

Le directeur général

Réf : 2024-D3SE-SDIC-NS

Mission n° 2024-00427



Le président du conseil départemental

Lille, le **23 JAN. 2025**

Monsieur le Président,

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle pour l'année 2024, l'EHPAD « Saint-François » situé 17, rue Grassin Balédans à Arras, 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 25 juin 2024. Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés par courrier en date du 15 novembre 2024.

En l'absence de réponse de votre part, 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 Pas-de-Calais 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.

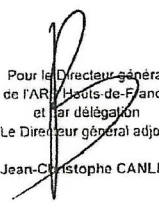
La présente décision peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.


Monsieur Bernard VIVIER
Président de l'association Alliance EHPAD
141 rue de Quiry
62490 VITRY-EN-ARTOIS

Au regard des constats effectués, nous envisageons de vous demander la mise en œuvre, selon des délais fixés, des mesures correctives listées dans le tableau figurant en annexe.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos considérations distinguées.

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


Pour le Président du Conseil départemental
Le Directeur du Pôle Solidarités

Patrick GENEVAUX

Pièces jointes :

- Le tableau listant les mesures correctives définitives

Mesures correctives
Inspection du 25 juin 2024 de l'EHPAD « Saint-François » à Arras.

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
E1	<u>Ecart n° 1</u> : En n'étant pas en capacité de fournir une liste conforme à la réalité du nombre de résidents présents à un instant T au sein de la structure, l'établissement ne garantit pas leur sécurité ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°1</u> : Trouver une organisation permettant, en temps réel, de connaître le nombre de résidents présents.	Immédiat
E2	<u>Ecart n°2</u> : En n'identifiant pas les résidents accueillis de manière temporaire l'établissement ne permet pas de s'assurer du respect de son autorisation (cf. arrêté conjoint du 17/10/2011 qui acte la suppression de 2 places d'accueil de jour, fixant la capacité à 50 places d'hébergement permanent, 12 places Alzheimer, 2 places d'hébergement temporaire).	<u>Prescription n°2</u> : Identifier les résidents accueillis en hébergement temporaire ainsi que les chambres dédiées.	Immédiat
E3	<u>Ecart n°3</u> : En disposant d'un registre des entrées et sorties coté mais non paraphé par le maire, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 331-5 du CASF.	<u>Prescription n°3</u> : Mettre en place un registre des entrées et des sorties côté et paraphé par le maire.	3 mois
E4	<u>Ecart n°4</u> : En n'ayant pas affiché le règlement de fonctionnement le service ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF.	<u>Prescription n°4</u> : Disposer d'un règlement de fonctionnement complet, validé par les instances Afficher le règlement de fonctionnement dans un endroit visible.	6 mois
E5	<u>Ecart n°5</u> : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement réactualisé et de moins de cinq ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.		
E6	<u>Ecart n°6</u> : En n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel et du conseil de la vie sociale, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.		
E7	<u>Ecart n°7</u> : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement complet, l'établissement contrevient aux dispositions des articles R311-35, R3-311-36 et R311-37 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
E8	Ecart n°8 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	Prescription n°5 : Etablir un projet d'établissement conforme aux dispositions réglementaires.	6 mois
E9	Ecart n°9 : L'absence de document précisant les délégations accordées à la directrice ne permet pas de respecter les dispositions de la circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction d'établissements ou services médico-sociaux qui instaure une obligation de « transparence de l'organisation de la personne morale gestionnaire et de la direction de l'établissement ou du service, s'agissant des délégations données au professionnel appelé à exercer la fonction de direction.	Prescription n°6 : Rédiger un contrat de travail conforme au temps réel de présence de la directrice et à ses missions. Rédiger une fiche de poste conforme aux missions de la directrice. Mettre en place une organisation structurée et partagée de la prise d'astreinte.	3 mois
R1	Remarque n°1 : L'absence de contrat de travail et de fiche de poste conformes aux missions de la directrice et à son temps de temps de travail réel (avec l'association Alliance EHPAD) ne permet pas de s'assurer de l'efficacité de ses missions et de leur adéquation avec les autres postes qu'elle occupe à temps plein.		
R3	Remarque n°3 : Le fait que la directrice assure 49 semaines d'astreinte sur les 52 semaines que comporte l'année ne met pas en avant une dynamique de responsabilisation des cadres et de partage des missions.		
R4	Remarque n°4 : L'absence de définition précise des missions et responsabilités de la directrice ne permet pas aux salariés d'appréhender clairement leur positionnement au sein de la structure et n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM - Juin 2008 : <i>La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre</i> . Repère 4 point 3.3).		

