

Réf : 2024-DOMS-PPT62-MM

Mission n° 2023-HDF-00230



Lille, le

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et

le président du conseil départemental à

Monsieur Laurent Gilleron
Directeur de l'EHPAD Harmonie
Rue Pierre Brossolette
59300 Aulnoy-lez-Valenciennes

LETTRÉ RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives à la suite de l'inspection du 28 septembre 2023 à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Harmonie » sis rue Pierre Brossolette à Aulnoy-lez-Valenciennes.

Dans le cadre du programme régional d'inspection/contrôle 2023, l'EHPAD « Harmonie », géré par le syndicat intercommunal à vocation unique (SIVU) Comité des âges du pays Trithois à Aulnoy-lez-Valenciennes, a fait l'objet d'une inspection sur le thème de la prévention de la maltraitance.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles afin de vérifier :

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

Faisant suite à cette inspection, une lettre de mesures urgentes a été adressée au directeur de l'EHPAD le 6 octobre 2023, à laquelle une réponse a été apportée le 17 octobre 2023.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 9 juillet 2024.

Par courrier reçu le 5 août 2024, 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 closent 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.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, pour 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 et, pour le Département du Nord, par la direction autonomie/service régulation des établissements personnes âgées. 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 que le directeur 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

Pièce jointe :

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

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	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	Le nombre de résident accueilli en hébergement permanent n'est pas conforme à la répartition de la capacité définie par l'arrêté de renouvellement de l'autorisation daté du 28 octobre 2016 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 : Régulariser le nombre de résident accueilli en hébergement permanent conformément à l'autorisation établie.	3 mois	

E2	Au jour de l'inspection, le registre des personnes accueillies n'existe pas au sein de l'établissement, contrairement aux dispositions des articles L.331-2 et R.331-5 du CASF.	P2 : Mettre en place un registre, côté et paraphé par le maire de la commune, des personnes accueillies au sein de l'établissement.	1 mois	
E3	En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement actualisé (absence de conseil de vie sociale pour sa validation et de date permettant de vérifier sa révision selon une périodicité de 5 ans, coordonnées obsolètes de l'ARS et du Conseil départemental du Nord), ni affiché, les dispositions des articles R311-33 à R311-37-1 et L311-7 du CASF ne sont pas respectées.	P3 : Mettre à jour le règlement de fonctionnement et ce avant la validation définitive du projet d'établissement et veiller à son affichage et à sa conformité avec la réglementation en vigueur.	/	
E4	En n'intégrant pas en annexe la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'article L.311-4 du CASF.	P4 : Intégrer en annexe du livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.	/	

E5	En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, en n'intégrant pas de plan précisant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-8, D312-158 et D312-160 du CASF.	P5 : Valider le projet d'établissement le plus rapidement possible en lien avec le médecin coordonnateur et le personnel de l'établissement et après consultation du CVS. Ce nouveau projet d'établissement devra se conformer aux textes en vigueur et notamment définir ses objectifs en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Il devra également préciser la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique devra aussi être intégré au projet d'établissement.	1 mois	
E6	En ne disposant d'un projet de soins actualisé, l'établissement contrevient aux dispositions des articles L311-8, D312-158, D311-38 et D312-160 du CASF.	P6 : Actualiser le projet de soins conformément aux articles L311-8, D312158, D311-38 et D312-160 du CASF.	1 mois	
E7	En n'ayant pas un temps de 0.4ETP de médecin coordonnateur, l'établissement ne respecte pas l'article D312-356 du CASF.	P7 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur de l'EHPAD	1 mois	

E8	L'absence de transmission d'une copie de la délégation de compétences et de missions confiées au directeur de l'EHPAD, en date du 2 juin 2021 au CVS n'est pas conforme à l'article D312-176-5 du CASF.	P8 : Transmettre une copie de la délégation de compétences et de missions confiées au directeur de l'EHPAD au CVS.	/	
E9	En ne réunissant pas au moins trois fois par an le CVS, en n'établissant pas des comptes rendus signés par le Président et en ne les affichant pas, l'établissement contrevient aux dispositions des articles D311-16, D311-20 et D 311-32-1 du CASF.	P9 : 1/ Réunir le CVS dans un délai de 3 mois pour y aborder le renouvellement des élus (dernière élection le 10 mai 2021) et faire valider le règlement de fonctionnement revu. 2/ Respecter la temporalité triennale des réunions, établir des comptes rendus et les afficher	1 mois	
E10	Au vu des constats supra concernant le règlement intérieur du CVS, l'établissement ne dispose pas d'un règlement intérieur du CVS conforme aux articles D311-5, D311-11, D311-13, D311-15, D31119 du CASF et au décret 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.	P10 : Elaborer un règlement intérieur du CVS conforme aux textes en vigueur.	/	

