



62

Pas-de-Calais
Le Département**Le directeur général**

Réf : 2025-D3SE-SDIC-MP
Mission n°2023-HDF-00233

Le président du conseil départemental

Lille, le

19 AOUT 2025

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Monsieur le président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection 2023, nous avons conjointement décidé de diligenter une inspection au sein de l'EHPAD Résidence le Parc du manoir à Gonnehem, en application des articles L. 313-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles. Cette inspection a été réalisée le 23 novembre 2023.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés par courrier le 6 mai 2025.

Par courrier électronique reçu le 6 juin 2025, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard de votre retour, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. Seules des observations de natures déclaratives ont été apportées sans transmission d'éléments de preuves permettant de les étayer. 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 Pas-de-Calais de la direction de l'offre médico-sociale en charge du suivi de votre établissement et, pour le Département du Pas-de-Calais, par l'auditeur qualité du service de la qualité et des financements de la direction de l'autonomie et de la santé. 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 et les éléments de preuve de la mise en œuvre des mesures identifiées, dans le respect des délais fixés.

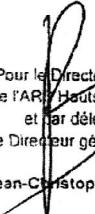
André FLAJOLET
Président
Association Résidence du parc du manoir
480, rue Godefroy Bar
62920 GONNEHEM

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.

Nous vous prions d'agrérer, Monsieur le président, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le président du conseil départemental
et par délégation,
le directeur du pôle solidarités,


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


Le Directeur du Pôle Solidarités
Par interim
Pierre HILAIRE

Pièce jointe :

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

Mesures correctives à mettre en œuvre
Inspection du 23 novembre 2023 de l'EHPAD Résidence du Parc du manoir à Gonnehem.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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 registre légal des entrées et sorties prévu à l'article L331-2 du CASF n'est pas mis en place.	P1 : Mettre en place un registre légal des entrées et sorties conforme aux dispositions de l'article L331-2 du CASF.	Immédiat	
E2	L'établissement ne respecte pas son autorisation de fonctionnement en accueillant 82 résidents en hébergement permanent pour une capacité autorisée de 80 places et en n'offrant plus d'accueil en HT alors qu'il est autorisé pour 4 places.	P2 : Respecter la décision d'autorisation qui prévoit une capacité d'accueil de 80 places en HP et 4 en HT.	Au fur et à mesure des prochaines sorties et nouvelles admissions	
E3	L'établissement ne respecte pas son autorisation de fonctionnement et sa décision tarifaire qui ne lui accordent pas de dérogation expresse d'ouverture réduite de l'accueil de jour à 4 jours par semaine.	P3 : Réorganiser l'accueil de jour en vue d'un fonctionnement quotidien du lundi au vendredi conformément à l'arrêté d'autorisation et à la décision budgétaire.	3 mois	
E4	En ne soumettant pas le règlement de fonctionnement aux IRP, l'établissement méconnaît les dispositions de l'article R311-33 CASF.	P4 : soumettre le prochain règlement de fonctionnement aux IRP pour avis avant son adoption définitive conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	A l'occasion du renouvellement du règlement de fonctionnement	
E5	En ne remettant le règlement de fonctionnement ni aux résidents ni aux professionnels, l'établissement méconnaît les dispositions de l'article R311-34 du CASF.	P5 : Remettre le règlement de fonctionnement aux résidents accueillis et à chaque personne qui y exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public, soit à titre libéral, ou qui y intervient à titre bénévole, conformément aux dispositions de l'article R311-34 du CASF.	Immédiat	
E6	En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement ne respecte pas les dispositions des articles L.311-8 du CASF et D.311-38 du CASF.	P6 : Elaborer un projet d'établissement conforme aux exigences légales et réglementaires du CASF et	6 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
		aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.		
E7	En ne réunissant pas le CVS au moins trois fois par an, l'établissement méconnaît les exigences de l'article D311-16 du CASF.			
E8	En ne prévoyant pas un nombre des représentants des personnes accompagnées et des représentants présents (famille, représentants légaux et mandataires) supérieur à la moitié des membres, l'établissement ne permet pas au CVS d'émettre des avis valables au sens de l'article D311-17 du CASF.	P7 : Garantir un fonctionnement du CVS conforme aux exigences réglementaires en termes de périodicité des réunions et de représentativité des membres présents aux réunions pour lesquelles un avis du CVS est demandé.	Dès la prochaine réunion du CVS	
E9	En ne disposant pas d'un livret d'accueil, l'établissement méconnait les dispositions de l'article L311-4 du CASF.	P8 : Elaborer un livret d'accueil conforme aux exigences réglementaires et recommandations de bonnes pratiques, précisant les actions menées en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
E10	Les outils existants de la loi 2002-2 ne traduisent aucune politique interne de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	P9 : Formaliser une politique interne de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance en impliquant l'ensemble des professionnels, les résidents et leurs familles ; traduire cette politique dans les outils de la loi 2002-2 et la porter à la connaissance de chaque personne intervenant dans l'établissement à quel titre que ce soit (professionnels salariés, libéraux, bénévoles) ainsi qu'aux résidents et leurs familles.	3 mois pour élaborer la politique et les protocoles et les porter à la connaissance de toutes les parties prenantes. Au fur et à mesure de l'élaboration ou mise à jour pour la traduire dans les outils de la loi 2002-2.	
R3	En l'absence de protocoles formalisés mis à disposition des équipes et d'appropriation des protocoles et des documents institutionnels, la mise en œuvre de la politique menée en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance n'est pas garantie.	R1: Mettre à disposition des équipes des protocoles formalisés relatifs à cette politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance et s'assurer régulièrement de leur appropriation par chacun.		
E17	Contrairement à la circulaire DGAS/2A n°2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique contre la maltraitance, aucune formation relative à la prévention de la maltraitance et à l'amélioration de la bientraitance n'est dispensée au sein de l'EHPAD	P10 : Inclure la thématique de la promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance dans les plans de formation et veiller à ce que l'ensemble du personnel soit formé progressivement et régulièrement.	Dès le plan 2025	
R4	En n'abordant pas ouvertement le sujet de la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance au sein du conseil de la vie sociale, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de l'ANESM qui préconisent "que	R2 : Aborder périodiquement le sujet de la maltraitance au sein du CVS.	Dès le prochain CVS et à périodicité régulière par la suite	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
	le sujet de la maltraitance soit évoqué périodiquement au sein du conseil de la vie sociale..." (<i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et la lutte contre la maltraitance – ANESM, Décembre 2008</i>).			
R5	En n'identifiant pas un référent maltraitance, l'établissement ne respecte pas les recommandations de l'ANESM –	R3: Identifier un référent maltraitance et en informer tous les professionnels intervenant dans l'établissement, les résidents et leurs proches.	3 mois	
E11	L'absence d'identification dans le règlement de fonctionnement des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.	P11: Identifier dans le règlement de fonctionnement les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles conformément aux dispositions de l'article R311-35 du CASF.	Selon mise à jour du RF	
E12	En ne disposant pas d'une copie du diplôme de chaque agent, l'établissement ne peut garantir les prestations réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées prévues à l'article L312-1-II du CASF.	P12 : S'assurer des qualifications des professionnels intervenant dans l'établissement en versant une copie de leurs diplômes dans leurs dossiers administratifs.	3 mois	
E13	L'établissement n'a pas désigné un référent « activité physique/sport adapté » formé, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-12 du code de l'action sociale et des familles	P13: Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation.	Immédiat	
E14	Le personnel affecté à l'accueil de jour au jour de l'inspection ne dispose pas des qualifications suffisantes permettant une prise en charge de qualité et sécurisée répondant à l'objectif de ce dispositif prévu par la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.	Dysfonctionnement corrigé dans le cadre de l'injonction levée par courrier du 10 février 2025.		

