

Le Directeur général

Le Président du conseil départemental du Nord
Direction générale chargée de la solidarité

à

Monsieur David BAILLEUL
Président du CCAS
59210 COUDEKERQUE-BRANCHE

Réf : 2022-SDIC-NS
Mission n° 2022-HDF-0204



Lille, le 17 mars 2023

Objet : Mesures définitives à la suite de l'inspection du 20 septembre 2022 réalisée au sein de l'EHPAD « Yvon Duval » à Coudekerque-Branche.

L'établissement visé en objet a fait l'objet d'une inspection inopinée en application des articles L 313-13 du code de l'action sociale et des familles. L'inspection visait à vérifier que les conditions de fonctionnement et d'organisation de l'EHPAD ne présentent pas de risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou le respect de leurs droits. La mission s'est attachée plus particulièrement à la gouvernance, à la mobilisation des effectifs et à la prise en charge des résidents.

Cette inspection a été réalisée le 20 septembre 2022 de manière inopinée. A la suite de cette dernière, une lettre de mesures urgentes en date du 06 octobre 2022 vous a été adressée. Par courrier en date du 25 octobre 2022 vous avez répondu en communiquant un certain nombre d'éléments. A la lumière de ces éléments communiqués, une seconde visite inopinée a été réalisée le 03 novembre 2022.

Dans la continuité de ces visites et par courrier en date du 14 novembre 2022 vous avez été informés que 5 injonctions vous ont été adressées assorties d'une décision de suspension de vos nouvelles admissions à compter du 14 novembre 2022. À la suite de vos retours, vous avez été

destinataire d'un courrier de maintien de la mesure de suspension des nouvelles admissions et de levée de 4 des 5 injonctions (courrier adressé en date du 26 janvier 2023). Enfin, l'ARS et le Conseil Départemental du Nord ont réceptionné vos derniers éléments de réponse permettant de lever la dernière injonction ainsi que la mesure de suspension des nouvelles admissions (décision transmise par courrier en date du 23 février 2023).

En parallèle, le rapport d'inspection ainsi que les décisions envisagées vous ont été notifiés le 13 décembre 2022. Dans le cadre du contradictoire, vous avez fait parvenir à mes services par courriel en date du 10 janvier 2023, vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission d'inspection n'a pas apporté de modification au rapport. En revanche des modifications ont été apportées aux mesures. 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. Nous avons pris bonne note des mesures et des engagements destinés à prendre en compte l'ensemble des propositions de la mission d'inspection.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, 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 décisions finales 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 laissons juger de l'opportunité de transmettre les mesures définitives au directeur de l'établissement concerné.

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

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

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président du CCAS, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour le Président du conseil départemental
et par délégation,
le directeur adjoint de l'Autonomie

Pierre LOYER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures corrective définitives.

Mesures correctives à mettre en oeuvre
Inspection du 20 septembre 2022 de l'EHPAD Yvon Duval de Coudekerque-Branche (59210).