E11	En l'absence de transmission aux autorités de tutelle sans délai et par tout moyen, des informations concernant les dysfonctionnements graves et événements prévus par l'article L.331-8-1 du CASF, l'établissement contrevient aux articles R. 331-8 et suivants du CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	P11 : Informer les autorités de tutelles de tout dysfonctionnements graves et événements indésirables prévus à l'article L.331-8-1 du CASF et ce conformément aux articles R. 331-8 et suivants du CASF et à l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.	Immédiat	
E12	En laissant les AVS réaliser des toilettes dites complètes, les dispositions des articles R4311-4 et R4311-5 du code de la santé publique ne sont pas respectées.	P12 : Revoir les fiches de tâches des AS et AVS pour éviter le glissement de tâches ; les toilettes complètes devant être réalisées par des AS tandis que les AVS doivent normalement accompagner le résident dans sa toilette.	Immédiat	
E13	En ne s'assurant pas de la fermeture des armoires techniques situées derrière les barres d'appui des couloirs, l'établissement ne prend pas toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des résidents lors de leur déambulation dans les couloirs de l'établissement, ce qui ne contrevient aux dispositions de l'article L 311-3 du CASF.	P13 : Vérifier que toutes les armoires techniques situées derrière les barres d'appui des couloirs soient fermées et qu'elles ne puissent pas s'ouvrir lorsqu'un résident s'appuie sur la barre.	Immédiat	
E14	En ne munissant pas toutes les portes de chambres d'un système occultant pour fenêtre, l'établissement ne garantit pas le respect de l'intimité des résidents au sein de leur logement personnel ni la possibilité de mixité au sein de l'établissement contrairement aux dispositions de l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	P14 : Installer sur toutes les fenêtres des portes de chambre un système occultant afin de garantir l'intimité des résidents.	/	

E15	En ne prenant pas l'attache du SDIS lors des pannes du système de sécurité incendie de l'établissement qui durent plusieurs jours et en ne limitant pas l'ouverture des fenêtres dans les étages, l'établissement ne met pas en place les actions nécessaires à la survie des résidents en cas d'incendie et ne prend pas en compte les risques liés aux troubles cognitifs et le risque suicidaire chez les personnes âgées hébergées en établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 alinéa 1 du CASF : garantir la sécurité des personnes prise en charge.	<p>P15 : Informer le SDIS dès lors que l'EHPAD subit une panne du système de sécurité incendie (ainsi que les autorités de tutelle (cf. P11)) afin qu'il puisse vous orienter sur les actions à mettre en œuvre pour garantir la sécurité des résidents.</p> <p>Veiller à limiter l'ouverture des fenêtres dans les étages et à prendre toutes dispositions pour les personnes présentant des troubles cognitifs et/ou un risque suicidaire.</p>	3 mois	
E16	En ne disposant dans les dossiers des résidents, de tous les avenants au contrat de séjour, relatif aux objectifs et prestations adaptées, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311 du CASF.	P16 : S'assurer que tous les dossiers des résidents soient complets et conformes à la réglementation en vigueur.	/	
E17	Le fonctionnement non optimal du système anti-fugue et le système de digicode à l'entrée de l'établissement non fonctionnel ne permet de garantir la sécurité des résidents (article L311-3 alinéa 1 du CASF).	P17 : Veiller à ce que les résidents ne puissent pas retirer leur bracelet anti-fugue et s'assurer que le système de digicode à l'entrée de l'établissement fonctionne correctement.	/	

E18	<p>Les fermetures de portes, en l'absence de prescription médicale, ne peuvent garantir le bien-être des résidents et leur liberté d'aller et venir au sein de l'établissement, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF. En outre la fermeture des portes ne peut palier le défaut de surveillance par le personnel de l'établissement conformément aux recommandations de l'ANESM relatives à l'équilibre entre liberté de circuler et sécurité.</p>	<p>P18 : Porter une réflexion éthique sur le niveau de risque acceptable et les conditions dans lesquelles peut être assuré, pour chaque personne accueillie, un bon équilibre entre liberté de circuler et sécurité.</p>	1 mois	
E19	<p>Le protocole contention précise qu'en cas d'urgence, une contention pourra être mise en œuvre à l'initiative de l'infirmier en poste. La contention ne constitue pas un acte pouvant être initié par un personnel infirmier tel que précisé dans les articles R4311-1 et suivants du CSP ; toute contention est mise en œuvre après qu'un médecin l'ait prescrite.</p>	<p>P19 : Revoir le protocole de contention en respectant la réglementation en vigueur</p>	1 mois	