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
E10	<u>Ecart n°10</u> : En n'étant pas à jour, le règlement intérieur du CVS ne répond pas (notamment) aux dispositions du décret du 25 avril 2022.	<u>Prescription n°7</u> : Mettre à jour le règlement intérieur du CVS. Mettre régulièrement à l'ordre du jour le sujet de maltraitance.	6 mois
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 n'est pas conforme 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) .		
E11	<u>Ecart n°11</u> : En ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, le livret d'accueil n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance	<u>Prescription n°8</u> : Préciser au sein du livret d'accueil les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance.	3 mois
E12	<u>Ecart n°12</u> : L'absence de volet relatif à l'amélioration de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance dans le plan de formation de l'établissement n'est pas conforme à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance. Aussi, 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 de l'ensemble des professionnels 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).	<u>Prescription n°9</u> : Ajouter dans le plan de formation de l'établissement un volet amélioration de la bientraitance et prévention de la maltraitance.	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
E13	Ecart n°13 : En ne s'étant pas organisé pour signaler aux autorités administratives et judiciaires les éventuels faits de violence et de maltraitance qui interviendraient en son sein, l'établissement ne respecte les dispositions de l'article R.331-8 du CASF.	Prescription n°10 : Mettre en place une organisation permettant le signalement systématique de tout événement devant être signalé aux autorités de tutelle. Mettre en place une procédure de signalement des faits de violence et de maltraitance. S'assurer de son appropriation par les professionnels.	3 mois
E14	Ecart n°14 : En ne signalant pas aux autorités de tutelles les EIGS, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R331-8 du CASF.		
R10	Remarque n°10 : L'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violences et de maltraitements sur les résidents et connues de tous les agents ne permet pas de garantir que les actes de violence ou de maltraitance font l'objet d'un signalement systématique de la part des personnels.		
E15	Ecart n°15 : L'absence de temps brefs (« mini formation ») dispensés par le médecin coordonnateur ne permet plus la connaissance et la révision des protocoles en vigueur et contrevient aux décrets n°2005-560 du 27 mai 2005 et n°2007-547 du 11 avril 2007 sur les missions de ce dernier (« contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'informations des professionnels de santé exerçant dans l'établissement »).	Prescription n°11 : Remettre en place les temps de formations/ mini formations dispensées par le médecin coordonnateur.	3 mois
E16	Ecart n°16 : L'absence de fiche de poste connue de tous ne permet pas de garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur prise en charge (L311-3 CASF).	Prescription n°12 : Formaliser les missions et responsabilité de tous les professionnels. S'assurer de l'appropriation de cette formalisation par tous les professionnels de la structure.	6 mois
R14	Remarque n°14 : L'absence de formalisation précise des missions et responsabilités de chaque professionnel et surtout la bonne connaissance par chacun de ses missions et de son cadre d'exercice engendre un risque de maltraitance non intentionnelle due à une mauvaise compréhension de leur rôle (Recommandation ANESM : « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).		