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E1	<u>Ecart n°1</u> : Un résident présentant des troubles du comportement importants : épisode d'agressivité et se déshabille souvent devant les autres résidents. Ce résident ne respecte pas l'intimité, ni l'intégrité des autres résidents. Ainsi, l'EHPAD ne garantit pas les conditions de sécurité de tous les résidents. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations HAS-ANESM relatives à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, volet 4, septembre 2012 p 41	<u>Prescription n° 1</u> : mettre en œuvre une organisation permettant la surveillance et l'accompagnement des résidents notamment ceux du rez-de-chaussée et ceux présentant des épisodes d'agressivité.	Immédiat
E3	<u>Ecart n°3</u> : L'absence de surveillance et d'accompagnement des résidents d'une manière continue dans le temps représente un risque majeur pour ces personnes. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.		
E2	<u>Ecart n°2</u> : L'EHPAD n'a pas mis en place une cartographie des risques relatifs à la prise en charge des résidents ayant des troubles cognitifs. Aucune démarche n'a été réalisée afin d'évaluer les risques auxquels sont exposés ces résidents, tels que l'accès aux produits toxiques (SHA, produits d'entretien, Bétadine...) et la sécurisation des locaux. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF. Il n'a pas été mis en place une démarche globale sur la prévention des risques liés à la santé des résidents, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, volet 4 septembre 2012.	<u>Prescription n° 2</u> : Mettre en place une cartographie des risques (évaluation des risques, sécurisation, ...)	5 mois
E4	<u>Ecart n° 4</u> : L'absence de validation du règlement de fonctionnement par le conseil d'administration n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF. Aussi, en n'ayant pas été soumis aux instances représentatives du personnel et du conseil de vie sociale, le règlement de fonctionnement n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	<u>Prescription n° 3</u> : - Faire les ajouts nécessaires. - Faire valider le règlement de fonctionnement et ainsi le soumettre aux diverses instances. - Afficher le règlement de fonctionnement.	- 2 mois
E5	<u>Ecart n° 5</u> : Le règlement de fonctionnement ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues (Article R311-35 du CASF).		- immédiat
E6	<u>Ecart n°6</u> : En n'ayant pas affiché le règlement de fonctionnement, le service ne respecte pas les dispositions de l'article R311-34 du CASF.		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E7	<u>Ecart n° 7 :</u> En ne précisant pas les actions menées par l'établissement en matière de prévention de la maltraitance, en ne comportant pas le numéro d'appel pour les situations de maltraitance, ni les coordonnées des autorités administratives, ni la notice d'information mentionnée à l'article D311-0-4 du CASF, le livret d'accueil n'est pas conforme aux dispositions mentionnées à l'article D311-39 du même code, 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 et aux recommandations de la HAS. Aussi, le livret d'accueil n'est plus à jour sur certains aspects.	<u>Prescription n° 4 :</u> revoir le livret d'accueil et veiller à l'ajout des mentions manquantes.	4 mois
E8	<u>Ecart n° 8 :</u> En ne disposant pas d'un projet d'établissement de moins de 5 ans, et en n'ayant pas initié la démarche d'actualisation de ce projet, l'établissement ne respecte pas les dispositions de l'article L311-8 du CASF.	<u>Prescription n° 5 :</u> mettre à jour le projet d'établissement de la structure, le soumettre aux instances.	6 mois
E9	<u>Ecart n° 9 :</u> En ne disposant pas d'un médecin coordonnateur, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-156 du CASF.		
E25	<u>Ecart n° 25 :</u> L'absence de médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions des articles suivants : - article D. 312-158 du CASF relatif à l'évaluation gériatrique par un médecin coordonnateur et les recommandations de la HAS-ANESM, Volet 4, septembre 2012, p 55 : « Informer le résident et ses proches du sens de l'évaluation gériatrique, des risques identifiés et des mesures de prévention proposées », - article L.311-3 CASF relatif à la recherche du consentement du résident et/ou de la tutelle, le respect effectif des droits et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, - L.311-4 du CASF portant notamment sur l'intégrité physique et la sécurité de la personne et l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM Volet 4, septembre 2012, p 92 : « Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ».	<u>Prescription n° 6 :</u> recruter un médecin coordonnateur ; corriger, après recrutement du médecin coordonnateur, tous les points de dysfonctionnements inhérents soulevés.	3 mois
E10	<u>Ecart n°10 :</u> En ne permettant pas au directeur de la structure de disposer d'une délégation du président du Conseil d'Administration, l'organisation de l'EHPAD ne répond pas aux dispositions de l'article D315-71 du CASF.	<u>Prescription n° 7 :</u> Mettre en place une délégation au profit du directeur de l'EHPAD.	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E11	<u>Ecart n°11</u> : La mission d'inspection a constaté la présence de médicaments, produits de santé et DM (dispositifs médicaux) n'ayant pas de destination particulière dans le bureau du médecin coordonnateur et utilisé par le directeur dans le cadre des consultations en stomathérapeute. La personne en charge de la gestion de ces produits est inconnue et le local est inaccessible aux IDE en charge du circuit des médicaments au sein de l'EHPAD. Ces produits de santé (médicaments, insulines, DM) sans identité n'ont pas fait l'objet d'un retour à une pharmacie d'officine via Cyclamed. L'accès à ces produits n'est pas conforme avec les dispositions de l'article R. 4312-39 du code de la santé publique.	<u>Injonction n°5</u> : Mettre fin à cette présence/pratique.	
E12	<u>Ecart n°12</u> : La mission a constaté la présence d'une seringue et d'une aiguille dans le bureau du médecin coordonnateur utilisé par le directeur de l'EHPAD dans le cadre de son activité libérale d'infirmier stomathérapeute. Or, la mission a constaté l'absence de conteneur DASRI pour le stockage des objets coupants usagés. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R.1335-2 du code de la santé publique.		
E13	<u>Ecart n° 13</u> : La présence de nombreux médicaments et produits de santé dont certains sont périmés dans une armoire ouverte présente un risque pour les patients suivis par le directeur dans le cadre de son activité d'infirmier stomathérapeute. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R.1335-2 et R. 4312-37 du code de la santé publique.	<u>Prescription n° 8</u> : Centraliser tous les médicaments et produits de santé au sein de l'infirmierie sécurisée. S'assurer que tous médicaments hors usage des usagers de l'EHPAD ne soient plus dans la structure.	
E14	<u>Ecart n°14</u> : L'absence d'arrêté en vigueur permettant le cumul d'emploi pour le directeur ne lui permet pas d'exercer un emploi en dehors de son temps plein de directeur de l'EHPAD (Article L123-8 du code général de la fonction publique). Ainsi, le directeur de l'EHPAD travaille à temps plein au sein de l'EHPAD et en même temps exerce une activité libérale pour le compte d'établissements de santé privés dont deux sont à but lucratifs qui ne figurent pas sur les emplois autorisés. Cette situation ne respecte pas les dispositions du décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique. En l'absence de contrat valide communiqué par la mairie	<u>Prescription n° 9</u> : Etablir un arrêté conforme à la réglementation concernant l'accès à des activités annexes pour le directeur de l'EHPAD.	2 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
	de Coudekerque-Branche, les dispositions des articles suivants R. 4312-65.-I. ¹ et Art. R. 4312-66 ² du code de la santé publique n'est pas garantie.		
E15	Ecart 15 : Le conseil de l'ordre des infirmiers du département du Nord ne dispose pas d'information portant sur cette activité, ni sur son mode de financement. Le directeur ne dispose pas d'un numéro RPPS délivré par le conseil de l'ordre départemental des infirmiers du département du Nord. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R. 4312-30.	Prescription n° 10 : Effectuer les démarches nécessaires auprès de l'ordre des infirmiers du département.	
E16	Ecart n°16 : En utilisant une salle de réunion de l'EHPAD comme lieu de stockage du matériel nécessaire à l'activité parallèle et en y stockant les dossiers de patients dans le cadre de l'activité d'IDE stomathérapeute la direction ne permet pas de garantir la confidentialité des données médicales de ces personnes. La gestion des données médicales par l'EHPAD ne respecte pas les dispositions relatives au règlement général sur la protection des données (RGPD), telles que définies par l'article L.1111-8 du CSP.	Prescription n° 11 : mettre fin à l'utilisation de la salle de réunion du rez-de-chaussée de l'EHPAD comme lieu de stockage pour les DM et dossiers médicaux des patients/clients extérieurs à l'EHPAD.	
E17	Ecart n°17 : La mission a constaté également la présence de plusieurs boîtes de DM (dispositifs médicaux) pour stomie du laboratoire CONVATEC dans un local au RDC destiné aux archives et aux réunions du personnel. Ces boîtes sont déposées en vrac par terre et sans aucun contrôle tracé de leur date de péremption. Cette organisation contraire aux dispositions de l'article R.4312-38 du CSP.	Prescription n° 12 : Débarrasser la salle de réunion, trier son contenant, redonner sa vocation à la pièce.	
E18	Ecart n°18 : Les absences imprévisibles les week-ends sont gérées notamment par les IDE. La direction n'est pas toujours joignable par téléphone. Cette organisation constitue un risque dans la continuité de soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n° 13 : Mettre en place une procédure en cas de gestion des absences inopinées le week-end. Mettre en place une organisation permettant réellement une continuité globale de la prise en charge.	2 mois

¹ Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, l'exercice de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé fait l'objet d'un contrat écrit.