E20	<p>Le protocole « hydratation sous cutanée » ne reprend pas dans sa totalité le contenu de l'article R4311-7 du CSP qui définit le rôle de l'infirmier habilité à pratiquer les actes de perfusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 du CSP, qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, • soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin. 	P20 : Revoir le protocole "hydratation sous cutanée" en respectant la réglementation en vigueur	1 mois	
E21	Les conditions d'accès et de stockage des dossiers médicaux ne garantissent pas le respect des dispositions de l'article L1110-4 du CSP relatives au secret médical.	P21 : Sécuriser l'accès aux dossiers médicaux.	/	
E22	En n'ayant pas transmis à la mission d'inspection les conventions avec les 3 officines de pharmacie et l'EHPAD, la mission n'a pas pu vérifier que l'article L.5126-10 du CSP était respecté.	P22 : Transmettre les conventions de partenariats avec les 3 officines de pharmacie.	/	

E23	En l'absence d'encadrement et de contrôle ultime des médicaments par une IDE dans le cadre de la distribution des médicaments, les dispositions des articles R4311-4 et suivants du CSP ne sont pas respectées.	P23 : Revoir l'organisation de la distribution du médicament	1 mois	
E24	Les conditions de détention des médicaments stupéfiants ne sont pas suffisamment sécurisées (arrêté du 22 février 1990 relatif aux conditions de détention des substances et préparations classées comme stupéfiants).	P24 : Sécuriser les stupéfiants situés dans le local de pharmacie et mettre en place un cahier de suivi	/	
E25	Le sac d'urgence n'est pas fermé par un cadenas, un lien d'inviolabilité ou système équivalent permettant d'assurer sa sécurité et de pouvoir détecter toute ouverture et utilisation non tracée, ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité telle que prévue à l'article L.311-3 du CASF.	P25 : Ajouter un système de sécurité au sac d'urgence (cadenas, lien d'inviolabilité ou système équivalent).	/	

E26	Le désordre constaté dans les salles de soins constitue un risque pour la qualité et l'hygiène des soins et l'absence de surveillance régulière de la température d'un réfrigérateur contenant des médicaments ne permet pas de garantir la conservation des médicaments thermosensibles dans des conditions conformes aux résumés des caractéristiques des produits définis dans l'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Par conséquent, cela ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité telle que prévue à l'article L311-3 du CASF.	P26 : Veiller à ce que les salles de soins soient rangées et mettre en place une surveillance régulière de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments.	/	
E27	En ne disposant pas de convention avec un établissement de santé, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 11° du CASF.	P27 : Transmettre les conventions établies avec le GHT HainautCambrésis si celles-ci sont conclues. Si elles ne le sont pas, établir les conventions pour se conformer à la réglementation en vigueur.	/	
E28	En ne disposant pas d'une commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 3° du CASF.	P28 : Mettre en place une commission de coordination gériatrique au sein de l'EHPAD	3 mois	

R1	Les documents relatifs au nombre de résidents accueillis dans la structure ne sont pas uniformisés et apportent de la confusion et un manque de visibilité précise sur la population accueillie.	R1 : Uniformiser les documents relatifs au nombre de résidents accueillis dans la structure	Sans délai	
R2	En ne précisant pas les modalités de fonctionnement du pôle dans le projet de service du PASA, ce dernier n'est pas conforme au cahier des charges relatif aux PASA.	R2 : Formaliser les modalités de fonctionnement du PASA dans le projet de service du PASA.	1 mois	
R3	L'absence de projet d'établissement récent ne permet pas au personnel de « donner un sens à leurs pratiques professionnelles, d'identifier le cadre organisationnel et d'en rappeler la finalité : répondre aux besoins et aux attentes des usagers » (Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, ANESM, décembre 2009).	R3 : Actualiser le projet d'établissement et le communiquer au personnel	1 mois	

