisation de réunions de service périodiques ne permet pas de répondre aux recommandations de l'ANESM (...) (ANESM Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - Décembre 2008).	Recommandation n°10 : Mettre en place des réunions de service périodiques.	6 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R17	Remarque n°17 : En n'apposant pas le patronyme ou un signe de reconnaissance (prénom, photo, pictogramme) des personnes accueillies sur les chambres privatives, l'établissement ne suit pas les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM (Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - novembre 2009) notamment l'affirmation du caractère privatif de la chambre du résident.	Recommandation n°11 : Personnaliser les portes des chambres des résidents.	3 mois	
R18	Remarque n°18 : En ne fournissant pas au personnel hôtelier les bonnes températures pour la conservation des aliments (à savoir entre 0 et 4°C) et une conduite à tenir en cas de dépassement de ces températures, l'établissement n'applique pas les recommandations de bonnes pratiques du CClin Arlin (Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social/ Restauration/ « Hygiène en restauration » - 2015) - et ne met pas en place son propre protocole "HACCP EHPAD la Collinière CH St Amand Les Eaux" page 50 : "TEMPERATURE DE STOCKAGE FROID POSITIF (toute marchandise FRAICHE)".	Recommandation n°12 : Mettre en place le protocole cité sur les températures de conservation des aliments et fournir notamment une conduite à tenir en cas de dépassement.	immédiat	
E19	Remarque n°19 : L'absence de procédure encadrant l'admission, de la réception du dossier à l'intégration de la chambre par le résident ne permet pas de garantir la qualité et l'exhaustivité des actions à mettre en place lors de l'admission d'un résident.	Recommandation n°13 : Mettre en place une procédure encadrant l'admission.	3 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R20	Remarque n°20 : L'absence de mise à jour du livret d'accueil ne permet pas de retranscrire la réalité exacte de l'offre proposée par la structure.	Recommandation n°14 : Mettre à jour le livret d'accueil.	6 mois	
R21	Remarque n°21 : L'absence de constatation de l'existence des livres de vie ne permet pas de s'assurer du recueil formalisé des habitudes de vie des personnes accueillies.	Recommandation n°15 : Mettre en place une organisation permettant de rendre opérationnels les livres de vie.	6 mois	
R26	Remarque n°26 : 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.	Recommandation n°16 : Revoir l'organisation des transmissions afin de permettre une circulation optimale des informations et la continuité de la prise en charge. (cf prescription n°21)	3 mois	
R27	Remarque n°27 : L'absence de fiche action animation ne répond pas aux engagements pris et ne permet pas une lisibilité à long terme du programme d'animation.	Recommandation n°17 : Mettre en place de manière efficiente les fiches actions animation.	immédiat	
R28	Remarque n°28 : En ne relayant pas les animations/ activités proposées au sein des unités et par le manque de coordination dans les animations (collectives sur l'EHPAD ou en unité), l'établissement ne met pas en place les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM " qualité de vie en EHPAD, volet 3, La vie sociale des résidents en Ehpad - janvier 2012", notamment en ne leur offrant pas la possibilité de continuer à exercer les différents rôles sociaux qu'ils souhaitent ou de recréer un nouveau réseau social au sein ou à l'extérieur de l'EHPAD.	Recommandation n°18 : - Travailler sur l'information des animations/activités proposées aux seins des unités. - Travailler sur la coordination dans les animations.	3 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R29	Remarque n°29 : L'absence de réalisation des engagements pris lors du CVS discrédite les décisions prises et ne permettent pas de rétablir une offre de prestation d'animation de qualité.	Recommandation n°19 : Réaliser les engagements pris lors des CVS.	immédiat	
R30	Remarque n°30 : La contention ne fait pas l'objet de la prescription systématique recommandée (Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – DGS/DGAS/Société française de gériatrie et gérontologie – octobre 2017)	Recommandation n°20 : Mettre une prescription systématique en cas de contention et réévaluer le bénéfice/risque de la contention à J+1 et en tant que de besoin.	immédiat	
R31	Remarque n°31 : L'EHPAD n'a pas mis en place une démarche qualité relative à la gestion des chutes : absence de bilans réguliers, absence de recherche des causes et absence de RETEX à destination de l'ensemble des professionnels.	Recommandation n°21 : Mettre en place une démarche qualité relative à la gestion des chutes.	6 mois	
R33	Remarque n°33 : L'absence d'hôtières en nombre suffisant en semaine et le week-end ne permet pas de garantir une prise en charge hôtelière de qualité.	Recommandation n°22 : Mettre en place un nombre suffisant d'hôtelier (notamment le soir et le week-end) afin de garantir un niveau de qualité de la prise en charge.	3 mois	
R34	Remarque n°34 : L'affichage des menus de la semaine en cours n'est pas assuré, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS ⁴ .	Recommandation n°23 : Afficher les menus du jour et de la semaine.	immédiat	

⁴ HAS, « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », Septembre 2011.