« Ce contrat définit les obligations respectives des parties et précise les moyens permettant au professionnel de respecter les dispositions du présent code de déontologie.

« II.-Tout contrat, renouvellement de contrat ou avenant avec l'un des organismes prévus au premier alinéa est communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

« III.-Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental qui fait connaître ses observations dans le délai d'un mois. Passé ce délai, son avis est réputé rendu.

« IV.-Le conseil départemental de l'ordre peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats, projets de contrats, ou avenants au conseil national.

« V.-L'infirmier signe et remet au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat, à son renouvellement, ou à un avenant soumis à l'examen du conseil.

² L'exercice habituel de la profession d'infirmier, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public fait l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le professionnel a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que dans les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

« L'infirmier est tenu de communiquer ce contrat au conseil départemental de l'ordre. Ce conseil peut, s'il le juge utile, transmettre pour avis les contrats ou avenants au conseil national. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au professionnel concerné.

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E19	<u>Ecart n°19 :</u> En n'ayant pas renouvelé les membres de son CVS sous 3 ans l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-8 du CASF.	<u>Prescription n° 14 :</u> Renouveler les membres du CVS ; organiser au minimum 3CVS/an ; faire signer chaque compte-rendu rédigé.	3 mois
E20	<u>Ecart n°20 :</u> En ne réunissant pas le conseil de la vie sociale trois fois par an, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.		Sur l'année 2023
E21	<u>Ecart n°21 :</u> Les comptes rendus de CVS n'étant pas signés, le fonctionnement de celui-ci n'est pas conforme aux dispositions de l'article D.311-3 et suivants du CASF.		immédiat
E22	<u>Ecart n° 22 :</u> L'EHPAD ne signale pas tous les événements indésirables graves liés aux soins, ce qui est contraire aux dispositions du décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 et arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ; arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute autorité de santé. De plus, les professionnels n'ont pas la culture du signalement en interne.	<u>Prescription n° 15 :</u> Etablir un protocole de signalement des EIG, sensibiliser les professionnels au signalement des EIG.	3 mois
E23	<u>Ecart n°23 :</u> Les « agents sociaux » réalisent des soins de nursing et aident à la prise de repas (mise en bouche) alors qu'ils n'ont pas les qualifications requises. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R 4311-4 du CSP, à l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions et au décret n° 2021-1133 du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social. De plus, les effectifs dédiés aux aides aux repas sont insuffisants au regard des besoins et du nombre de résident.	<u>Prescription n° 16 :</u> Etablir un plan de formation permettant aux agents sociaux de monter en compétences afin d'obtenir les qualifications en adéquation avec leurs tâches. Revoir l'organisation des présences au moment des repas (notamment midi/soir)	3 mois
E24	<u>Ecart n° 24 :</u> L'absence de surveillance et d'aide des résidents lors de la prise des repas par du personnel qualifié présente un risque pour la sécurité des résidents et ne permet pas de garantir une qualité de prise en charge adaptée au sens de l'article L.311-3 du CASF.		
E26	<u>Ecart n° 26:</u> La mission a constaté la présence d'une boîte contenant des médicaments et du gel hydroalcoolique dans la lingerie accessible du 1 ^{er} étage. Cette organisation représente un risque pour les résidents ayant des troubles cognitifs ; et elle est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF et l'article R. 4312-39 du CSP.	<u>Injonction n°1 :</u> Faire cesser ce dysfonctionnement.	immédiat
E27	<u>Ecart n°27 :</u> Au regard des constats réalisés, la mission estime que les conditions d'installation ne permettent pas d'offrir des conditions d'hébergement optimales aux résidents et sont susceptibles de porter atteinte à leur sécurité et bien-être (contrevient aux dispositions de l'article L311-3 du CASF).	<u>Prescription n° 17 :</u> remédier à tous les dysfonctionnements soulevés lors de l'inspection.	2 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E28	Ecart n° 28 : L'EHPAD ne recherche pas le consentement pour tout nouveau résident, ce qui est contraire aux obligations des articles L.311-3 et 4 du CASF.	Prescription n° 18 : Mettre en place une organisation permettant le recueil et le respect du consentement de tout nouveau résident.	3 mois
E29	Ecart n°29 : Tous les résidents ne bénéficient pas d'un PAP, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 alinéa 7 du CASF. De plus, les PAP réalisés ne sont pas systématiquement consultés par les agents. Enfin, l'élaboration des PAP n'associe pas la famille (tutelle) du résident et ne sont pas évalués, ce qui n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « le projet personnalisé : une dynamique d'accompagnement, août 2018 » et le volet 2 ANESM juin 2011.	Prescription n° 19 : Mettre en place une organisation garantissant un PAP pour chaque résident, son élaboration en équipe pluridisciplinaire et avec le résident et sa famille, sa révision régulière.	4 mois
E30	Ecart n°30 : L'EHPAD ne dispose pas de toutes les ressources soignantes nécessaires, ce qui contrevient aux dispositions des articles L. 311-3 (3°) et D. 312-155-0 du CASF.	Prescription n° 20 : Revoir l'organisation des postes soignants afin de répondre aux besoins en soins des résidents.	3 mois
E31	Ecart n°31 : Certains postes d'AS ne sont pas assurés par des AS diplômés, mais par des professionnels (AMP, Auxiliaires de vie, ou personnes en VAE d'AS) qui font fonction d'AS, en contradiction avec l'art. L.4391-1 du Code de la santé publique.	Prescription n° 21 : revoir l'organisation des tâches laissées aux agents non diplômés / Mettre en lien les besoins de compétences des agents avec le plan de formation.	4 mois