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
E17	Ecart n°17 : L'organisation des soins de nursing favorise les glissements de tâches, et en cela l'établissement contrevient aux dispositions des articles R4311-3 et R4311-4 du CSP.	Prescription n°13 : Revoir l'organisation des soins afin de stopper les glissements de tâches.	3 mois
E18	Ecart n°18 : Selon les entretiens, il n'y a pas de protocoles de soins de collaboration entre les IDE et les AS/AES formalisés individualisés dans le cadre de l'aide à la prise de médicaments, ce qui contrevient aux dispositions des articles R 4314-4 du code de la santé publique et L 313 -26 du code de l'action sociale et des familles.	Prescription n°14 : Mettre en place un protocole de collaboration entre les IDE et les AS/AES.	3 mois
E19	Ecart n°19 : En facturant les accès internet, l'établissement contrevient avec les dispositions du décret n°2022-734 du 28 avril 2022 et l'annexe 2-3-1 du CASF.	Prescription n°15 : Faire cesser la facturation des accès internet. Mettre à jour les outils concernés. Informers les résidents, leurs familles de la surfacturation – envoyer les justificatifs à la mission d'inspection.	Immédiat
E20	Ecart n°20 : En ne sécurisant pas l'ensemble de ses locaux, l'établissement ne garantit pas la sécurité des résidents ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	Prescription n°16 : Sécuriser l'ensemble des locaux et notamment toutes les portes des salles de stockage, permettre l'utilisation de la salle de bain commune.	Immédiat
E21	Ecart n°21 : En ne sécurisant pas toutes les portes des salles de stockage de l'UVA et en ne mettant pas à disposition la salle de bain commune (baignoire), l'établissement n'offre pas une prise en charge sécurisée et de qualité ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.		
E22	Ecart n°22 : L'absence de traçabilité des dates d'ouverture des aliments et la présence de médicament au sein du réfrigérateur (alimentaire), ne permet pas de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	Prescription n°17 : Mettre en place une traçabilité des dates d'ouverture des aliments – Retirer tous les médicaments des réfrigérateurs non prévus à cet effet.	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
E23	Ecart n°23 : En n'étant pas en capacité de prouver que la recherche d'un consentement ait été opérée, l'établissement ne répond pas aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF posant le principe de libre choix des personnes entre les prestations offertes.	Prescription n°18 : Mettre en place une procédure d'admission en y associant les professionnels et notamment le médecin coordonnateur. Mettre en place un processus permettant la recherche systématique du consentement. Mettre en place un recueil formalisé des habitudes et souhaits dès l'admission	3 mois
R18	Remarque n°18 : L'absence de procédure relative à l'admission de la demande d'informations à l'arrivée ne permet pas de garantir un process efficient.		
R19	Remarque n°19 : L'absence recueil formalisé des habitudes de la personne accueillie ne permet pas de s'assurer que les habitudes et souhaits des résidents sont recueillis et pris en compte.		
E24	Ecart n°24 : 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.	Prescription n°19 : Permettre à tous les résidents de disposer d'un projet de vie. Créer une procédure encadrant sa mise en œuvre et son renouvellement. S'assurer de la mise en œuvre d'un renouvellement au minima une fois par an.	6 mois
R20	Remarque n°20 : L'absence de procédure encadrant la mise en œuvre et le renouvellement des PAP ne permet pas de garantir l'efficacité du dispositif.		
R21	Remarque n°21 : les modalités 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).		
R22	Remarque n°22 : 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).		