R4	L'absence de formalisation d'une procédure d'astreinte ne permet pas au personnel d'appréhender clairement son fonctionnement et l'organisation autour de la continuité de la fonction de direction.	R4 : Formaliser le fonctionnement de l'astreinte et la continuité de la fonction de direction.	1 mois	
R5	En ne disposant pas d'une charte de la bientraitance travaillée au sein de l'établissement, ce dernier ne met pas en place les recommandations de l'HAS - « Le déploiement de la bientraitance : Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD », Mai 2012.	R5 : Mettre en place une charte de la bientraitance.	1 mois	
R6	L'absence de protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance ne permet pas aux professionnels d'appréhender les démarches et les consignes mises en œuvre par l'établissement à ce sujet.	R6 : Mettre en place un protocole de prévention et de lutte contre la maltraitance.	Sans délai	

R7	<p>En ne disposant pas d'un dispositif d'analyse des signalements, évènements indésirables ou réclamations formalisé et opérationnel, l'organisation de la gestion des événements indésirables ne permet ni un suivi de qualité ni la mise en place de mesures correctives appropriées garantissant la sécurité des résidents contrairement aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et évènements indésirables » (ANESM, Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008).</p>	<p>R7 : Mettre en place un dispositif d'analyse des signalements, des évènements indésirables ou réclamations.</p>	1 mois	
----	--	---	--------	--

R8	<p>En l'absence d'une gestion rigoureuse des réclamations des familles formalisée et tracée, telle que recommandée par l'HAS, « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (décembre 2008), l'établissement ne dispose pas d'une véritable politique de gestion du risque.</p>	R8 : Veiller à formaliser et à tracer la gestion des réclamations des familles.	1 mois	
R9	<p>Le nombre important de nature d'événement indésirable disponible sur la fiche de déclaration FEI complexifie l'identification de la nature du fait déclencheur. De plus certaines natures relèvent d'un niveau de connaissance en soin au-dessus des compétences de certains soignants. Par exemple : « El susceptible d'être dû à un médicament : lié à ses propriétés pharmaceutiques », cette analyse relève d'un médecin ou d'un IDE. De même « Accident d'exposition aux soins » est une nature qui peut englober un grand nombre d'événements indésirables, à ne pas confondre avec AES : « accident d'Exposition au Sang ».</p>	R9 : Simplifier la nature d'évènement indésirable disponible sur la fiche de déclaration FEI et réduire les possibilités.	1 mois	

R10	<p>L'organisation des remplacements n'est pas formalisée dans un protocole et l'absence de pool de remplacement peut constituer un risque dans la continuité de la prise en charge des résidents. La HAS recommande d'aménager l'organisation du travail pour ajuster le mieux possible les rythmes des professionnels à ceux des usagers (« mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance déc. 2008 »).</p>	<p>R10 : Formaliser l'organisation des remplacements de personnels en cas d'absence</p>	3 mois	
R11	<p>L'absence de transmission de la fiche de poste des aides soignants n'a pas permis à la mission d'inspection de vérifier leur mission.</p>	<p>R11 : Transmettre la fiche de poste des aides soignants à la mission d'inspection.</p>	Sans délai	

R12	<p>Cette absence d'information sur l'existence de fiche de tâches peut engendrer un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension des rôles de chacun (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).</p>	R12 : Formaliser une fiche de tâche pour les professionnels exerçant dans l'EHPAD.	3 mois	
R13	<p>L'absence d'évaluation régulière des agents ne facilite pas la mise en place d'un accompagnement, par l'encadrement, destiné à prévenir la maltraitance par la reconnaissance et la valorisation des talents et compétences de chaque professionnel. (Recommandation de l'ANESM relative aux missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – partie II relative à la mise en place d'une organisation et des pratiques d'encadrement conformes aux objectifs de prévention de la maltraitance – Décembre 2008).</p>	R13 : Etablir une temporalité d'évaluation et veiller à son respect.	1 mois	