E32	Ecart n° 32 : Les droits de sortie des résidents ne sont pas réévalués d'une manière régulière, par notamment la direction, la famille, le tuteur et le médecin coordonnateur. Les règles de gestion des rendez-vous (RDV) externes, y compris les RDV médicaux et les sorties, ne sont pas mentionnées dans le livret d'accueil. L'EHPAD n'a pas mis en place un travail avec les familles/tuteurs sur ces questions. De plus, l'EHPAD ne dispose pas d'assez de moyens humains ni matériels pour organiser des sorties à l'extérieur. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF. Elle n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM volet 2, juin 2011, p 36 : « inciter les personnes à profiter des espaces extérieurs, Les sorties régulières et fréquentes au grand air font partie de l'hygiène de vie pour maintenir un bon état de santé ».	Prescription n° 22 : revoir les modalités de de droits de sortie des résidents, mais aussi la question des accompagnements aux rdv divers.	4 mois
E33	Ecart n°33 : Contrairement aux dispositions de l'article R.4311-3 du CSP, les IDE n'élaborent un plan de soins avec des objectifs pour chaque résident. Cette démarche n'est pas conforme à la démarche de soins infirmiers et ne permet pas que les plans de soins et les démarches de soins infirmiers soient réévalués par les IDE et en lien avec les AS /AES.	Prescription n° 23 : Elaborer un plan de soins avec des objectifs pour chaque résident.	4 mois
E34	Ecart n° 34 : Les IDE ne supervisent pas le travail des AS/AES dans la réalisation et le suivi des soins, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R.4311-4 du CSP.	Prescription n° 24 : Mettre en place une organisation pour les IDE leur permettant de dégager du temps pour superviser ponctuellement le travail des AS/AES.	3 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E35	Ecart n°35 : En ne disposant pas de RAAM (rapport annuel d'activité médicale), l'établissement ne dispose pas d'information précise sur la population accueillis, les risques de santé et les mesures correctives à mettre en place. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article D. 312-158 du CASF. De plus, elle n'est pas conforme avec les recommandations HAS-ANESM, volet 4 Qualité de vie en Ehpad « l'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012 HAS, Points Clefs, organisation du parcours, comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD juin 2015.	Prescription n° 25 : Elaborer un RAAM tous les ans.	6 mois
E36	Ecart n°36 : A l'analyse des plannings et selon les entretiens une IDE par jour est affectée par la direction à la prise en charge d'environ 80 résidents. Une IDE à temps partiel thérapeutique est chargée de la gestion administrative. Cette organisation ne permet pas à l'EHPAD de garantir les conditions de sécurité et de qualité des soins. De plus, le sous-effectif de soignants (AS/AS...) est récurrent. Il a pour cause l'augmentation de la charge du travail. Cette situation ne respecte le rythme, ni la qualité de vie des résidents. De plus, elle constitue un risque dans la prise en charge paramédicale des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n° 26 : revoir l'organisation des temps de présence des IDE afin de renforcer leurs temps de présence auprès des résidents et de soulager leur charge de travail.	2 mois
E37	Ecart n° 37 : Les professionnels ne disposent pas d'un protocole d'urgence. De plus, tous les professionnels ne sont pas formés aux soins d'urgence. Ce qui est contraire aux dispositions de l'arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. L'organisation de l'EHPAD n'est pas conforme avec les recommandations HAS-ANESM volet 4, septembre 2012, p 74 « Former tous les professionnels aux gestes d'urgence en adaptant les niveaux de formation conformément aux textes réglementaires ».	Prescription n° 27 : mettre en place un protocole d'urgence ; Former les professionnels à la gestion des situations d'urgence.	
E38	Ecart n°38 : L'EHPAD n'est pas équipé de défibrillateur externe accessible à des professionnels formés, ce qui est contraire aux dispositions du décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes.	Prescription n° 28 : Equiper la structure d'un défibrillateur ; Former tous les professionnels de l'EHPAD à son utilisation.	8 mois
E39	Ecart n°39 : L'EHPAD ne dispose pas d'une liste de médicaments à ne pas écraser. Les règles de bonnes pratiques relatives aux médicaments ne sont pas mises en place. Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D. 312-158 : « 7° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ». De plus les IDE ne travaillent pas avec les médecins prescripteurs sur les formes galéniques des médicaments.	Prescription n° 29 : Etablir en concertation avec les médecins la liste des médicaments à ne pas écraser et travailler la question de la formes galéniques des médicaments.	4 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
E40	Ecart n°40 : 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. 4312-38 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.	Prescription n° 30 : Mettre en place une procédure relative à la vérification des dates de péremptions. Effectuer la traçabilité de ces contrôles.	
E41	Ecart n° 41 : Contrairement aux dispositions de l'article L.313-26 du CASF, l'aide à la prise des médicaments par les AS de nuit n'a pas fait l'objet d'un protocole de soins daté et signé. De plus, les IDE ne vérifient pas systématiquement la prise effective du médicament par les résidents.	Prescription n° 31 : Mettre en œuvre un protocole relative à l'aide à la prise des médicaments par les AS de nuit, y intégrer la vérification par les IDE.	2 mois
E42	Ecart n°42 : Le réfrigérateur ne fonctionnait pas correctement le jour la première visite l'inspection : la mission a constaté une absence de relevé de température, la porte du compartiment freezer cassée et la présence d'une grande quantité de givre. Cet état ne garantit pas la conservation de la température des produits thermosensibles y compris les insulines. Ces dernières peuvent être altérées par des températures inférieures à 2°C et les rendre inefficaces. Le respect des RCP des différents produits thermosensibles n'est pas garanti. → Lors de sa seconde visite sur site, l'équipe d'inspection a constaté l'installation d'un nouveau réfrigérateur au sein de l'infirmerie.	Prescription n° 32 : Etablir un protocole de traçabilité des relevés de température des réfrigérateurs et de gestion en cas de non-respect de ces températures (entre 2 et 8°).	3 mois
E43	Ecart n°43 : Lors de l'administration des médicaments, les IDE ne croisent pas les contenus des piluliers et les prescriptions. Cette organisation comporte un risque d'erreur élevé. Elle est contraire aux dispositions de l'article R4312-38.	Prescription n° 33 : mettre en place une organisation permettant le croisement entre le contenu des piluliers et les prescriptions.	3 mois