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
E15	L'absence de vérification de la concordance résident/ordonnance/médicaments avant la distribution des médicaments est de nature à présenter un risque pour la sécurité de la prise en charge au sens de l'article L311-3 du CASF et ne respecte pas les bonnes pratiques professionnelles (<i>Guide sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans pharmacie à usage intérieur : points de vigilance</i> ; ARS Hauts de France, RRéVA, OMéDIT Hauts de France, janvier 2020).	Dysfonctionnement corrigé dans le cadre de l'injonction levée par courrier du 10 février 2025.		
E16	L'organisation des équipes favorise les glissements de tâches d'une part des IDE vers les AS, d'autre part des AS vers les AMP et AVS, ce qui compromet la qualité et la sécurité de la prise en charge au sens de l'article L311-3 du CASF.	P14 : Faire cesser les glissements de tâches des IDE vers les AS. P15 : Entreprendre les démarches visant à supprimer les glissements de tâches des AS vers les AVS/AMP, et transmettre un échéancier	Immédiat	
E18	Le temps d'intervention du médecin coordonnateur de 0.4 ETP n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-156 du CASF au regard de la capacité d'accueil pour laquelle l'établissement est autorisé.	P16 : Indiquer les moyens que la direction de l'établissement entend mobiliser pour remédier à cette situation	Immédiat	
E19	L'établissement ne garantit pas suffisamment la présence quotidienne de personnel qualifié pour composer des équipes pluridisciplinaires, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.311-3 et L.312-1 du CASF.	P17 : Entreprendre les démarches visant à composer des équipes pluridisciplinaires avec du personnel qualifié et transmettre un échéancier.	Immédiat	
E24	L'absence de personnel à certains moments de la journée au sein de l'AJ ne permet pas de garantir la sécurité des personnes accueillies au sens de l'article L311-3 du CASF.	P18 : Mettre en place une organisation de la répartition des tâches entre les personnels EHPAD/AJ de façon à garantir la présence continue d'un personnel au sein de l'AJ.	1 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
R11	L'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels et avec des thématiques ciblées au regard des nécessités de prise en charge ne permet pas « la formalisation, la structuration et la consolidation des savoirs en les articulant avec le champ de connaissances relatives aux populations accompagnées... en vue d'ajuster les pratiques et de développer les compétences individuelles et collectives » (<i>Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées – ANESM , Juin 2008</i>).	R4: Elaborer un plan de formation pluriannuel prenant en compte les nécessités de prise en charge et offrant à chaque professionnel la possibilité de développer ses compétences	Dès 2025	
R12	En n'assurant pas à l'ensemble du personnel un accompagnement ni un soutien formalisé de type analyse des pratiques ou supervision, en complément d'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, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par la HAS (<i>Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance – ANESM - décembre 2008</i>).	R5 : Mettre en place un dispositif formalisé de soutien professionnel du personnel	3 mois	
R13	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. (<i>Missions du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement</i>	R6 : Organiser des évaluations professionnelles annuelles de chaque agent	Dès 2025	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
	<i>dans la prévention et le traitement de la maltraitance – ANESM – décembre 2008».</i>			
E20	Les locaux et les équipements ne permettent pas d'assurer une sécurité des personnes et des biens suffisante et adaptée à la population prise en charge au sens de l'article L311-3 du CASF.	Dysfonctionnement corrigé dans le cadre de l'injonction levée par courrier du 10 février 2025.		
E21	L'ouverture d'espaces techniques contenant des produits et/ou du matériel, en l'absence de l'intervention d'un professionnel, présente un risque pour la sécurité des résidents contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	P19: Maintenir la fermeture systématique de l'ensemble des espaces techniques en l'absence d'intervention d'un professionnel afin de garantir la sécurité des résidents prévue par l'article L311-3 du CASF.	Immédiat	
E22	La conservation de traitements thermosensibles dans des réfrigérateurs non dédiés et non sécurisés contrevient à l'article R4312-39 du code de santé publique	P20: Conserver les traitements thermosensibles dans des réfrigérateurs dédiés et sécurisés.	Immédiat	