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
E25	Ecart n°25: En ne proposant pas une collation et en ne respectant pas une amplitude horaire du jeûne nocturne inférieure à 12h, l'établissement ne répond pas aux dispositions du décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif aux prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD et aux recommandations de l'HAS (Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée -2007).	Prescription n°20 : Mettre en place une proposition de collation nocturne systématique.	Immédiat
E26	Ecart n°26 : Le stockage non sécurisé des dossiers médicaux des résidents ne permet pas de garantir la confidentialité des informations conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF, cela contrevient également avec les dispositions de l'article L1110.4 du CSP « toute personne prise en charge par un professionnel...a droit au respect...des informations la concernant ».	Prescription n°21 : Sécuriser le stockage des dossiers médicaux.	Immédiat
E27	Ecart n°27 : En ne sécurisant pas son coffre à toxique et en ne vérifiant pas son contenu, l'établissement ne respecte pas les conditions de stockage des médicaments stupéfiants issues de l'article R 5132-80 du CSP (stockage spécifique dans un coffre à stupéfiants).	Prescription n°22 : Sécuriser le coffre à toxique ainsi que son contenu.	Immédiat
E28	Ecart n°28 : L'absence de traçabilité en direct lors de l'administration des médicaments ne garantit pas la sécurité de la prise en charge et est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	Prescription n°23 : Mettre en place une organisation permettant la traçabilité en direct de l'administration des médicaments.	Immédiat
E29	Ecart n°29 : 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.	Prescription n°24 : Mettre en place une organisation permettant un contrôle systématique de la prise des médicaments.	Immédiat
E30	Ecart n°30 : En n'ayant pas développé un dispositif de prévention, évaluation, prise en compte et traitement de la douleur, en lien le cas échéant avec un établissement de santé, l'établissement n'est pas en capacité de satisfaire aux dispositions de l'article L1112-4 alinéa 1 du CSP.	Prescription n°25 : Mettre en place un dispositif de prévention, d'évaluation, de prise en compte et de traitement de la douleur efficient, en lien avec un établissement de santé.	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
E31	Ecart n°31: En l'absence de convention avec un établissement de santé, mentionnée à l'article D.312-158 11° du CASF, et définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	Prescription n°26: Elaborer une convention avec un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge aux urgences. _Mettre en place une coopération avec une filière de soins ou de prise en charge.	6 mois
R32	Remarque n°32 : L'absence de participation de la structure à une filière de soins ou de prise en charge ne lui permet pas de travailler sur ses pratiques et de développer des partenariats dans un objectif constant d'amélioration de la prise en charge des usagers accueillis.		
R1	Remarque n°1 : L'absence de contrat de travail et de fiche de poste conformes aux missions de la directrice et à son temps de temps de travail réel (avec l'association Alliance EHPAD) ne permet pas de s'assurer de l'efficacité de ses missions et de leur adéquation avec les autres postes qu'elle occupe à temps plein.	Recommandation n°1: Rédiger un contrat de travail conforme au temps réel de présence de la directrice et à ses missions. Rédiger une fiche de poste conforme aux missions de la directrice. Mettre en place une organisation structurée et partagée de la prise d'astreinte.	3 mois
R3	Remarque n°3 : Le fait que la directrice assure 49 semaines d'astreinte sur les 52 semaines que comporte l'année ne met pas en avant une dynamique de responsabilisation des cadres et de partage des missions.		
R4	Remarque n°4: L'absence de définition précise des missions et responsabilités de la directrice ne permet pas aux salariés d'appréhender clairement leur positionnement au sein de la structure et n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM - Juin 2008 : <i>La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre</i> . Repère 4 point 3.3).		
R2	Remarque n°2 : L'absence de fiche de poste à jour, conforme aux missions réelles exercées et signée par la personne en poste ne permet pas de connaître officiellement le périmètre des missions et la connaissance des attendus.	Recommandation n°2 : Mettre à jour les fiches de poste afin qu'elles concordent avec les missions réelles exercées.	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
R6	<u>Remarque n°6</u> : L'absence de bilan et d'analyse des enquêtes de satisfaction dénature leur portée et leur intérêt.	<u>Recommandation n°3</u> : Réaliser des bilans/ une analyse des retours effectués. Mettre en place un plan d'action à la suite.	3 mois
R7	<u>Remarque n°7</u> : L'absence d'affichage lisible ne permet pas la prise de connaissance- des documents affichés.	<u>Recommandation n°4</u> : Afficher la charte des droits et des libertés ainsi que le 3977 de manière lisible.	Immédiat
R8	<u>Remarque n°8</u> : L'absence de la charte des droits et des libertés ainsi que du n° national 3977 ne permet pas de garantir une politique de prévention de la maltraitance efficiente.		