E44	Ecart n°44 : La contribution des IDE à la gestion des sonnettes de la porte d'entrée et du téléphone en cas d'absence de l'assistance d'accueil (matin, soir, le dimanche et période de congés) constitue une source d'erreur majeure en cas de de rupture de tâches (préparation des traitements, administration des médicaments, soins techniques, interventions en urgence auprès des résidents...). Cette organisation peut compromettre la sécurité des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	Prescription n° 34 : Revoir l'organisation de la gestion de la sonnette d'entrée afin de ne pas perturber les tâches et surcharger les IDE.	2 mois
E45	Ecart n°45 : Les médicaments classés stupéfiants ne sont pas gérés d'une manière conforme à la réglementation et d'une manière régulière : - non-inscription de l'identité du résident sur la boîte, - absence de vérification et traçabilité des dates de péremption, - absence de registre de registre de livraison et administration pour notamment faire la balance d'une manière régulière : entrées/sorties, - absence de retour des produits non-utilisées aux pharmacies d'officine. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les	Prescription n° 35 : Mettre en place une gestion des médicaments stupéfiants conformes à la réglementation.	4 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
	établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociales.		
E46	Ecart n°46 : L'EHPAD n'a pas transmis à la mission toutes les conventions relatives à l'approvisionnement des médicaments auprès des 10 pharmacies d'officine. Ces conventions ont notamment pour objet de garantir les conditions de qualité et de sécurité de la dispensation et du bon usage du médicament en lien avec le médecin coordonnateur, l'IDE et l'IDEC. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article L.5126-10 du CSP.	Prescription n° 36 : transmettre à la mission d'inspection toutes les conventions existantes avec les officines. Revoir les modalités de gestion afin de garantir les conditions de qualité et de sécurité de la dispensation et du bon usage du médicament.	3 mois
R1	Remarque n°1 : L'élaboration d'un projet d'établissement et d'un projet de soins sans association des professionnels à tous les niveaux (élaboration et choix des thématiques, déclinaison, suivi et évaluation) pour répondre aux besoins de santé et d'accompagnement des résidents ne garantit pas un pilotage efficient de l'EHPAD. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, décembre 2009 », p 21 : « L'élaboration d'un PE-PS est basée sur la participation de l'ensemble des parties prenantes : les professionnels ; les usagers et/ou leurs représentants légaux ; les partenaires. Le cas échéant : les bénévoles ; les stagiaires. Il est important par ailleurs de souligner la nécessité de l'engagement des dirigeants (directeurs et administrateurs) dans la démarche.	Recommandation n° 1 : Associer les professionnels à l'élaboration du futur projet d'établissement et du projet de soins.	6 mois
R2	Remarque n° 2 : L'absence de mise à jour régulière de l'organigramme dénature sa portée (nombre d'ETP annoncé non conforme à la réalité). Aussi, l'organigramme n'est nominatif que sur certains postes.	Recommandation n° 2 : Mettre à jour l'organigramme – opérer sa mise à jour dès que nécessaire	3 mois
R3	Remarque n°3 : Les horaires d'astreinte ne sont pas formalisés. L'absence de protocole et d'outil définissant la détermination des professionnels d'astreinte et l'encadrement des personnels d'astreinte ne permet pas de garantir la continuité de la fonction de direction en l'absence du directeur, et augmente les risques d'absence de concertation dans le pilotage.	Recommandation n° 3 : Formaliser les horaires d'astreinte et les numéros à joindre. Etablir un planning notamment lors de l'absence des cadres.	2 mois
R4	Remarque n°4 : Le contrôle du travail la nuit, les week-ends et les jours fériés n'est pas formalisés, ni structuré par la direction : absence de protocole, absence de visite de la direction.	Recommandation n° 4 : Formaliser, structurer et organiser un contrôle du travail en dehors des jours ouvrés.	5 mois
R5	Remarque n°5 : La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance n'est pas formalisée au sein de l'établissement.		6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R7	Remarque n°7 : L'absence de dispositions institutionnelles écrites et de procédures formalisées en matière de signalement de violences et de maltraitements sur les résidents 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.	Recommandation n° 5 : mettre en place une politique globale de bientraitance au sein de l'EHPAD.	
R6	Remarque n°6 : L'absence de réflexion interne sur la notion d'évènement indésirable est un obstacle à leur identification et à leur gestion par l'encadrement et n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM - Décembre 2008.	Recommandation n° 6 : Mener une réflexion interne sur la notion EI et sensibiliser les professionnels à leur remontée.	5 mois
R8	Remarque n°8 : En ne disposant pas d'un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations formalisé et opérationnel, le service n'est pas conforme aux bonnes pratiques formulées par l'ANESM - Décembre 2008. L'EHPAD n'a pas mis en place une information visible sur les possibilités de formuler des réclamations et/ou des remarques sur le mode de prise en charge des résidents. Il n'a pas affiché de manière visible la fonction (admissions, réclamations) de la responsable « relations familles ». Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM, Volet 4, septembre 2012, p 18 : « Informer sur les recours possibles en cas de manquement à ces droits : système de recueil et gestion des plaintes et des réclamations, instance éthique, espace de paroles mis en place pour les résidents, explication de la liste des personnes qualifiées 20 et lieu d'affichage... ».	Recommandation n° 7 : Travailler la thématique des réclamations et leur gestion/traitement. Mettre en place un recueil et rendre visible les modalités d'expression de ces réclamations	5 mois
R9	Remarque n°9 : 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 décembre 2008).	Recommandation n° 8 : mettre en place des évaluations des professionnels tous les ans et si besoin, des évaluations plus ponctuelles.	6 mois
R10	Remarque n°10 : L'absence de plan de formation continue à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement ne permet pas de développer et d'enrichir les compétences individuelles et collectives des professionnels (Recommandation ANESM, <i>Missions du responsable d'établissement et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> , 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).	Recommandation n° 9 : mettre en place un plan de formation répondant aux obligations législatives et aux besoins des professionnels.	4 mois
R11	Remarque n°11 : 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. L'ANESM 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 décembre 2008).		