E23	L'absence de recherche et de recueil du consentement de la personne avant son entrée est contraire à l'article L311-3 4° du CASF.	P21: Rechercher et recueillir le consentement de la personne par des moyens adaptés à ses capacités de compréhension et d'expression.	Immédiatement pour chaque nouvelle admission. Dans le cadre des travaux sur les projets individualisés.	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
R15	En ne disposant pas pour chaque résident d'un projet individualisé et réévalué périodiquement, l'établissement ne permet pas l'adaptation de la prise en charge aux besoins de la personne comme le préconisent les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. (<i>Les attentes de la personne et le projet personnalisé</i> - ANESM, Décembre 2008).	R7: Élaborer des projets individualisés pour chaque résident et les réévaluer régulièrement.	Planification : 1 mois. Elaboration de tous les PAP : 12 mois Réévaluation annuelle ou avant si besoin	
E25	Les temps dédiés aux repas, l'organisation du personnel, la gestion des stocks alimentaires, ne permettent pas d'offrir aux résidents une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité et adaptés à leurs âges et besoins au sens de l'article L311-3 du CASF.	P22: Planifier les temps dédiés aux repas, à l'organisation du personnel et à la gestion des stocks alimentaires de façon à garantir une prise en charge et un accompagnement individualisés des résidents de qualité et adaptés à leurs âges et besoins.	1 mois	
E26	Le non-respect des régimes spéciaux des résidents présente un risque pour leur santé au sens de l'article L311-3 du CASF.	P23: Respecter les régimes spéciaux des résidents.	Immédiat	
E27	La présence de denrées alimentaires périmées présente un risque pour la santé des résidents au sens de l'article L311-3 du CASF.	P24: Assurer un suivi rigoureux des denrées de consommation périssables et jeter les denrées périmées.	Immédiat	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
E28	Le défaut d'indication nominative et de date de distribution des bouteilles d'eau ne permet pas d'assurer un suivi rigoureux de l'hydratation des résidents et présente un risque de confusion entre les résidents contraire à l'exigence de sécurité posée par l'article L311-3 du CASF.	P25 : Préciser les noms et les dates de distribution sur les bouteilles d'eau mises à disposition des résidents.	Immédiat	
E29	L'utilisation des cartes vitales des résidents pour des consultations médicales ou paramédicales incluses dans le forfait soins versé à l'établissement n'est pas conforme aux modalités de financement des EHPAD prévues par les articles R314-159 et suivants du CASF, et représente un risque de double paiement par l'assurance maladie.	P26 : Contrôler l'utilisation des cartes vitales par les professionnels extérieurs afin de prévenir le risque de double paiement par l'assurance maladie.		06/06/2025
R1	La liste des résidents accueillis n'est pas complète en ce qu'il manque la date de naissance de l'un d'eux.	R8 : Tenir la liste des résidents accueillis avec rigueur en précisant leur date de naissance.	Immédiat	
R2	Des résidents sont maintenus en UVA alors qu'ils ne répondent plus au projet de l'unité.	R9 : Procéder à la réorientation en hébergement classique des résidents ne répondant plus au projet de l'UVA.	Au fur et à mesure des prochaines sorties et nouvelles admissions	
R6	En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations, signalements ou évènement indésirables, formalisé et opérationnel, l'établissement n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques (<i>Mission du responsable d'établissement et rôle de</i>	R10 : Formaliser un dispositif de recueil, de traitement, d'analyse et de suivi des réclamations, signalements ou événements indésirables en associant les professionnels ; en assurer la diffusion auprès de toutes les personnes intervenant dans	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
	<i>l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - ANESM, Décembre 2008).</i>	I'établissement à quel titre que ce soit ainsi qu'aux usagers		
R9	Il n'existe pas de procédure formalisée relative à la gestion et au suivi des réclamations orales et écrites, ce qui ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.			
R7	L'absence d'exploitation des fiches de signalement des évènements indésirables au sein de l'établissement ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.	R11 : Exploiter les fiches de signalement des événements indésirables et en faire un suivi annuel (constats, actions, suivi).	Dès 2025	
R8	Les réclamations émises par les résidents ou leurs familles et les solutions apportées par l'établissement ne sont pas tracées.	R12 : Tracer les réclamations des usagers.	Immédiat	
R10	L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (<i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - ANESM, décembre 2008).</i>	R13 : Formaliser les missions et responsabilités de chaque professionnel par des fiches de poste et/ou de fonctions portées à leur connaissance.	3 mois	