R9	<u>Remarque n°9</u> : En ne mettant pas en place un dispositif d'analyse des pratiques, l'établissement n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « qu'un dispositif d'analyse des pratiques vienne compléter les autres moments de communication interne et de transmission d'informations, afin d'aider les professionnels dans leur mise à distance et leur réflexion critique sur les pratiques quotidiennes » (recommandation 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°5</u> : Mettre en place un dispositif d'analyse des pratiques au sein de la structure.	6 mois
R11	<u>Remarque n°11</u> : l'absence d'exploitation des fiches de signalement des événements indésirables et leur suivi ne permet pas la mise en œuvre d'une véritable politique de gestion des risques.	<u>Recommandation n°6</u> : Valoriser les FEI et leur suivi.	3 mois
R12	<u>Remarque n°12</u> : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisées et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM qui recommande « de formaliser avec les professionnels les outils les plus pertinents pour le recueil et le suivi des plaintes, des réclamations et événements indésirables » (ANESM « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - Décembre 2008).	<u>Recommandation n°7</u> : Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations (formalisé et opérationnel).	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
R13	Remarque n°13 : L'absence de protocole prévoyant les conduites à tenir en cas d'incident grave ne permet pas l'organisation d'une chaîne de responsabilités et l'anticipation des situations d'urgence.	Recommandation n°8 : Mettre en place un protocole prévoyant les conduites à tenir en cas d'incident grave.	3 mois
R15	Remarque n°15 : L'EHPAD n'a pas mis en place d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles ni sur les conditions de travail. De plus, il n'a mis en place aucun dispositif de soutien aux salariés. Cette organisation n'est pas conforme 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 les conditions de travail.	3 mois
R16	Remarque n°16 : L'absence d'utilisation de la salle de bain dans ses fonctions premières ne permet pas de proposer aux résidents des baignoires bien-être.	Recommandation n°10 : Faire en sorte que les pièces correspondent à leur affectation afin d'offrir les prestations présentes au sein de l'établissement.	Immédiat
R17	Remarque n°17 : En ne fournissant pas au personnel hôtelier les bonnes températures pour la conservation des aliments (à savoir entre 0 et 4°C) et en ne leur fournissant pas 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)	Recommandation n°11 : Mettre en place un processus de traçabilité des températures des réfrigérateurs ainsi que les conduites à tenir en cas de non-respect.	3 mois
R23	Remarque n°23 : En ne révisant pas autant que besoin les plans de table afin de favoriser les échanges, l'établissement méconnaît les recommandations des bonnes pratiques (Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, ANESM, juin 2011).	Recommandation n°12 : Actualiser le plan de table régulièrement.	3 mois
R24	Remarque n°24 : L'absence de commission des menus en présence d'une diététicienne ne permet pas de s'assurer de l'expression des résidents et d'échanges officiels avec la société prestataire des repas.	Recommandation n°13 : Mettre en place une commission des menus en présence d'une diététicienne.	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
R25	Remarque n°25 : L'absence de lien entre les professionnels ne permet pas la connaissance des actions mises en place le week-end dans le cadre des animations.	Recommandation n°14 : Mettre en place une organisation permettant de créer du lien entre les équipes.	Immédiat
R26	Remarque n°26 : L'absence de projet d'animation formalisé, de questionnaire de satisfaction, spécifique à l'animation, de la traçabilité et de suivi des animations ne permet pas d'assurer une prise en charge de qualité à cet égard.	Recommandation n°15 : Mettre en place un projet d'animation formalisé, un questionnaire de satisfaction (spécifique animation)	3 mois
R27	Remarque n°27 : L'absence de temps dédié à la révision des plans de soins ne sécurise pas leur mise à jour régulière.	Recommandation n°16 : Mettre en place des temps dédiés à la révision régulière des plans de soins	3 mois
R28	Remarque n°28 : 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°17 : Mettre en place une procédure relative à la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration des médicaments.	6 mois
R29	Remarque n°29 : L'absence d'utilisation des tablettes ne permet pas de faciliter la transmission des informations et d'effectuer une traçabilité en temps réel.	Recommandation n°18 : Utiliser les tablettes dont dispose l'EHPAD.	6 mois
R30	Remarque n°30 : L'évaluation de la douleur n'est pas organisée de manière structurée pour tous les résidents dès leur admission et pendant leur séjour.	Recommandation n°19 : Organiser l'évaluation structurée de la douleur.	3 mois
R31	Remarque n°31 : 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 des partenaires travaillant dans son environnement médico-social.	Recommandation n°20 : Ouvrir l'établissement sur l'extérieur (coopération, collaboration).	6 mois