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R23	Remarque n° 23 : Tous les agents ne sont pas formés à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM.		
R38	Remarque n°38 : Les agents ne sont pas formés aux refus de soins conformément aux recommandations de la HAS-ANESM, volet 4, sept 2012.		
R43	Remarque n° 43 : Tous les agents ne sont pas formés à la prise en charge des soins palliatifs et à l'accompagnement des résidents en fin de vie. Cette situation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM Volet 4, septembre 2012, p 88 : « Inscrire dans le plan de formation continue des formations sur les soins palliatifs et la fin de vie, mais également sur la relation d'aide, la communication verbale et non verbale, la pluridisciplinarité, la gestion du stress ».		
R47	Remarque n°47 : Aucun professionnel n'est formé à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.		
R12	Remarque n°12 : 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 (Recommandations ANESM décembre 2008).	Recommandation n° 10 : Mener un travail sur les missions et les tâches de chaque professionnel.	6 mois
R13	Remarque n°13 : L'absence de renouvellement régulier des animations proposées aux résidents ne permet pas de répondre aux besoins d'activités adaptés à leur rencontre. Aussi, en ne palliant pas l'absence d'animation durant plusieurs semaines (en cas d'absence de l'animatrice), l'établissement n'offre pas une prise en charge de qualité à ses résidents.	Recommandation n° 11 : Modifier régulièrement le planning des activités afin de proposer des activités variées et adaptées. En cas d'absence de l'animatrice, mettre en place une organisation permettant la mise en place d'un minimum d'animation.	1 mois
R14	Remarque n°14 : L'absence d'instance de supervision, de groupe de parole ou d'analyse de pratiques formalisées, hors présence de la hiérarchie, ne favorise pas l'expression des personnels et ne répond pas aux recommandations de la HAS-ANESM – septembre 2012. 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 p 20: « Poser des espaces de concertation et d'échanges interdisciplinaires contribuant à une connaissance réciproque du travail et des savoirs, théoriques et pratiques, de chacun ; Organiser dans les groupes de pairs la mise en débat et les échanges sur le travail ; Dédier des temps à l'observation, pour les personnels volontaires, et les exploiter en équipe ; Mettre en place des groupes de parole pour les professionnels dont le travail est par nature isolé ; Examiner avec les équipes des ajustements dans les pratiques et dans l'organisation du travail et les expérimenter ».	Recommandation n° 12 : mettre en place des groupes de parole ou d'analyse des pratiques.	3 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R15	Remarque n° 15 : Les réunions entre la direction et les équipes visant à faire le point sur les problématiques rencontrées ne sont ni fréquentes ni régulières, ce qui n'est pas conforme à la recommandation de l'ANESM – janvier 2012)	Recommandation n° 13 : mettre en place des temps d'échange entre la direction et les équipes sur des problématiques du quotidien.	3 mois
R16	Remarque n° 16 : L'EHPAD n'a pas mis en place une organisation permettant de réévaluer le séjour des résidents les premiers jours qui suivent leur admission. Aucune instance pluridisciplinaire associant la famille du résident et les professionnels de l'EHPAD n'est mise en place, afin notamment d'échanger sur le comportement du résident et son adaptation à son nouvel environnement. Ce qui n'est pas conforme aux recommandations de la HAS-ANESM, Volet 1, décembre 2020, pp 42/43 : « Être vigilant les premières semaines ».	Recommandation n° 14 : Mettre en place une organisation permettant de réévaluer le séjour des résidents après leur admission (échange pluridisciplinaire – le résident et sa famille).	4 mois
R17	Remarque n°17 : L'EHPAD ne dispose pas d'une procédure relative aux admissions des résidents, précisant « qui fait quoi » : - recueil des habitudes de vie (autonomie du résident, régime alimentaire, traitements médicamenteux, loisirs ...) et les besoins (les aides au quotidien ...), - transmissions écrites sur Netsoin et orales relatives au recueil de ces informations aux professionnels de l'EHPAD, - l'élaboration du projet de vie et du PAP. Cette organisation ne garantit pas la traçabilité et la transmissions des informations relatives à la prise en charge de chaque nouveau résident, conformément aux recommandations de la HAS-ANESM, volet 2, juin 2011, p 15 : « <i>Le respect des habitudes de vie participe à la reconnaissance de l'identité des résidents et à la personnalisation de l'accompagnement. Néanmoins, certaines habitudes peuvent être en contradiction avec la vie collective dans l'établissement (tenue vestimentaire inappropriée, consommation excessive d'alcool et de tabac etc.). La question de la conciliation entre les habitudes personnelles des résidents et les contraintes inhérentes à la vie en collectivité est abordée au sein du règlement de fonctionnement remis lors de l'admission</i> ».	Recommandation n° 15 : Elaborer une procédure d'admission encadrant le « qui fait quoi » et permettant de répondre aux besoins du nouvel arrivant.	5 mois
R39	Remarque n°39 : Le recueil des habitudes de vie et besoins de chaque nouveau résident n'est pas systématiquement réalisé et tracé dans un document pouvant être consulté par l'équipe soignante et éducative.	Recommandation n° 16 : Mettre en place une traçabilité du recueil – accessible à tous les professionnels.	
R18	Remarque n° 18 : Selon les entretiens, l'EHPAD procède de plus en plus à l'admission de personnes âgées avec des troubles psychiatriques importants et nécessitant une prise en charge adéquat dans un contexte marqué par l'absence : de médecin coordonnateur, de psychologue et de professionnels formés.	Recommandation n° 17 : S'assurer en amont de l'entrée au sein de la structure de l'adéquation entre l'offre proposée par l'EHPAD et le besoin de la personne âgée – Solliciter les professionnels concernés.	