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
R14	La signalétique des différents espaces ne permet pas une orientation aisée des résidents telle que préconisée par les recommandations de la HAS. Référence ?	R14 : Adapter la signalétique des espaces à leur destination réelle.	Immédiat	
R16	L'établissement n'organise pas des réunions de services et/ou d'informations entre le management de proximité et les agents afin de travailler notamment sur la qualité des prestations (soins, hébergement, animation...), l'organisation du travail, l'accueil des nouveaux salariés, les attentes des résidents et leur famille. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM (<i>Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</i> , juin 2008)	R15 : Organiser des réunions de service et/ou d'informations régulières et chaque fois que de besoin entre le management de proximité et les professionnels.	1 mois	
R17	De par son ancienneté, le protocole relatif à la prise en charge de la contention physique ne permet pas de garantir des conduites à tenir et postures d'intervention à jour de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	R16 : Mettre à jour tous les protocoles et assurer leur évaluation périodique dans des délais de 3 à 5 ans.	6 mois	
R19	L'évaluation périodique des protocoles applicables dans l'établissement n'est pas assurée, ce qui ne répond pas à une démarche d'amélioration continue de la qualité et ne permet pas de garantir des conduites à tenir et postures d'intervention à jour de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.			

Ecarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I) / Mise en demeure (MED) / Prescriptions (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)
R20	La non-présentation systématique des protocoles applicables dans l'établissement aux salariés ne permet pas de garantir leur connaissance par ces derniers et est susceptible de constituer un frein à leur appropriation et leur effectivité.	R17: Assurer la connaissance par tous les professionnels des protocoles applicables dans l'établissement en prévoyant leur présentation effective aux salariés et leur mise à jour en impliquant les équipes	Au fur et à mesure des embauches et de la mise à jour des protocoles	
R18	Les remarques exprimées par les résidents aux commissions restauration et CVS et les pistes d'amélioration identifiées avec eux ne sont pas suivies d'une prise de décision et d'une mise en œuvre effective, ce qui constitue une non prise en compte de leur expression.	R18: Respecter l'expression des usagers en prenant les décisions adaptées permettant la mise en œuvre de pistes d'améliorations identifiées lors des commissions restauration et CVS.	Dès les prochaines réunions au cours desquelles des pistes d'amélioration de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement sont identifiées	
R21	Le défaut de communication de ses décisions par la direction contribue à alimenter les tensions entre les professionnels intervenant dans l'établissement et au mal-être des résidents qui ressentent ces tensions.	R19: Communiquer chaque décision de la direction à l'ensemble des professionnels de l'établissement.	Immédiat	