R14	L'hygiène des offices alimentaires ne fait pas l'objet d'un plan de nettoyage au quotidien ni d'un plan de nettoyage approfondi comme le recommande les bonnes pratiques du CCLin-Arlin (Maîtrise du risque infectieux en établissement médicosocial/ Restauration/ Hygiène en restauration - 2015 ; page 2 : "Ranger la vaisselle dans des placards propres et ordonnés" et page 5 "Vérification quotidienne du réfrigérateur")	R14 : Etablir un plan de nettoyage au quotidien et approfondi des offices alimentaires dans les différentes unités de l'EHPAD et mettre en place une traçabilité de l'hygiène de ces locaux suivant le plan.	Sans délai	
R15	Le report du déclenchement de l'appel malade sur le téléphone de l'AS ne permet pas une intervention rapide.	R15 : Vérifier et s'assurer de l'efficacité du dispositif d'appel malade	Sans délai	
R16	La procédure d'accueil et d'admission ne comprend pas toutes les informations nécessaires à son bon déroulé.	R16 : Ajouter à la procédure d'accueil et d'admission la référence au dossier unique, la fiche type "fiche admission" et la traçabilité de la recherche de consentement.	Sans délai	
R17	L'absence d'organisation de temps d'échanges et de formalisation d'un protocole relatif à l'organisation des transmissions peut entraver la bonne circulation des informations sur la prise en charge des résidents mais également sur les projets portés par l'EHPAD.	R17 : Protocoliser les transmissions et mettre en place des réunions périodiques avec le personnel et l'équipe de direction à l'issue desquelles des comptes rendus seront formalisés et transmis à qui de droit.	1 mois	

R18	La plupart des protocoles ne présente pas d'identification de l'établissement, de date de mise à jour et de validation médicale et administrative.	R18 : Veiller à ce que tous les protocoles soient datés et validés médicalement et/ou administrativement avec l'identification de l'établissement et qu'ils fassent référence, si possible, aux recommandations de la HAS.	3 mois	
R19	L'organisation des régimes alimentaires et de la gestion des troubles de la déglutition ne fait pas l'objet d'une formalisation dans un protocole.	R19 : Protocoliser l'organisation des régimes alimentaires et la gestion des troubles de la déglutition.	1 mois	
R20	Le protocole « alimentation : risque de dénutrition, malnutrition » n'a pas été transmis à la mission d'inspection.	R20 : Transmettre le protocole « alimentation : risque de dénutrition, malnutrition » à la mission d'inspection.	Sans délai	
R21	L'absence de diététicienne ne permet pas aux résidents de bénéficier de repas de qualité répondant à leurs besoins et leurs choix.	R21 : Envisager l'embauche d'une diététicienne.	3 mois	
R22	Parmi les cinq dossiers médicaux analysés, trois contiennent une prescription de contention dont la durée n'est pas mentionnée.	R22 : Veiller à ce que les prescriptions de contention soient affiliées à une durée.	Sans délai	

R23	Les protocoles de soins ne sont pas finalisés (validation).	R23 : Finaliser et valider les protocoles de soins.	1 mois	
R24	Le protocole relatif à la douleur est théorique et ne précise pas le rôle spécifique des professionnels soignants ainsi que les modalités de prévention, de surveillance et d'alerte de la douleur chez un résident.	R24 : Revoir l'ensemble des protocoles afin d'identifier le rôle des professionnels soignants, les modalités de prévention, de surveillance et d'alerte chez le résident et qu'ils y aient des références valides.	1 mois	
R25	Le protocole ne précise pas les rédacteurs, vérificateurs et valideurs et aucune référence aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS n'est indiquée.	Cf. recommandation n°18.	3 mois	
R26	En n'impliquant pas le médecin coordonnateur et l'ergothérapeute dans l'analyse des chutes des résidents, l'établissement ne peut pas mettre en place les actions nécessaires à leur prévention.	R25 : Associer le médecin coordonnateur et l'ergothérapeute dans l'analyse des chutes des résidents pour établir un plan d'actions de prévention.	Sans délai	
R27	Les trois protocoles relatifs aux escarres ne précisent pas le rôle spécifique des professionnels soignants ainsi que les modalités de prévention, de surveillance et d'alerte des troubles cutanées de la personne âgée.	Cf. recommandation n°24.	1 mois	

R28	En ne faisant référence à aucune source ou recommandation valide, et en ciblant uniquement les personnes présentant une démence, le protocole « agitation et agressivité » ne peut être appliqué en l'état.	Cf. recommandation n°24.	1 mois	
R29	Le sac premiers secours et le protocole relatif à son utilisation ne comportent pas de traçabilité nominative de la vérification de son contenu après chaque utilisation ou ouverture.	R26 : Mettre en place une traçabilité nominative dès lors que le contenu du sac de premier secours est vérifié et/ou utilisé et revoir le protocole afférent.	Sans délai	
R30	L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est insuffisante et ne lui permet pas d'instaurer et de bénéficier d'un éventail de coopérations et de collaborations formalisées avec les partenaires du médicosocial.	R27 : Travailler sur l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur.	3 mois	
R31	Tous les partenariats créés ne font pas l'objet d'une convention formalisée.	R28 : Formaliser tous les partenariats créés à travers des conventions.	3 mois	