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R19	Remarque n°19 : Le sous-effectif ne permet à l'EHPAD d'offrir aux résidents un accompagnement de qualité et respectueux de leur rythme de vie. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, « Volet 2, juin 2011 », p 27 : « Mettre en place une organisation personnalisée du coucher et de la nuit. Le rythme de vie des résidents ne coïncide pas avec le rythme institutionnel. Le nombre de professionnels auprès des résidents est plus important le matin que le soir et a fortiori la nuit. Or la vie quotidienne se déroule sur l'ensemble des 24 heures de la journée.	Recommandation n° 18 : Mettre en place une organisation permettant d'offrir à tous les résidents une prise en charge personnalisée et de qualité à tous les instants de la journée.	4 mois
R20	Remarque n° 20 : La mission note l'absence d'aménagement du jardin pour les résidents et d'activité de jardinage en particulier en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ce qui n'est pas conforme aux recommandations HAS-ANESM volet 2 p 34 et 37.	Recommandation n° 19 : Etablir un projet d'aménagement des extérieurs, notamment en y intégrant les résidents.	6 mois
R21	Remarque n°21 : En l'absence de PAP par résident, d'une commission des menus et de projet de vie par résident, l'EHPAD ne prend pas en compte d'une manière formalisée les besoins des résidents et habitudes de vie. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> », décembre 2008, p 24 : « <i>Élaborer un dossier avec les informations essentielles concernant chaque usager Il est recommandé qu'un dossier concernant chaque usager soit formalisé pour permettre aux nouveaux professionnels de se familiariser avec ses habitudes et besoins spécifiques. Ceci doit permettre un accompagnement au plus près des besoins et attentes dès la prise de poste. La mise en œuvre de ce dossier est néanmoins subordonnée, d'une part à ce que l'usager ou ses représentants aient formellement autorisé le partage des informations qu'il contient et d'autre part, au respect des dispositions légales et réglementaires applicables aux données à caractère personnel</i> ».	Recommandation n° 20 : Mener un travail sur la qualité de la prise en charge globale des résidents en y intégrant notamment une commission des menus, l'élaboration des PAP et le recueil des souhaits (faire le lien avec la remarque16).	5 mois
R22	Remarque n°22 : Le projet de soins et le projet médical et de soins qui arrivent à échéance en 2021 n'abordent pas les questions de santé d'une manière concrète relatives aux personnes ayant des troubles cognitifs et des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. L'EHPAD n'a également pas travaillé sur la formation des professionnels et les pratiques professionnelles, ni sur l'accompagnement psychologique des résidents par un psychologue. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009 », p 12.	Recommandation n° 21 : Revoir le projet de soins et le projet médical afin de les mettre à jour et d'aborder les questions des troubles cognitifs et de la maladie d'Alzheimer (+ les formations inhérentes).	6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R24	Remarque n° 24 : L'absence d'ergothérapeute et de psychomotricien ne contribue pas à offrir aux résidents une prise en charge de qualité, telle que prévue par les recommandations de la HAS-ANESM "L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009".		6 mois
R25	Remarque n°25 : L'absence de psychologue au sein de l'EHPAD impacte négativement l'accompagnement des résidents et leur famille. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, volet 3, décembre 2011, p 56. Cette absence de psychologue ne permet pas à l'EHPAD d'accompagner d'une manière optimale les résidents, leur famille et les professionnels lors de la fin de vie et des soins palliatifs. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, volet 4 ; septembre 2012 p 82. : « Accompagner les résidents dans leur travail de deuil des résidents décédés : en faisant appel au psychologue et/ou aux ministres du culte autant que de besoin » ; p 85 : « Accompagner la souffrance morale en proposant des rencontres avec le psychologue de l'Ehpad et/ou des équipes ressources, en donnant les coordonnées des associations de bénévoles d'accompagnement de soins palliatifs afin de permettre la verbalisation des émotions » ; p 88 : « Accompagner les professionnels « après le décès » : -en proposant un temps d'échanges avec le psychologue ou le cadre de santé sur les difficultés possibles à trouver la « bonne distance » dans la relation professionnel-résident d'un accompagnement au long cours ».	Recommandation n° 22 : Recruter un psychologue, un ergothérapeute et/ou un psychomotricien afin d'offrir une prise en charge de qualité aux résidents.	
R26	Remarque n° 26 : La fonction d'IDEC est occupée par une IDE ne disposant pas du diplôme de cadre.	Recommandation n° 23 : Inscrire l'IDEC en poste dans une formation diplômante.	3 mois
R27	Remarque n° 27 : le nombre important de professionnels en CDD et ceux depuis de nombreuses années peut entraîner un risque dans la continuité de la prise.	Recommandation n° 24 : Faire le point sur les CDD (notamment de longue date) afin de fidéliser les équipes et de pérenniser les professionnels prenant en charge les résidents.	5 mois
R28	Remarque n°28 : Les ETP financés par les autorités de tutelle ne peuvent pas être mis à disposition de la ville de COUDEKERQUE-BRANCHE.	Prescription n° 37 : Mettre fin à la mise à disposition au profit de la mairie de l'ETP d'agent administratif (avec retour au sein de l'EHPAD).	