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R35	Remarque n°35 : Il n'a pas été mis en place de réunion entre les médecins (médecins prescripteurs et médecin coordonnateur) afin notamment de travailler sur des thématiques de gériatrie, telles que : les chutes, l'iatrogénie, la réévaluation médicamenteuse, la nutrition, les IEG, le circuit du médicament, la formation des professionnels.	Recommandation n°24 : Mettre en place un temps de réunion entre les médecins.	immédiat	
R36	Remarque n°36 : En ne transmettant pas les fiches de poste des professionnels, la structure n'a pas permis à la mission de s'assurer de leur existence et de les analyser.	Recommandation n°25 : Transmettre les fiches de poste des professionnels.	immédiat	
R39	Remarque n°39 : La section ou l'écrasement de médicaments sans consultation préalable d'une liste de médicaments à précautions particulières expose à une perte d'efficacité ou à une toxicité du médicament.	Recommandation n°26 : Mettre en place une organisation garantissant la consultation de la liste des médicaments à précaution avant toute section/ tout écrasement.	immédiat	
R40	Remarque n°40 : Tous les produits ne comportent pas la date de fin d'utilisation.	Recommandation n°27 : S'assurer que tous les produits comportent une date de fin d'utilisation.	immédiat	
R41	Remarque n°41 : l'EHPAD n'a pas mis en place de procédure relative à la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicaments comprenant les numéros de téléphone utiles.	Recommandation n°28 : Mettre en place une procédure relative à la conduite à tenir en cas d'erreur médicamenteuse (avec les n° utiles).	3 mois	

Ecart (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R42	Remarque n°42 : Le défaut de signalement des refus de soins aux médecins prescripteurs et aux proches et l'absence d'instauration d'échanges entre les professionnels ou de sollicitation de la psychologue le cas échéant ne sont pas conformes aux recommandations de la HAS/ANESM « volet 4 qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », p 37 : « Informer les proches (selon l'accord du résident) de tout événement majeur (dégradation de l'état de santé, refus de soins, troubles du comportement, détresse morale, idées suicidaires, chutes, difficultés d'alimentation ou d'hydratation...) », p 44 : « L'analyse de ces situations de façon collégiale vise à éviter deux situations de maltraitance : l'obstination déraisonnable d'une part, l'abandon thérapeutique d'autre part. Toute situation de refus entraîne une adaptation du projet personnalisé afin de poursuivre un accompagnement bien traitant ».	Recommandation n°29 : Formaliser et mettre en œuvre des actions autour du refus de soins : signalement au médecin prescripteur, échanges , ...	6 mois	
R43	Remarque n°43 : Le défaut de formation de tous les professionnels aux soins palliatifs n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM Volet 4, septembre 2012, p 88 (...).			
R44	Remarque n°44 : Le défaut d'organisation des soins palliatifs induit par l'absence de protocoles et le manque d'appropriation de cette thématique par les professionnels n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM volet 4 « qualité de vie en Ehpad, septembre 2012 », p 46 : « Mettre en	Recommandation n°30 : - Sensibiliser et former tous les professionnels concernés aux soins palliatifs ; - Mettre en place un protocole encadrant cette thématique.	6 mois	

Ecart(s) (E) et remarque(s) (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	Observations dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
<p>place un espace de parole pour les professionnels confrontés à une situation de soins mettant en danger vital le résident en faisant appel, si possible, à des personnes ou structures ressources externes à l'Ehpad : psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs, de gériatrie, instance éthique », p 83 : « Faire appel autant que de besoin aux équipes et personnes ressources disponibles : équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie ; hospitalisation à domicile ; réseau de santé de soins palliatifs ; association de bénévoles formés à l'accompagnement de fin de vie ; ministres du culte ».</p>			