R29	Remarque n°29 : Les transmissions ciblées sur Netsoin ne sont pas systématiques. De plus, les AS/AES et agents sociaux ne tracent pas sur cet outil des informations relatives à la prise en charge et au suivi des résidents.	Recommandation n° 25 : Sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'importance des transmissions ciblées sur Netsoin.	3 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R30	<p>Remarque n°30 : Le management de proximité n'organise pas de réunions d'informations, il n'est pas toujours disponible pour superviser et contrôler le travail des équipes. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », juin 2008 :</p> <p>- p 11 : « prendre en considération les interactions et les dynamiques en jeu entre les professionnels. Au sein des collectifs de pairs, l'adaptation à l'emploi est sous-tendue par la mise en mots et la transmission des savoirs, le questionnement des pratiques et leurs remaniements. Au-delà du collectif de pairs, les interactions entre les différents intervenants, dans la pluridisciplinarité et la transversalité, participent à l'adaptation à l'emploi des personnels et, plus largement à la construction d'une compétence collective, seule à même de répondre aux besoins des populations accompagnées »,</p> <p>- p 19 « Mettre en place des réunions collectives pour informer sur des évolutions relatives aux populations accompagnées Selon la typologie de la structure, les réunions collectives pour tous les personnels favorisent une mise à jour des connaissances et une information commune. Ces réunions, mises en place par la direction et/ou l'encadrement de proximité, permettent aussi une première approche des évolutions des textes législatifs et réglementaires de référence ainsi que des évolutions des schémas d'organisation territoriaux et des politiques publiques »,</p> <p>- p 20 « Prévoir dans l'organisation du travail de l'encadrement intermédiaires disponibilité et sa proximité avec les équipes sur le terrain La disponibilité et la proximité de l'encadrement intermédiaire procurent une souplesse qui permet l'écoute et la régulation. L'encadrement intermédiaire est alors en position de contribuer à l'ajustement des pratiques et de mieux en faire comprendre les enjeux ».</p>	<p>Recommandation n° 26 : mener un travail sur le management de proximité et mettre en place des réunions d'informations, des temps de supervision et de contrôle des équipes.</p>	4 mois
R31	<p>Remarque n° 31 : L'EHPAD n'a pas mis en place une organisation permettant aux agents d'échanger sur les bonnes pratiques de prise en charge, ni sur les bonnes pratiques professionnelles, telle que prévue par la HAS-ANESM, volet 4 « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident », septembre 2012.</p>	<p>Recommandation n° 27 : Mettre en place une organisation permettant aux agents d'échanger sur les bonnes pratiques.</p>	5 mois
R32	<p>Remarque n° 32 : L'aide à la toilette n'est pas systématisé ce qui ne permet pas aux résidents de préserver leur autonomie (lien avec la remarque n°18).</p>	<p>Recommandation n° 28 : mener un travail sur l'aide à la toilette en équipe pluridisciplinaire afin de préserver l'autonomie des résidents.</p>	4 mois
R33	<p>Remarque n° 33 : L'absence de protocole décrivant les modalités de prise de décision, de mise en place, de surveillance de contention est un obstacle à la mise en œuvre des bonnes pratiques décrites dans le document de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé « limiter les risques de contention physique de la personne âgée » d'octobre 2000.</p>	<p>Recommandation n° 29 : Etablir un protocole décrivant les modalités de prise de décision, de mise en place et de surveillance de contention.</p>	4 mois
R34	<p>Remarque n° 34: En l'absence de commission des menus, les résidents ne peuvent pas donner leurs avis sur les régimes alimentaires. Aucun personnel de l'équipe soignante ne participe à l'élaboration des menus et des textures alimentaires, tel que les IDE, médecin coordonnateur ; ce</p>	<p>Recommandation n° 30 : mettre en place une commission des menus / Associer les résidents</p>	5 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
	qui n'est pas conforme aux recommandations du rapport cité dans l'avis N°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005. La non-prise en compte des avis des résidents dans l'élaboration des menus et les activités liées à la restauration n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM, « Fiche repères HAS-ANESM, sécurité alimentaire, convivialité et qualité de vie, les champs du possible dans le cadre de la méthode HACCP », p. 4.	et les professionnels concernés à la thématiques / affichage de manière visible les menus.	
R37	Remarque n° 37 : Il n'y a pas d'affichage des menus en grand format de caractères afin notamment de stimuler l'appétit des résidents, tel que prévu par les recommandations de la HAS-ANESM volet 2 « Qualité de vie en Ehpad Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, p 33 ». Le médecin coordonnateur n'assiste pas à toutes les commissions menus afin notamment de travailler sur les questions de textures des aliments et des menus enrichis, tel que recommandé par l'avis N°53 du Conseil National de l'Alimentation du 15 décembre 2005.		
R35	Remarque n°35 : Les évaluations de la déglutition par notamment la réalisation de bilans orthophoniques ne sont pas structurées au niveau de l'EHPAD. De plus, tous les professionnels, notamment les agents d'accompagnement sociaux ne sont pas formés d'une manière régulière à la prise en charge des fausses routes. L'EHPAD n'a pas mis en place une stratégie relative au diagnostic et à la prise en charge du risque de fausse route et trouble de la déglutition, telle que prévue par Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de l'Action Sociale et la Société Française de Gériatrie et Gériologie « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, octobre 2007 » et les recommandations de MOBIQUAL, fiche pratique « Les troubles de la déglutition ». L'EHPAD n'a pas formalisé le recueil des informations relatives au régime alimentaire du résident et leur transmission aux soignants (IDE, AS, AMP, AES, ADV), tel que prévu par les recommandations de MOBIQUAL « Nutrition et dénutrition chez la personne âgée, promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles, 2007 ».	Recommandation n° 31 : Structurer les évaluations de la déglutition, former les agents à la gestion des fausses routes.	3 mois
R36	Remarque n°36 : L'organisation actuelle relative à l'alimentation et l'hydratation est marquée par les faits suivants : - la coordination des informations relatives au régime alimentaire des résidents entre les IDE, les médecins traitants et les agents du service de restauration n'est pas structurée ; - il n'a pas été mis en place un espace de travail et/ou d'échange entre, notamment, une diététicienne, le médecin coordonnateur, les IDE et les agents du service restauration portant sur les questions des régimes alimentaires et l'hydratation des résidents ; - les refus alimentaires soit par absence d'aide soit par refus volontaire du résident ne sont pas traités par les professionnels ; - les agents ne disposent pas d'une procédure écrite portant sur les conduites à tenir en cas de refus à répétition par le résident de l'alimentation et des apports hydriques ;	Recommandation n° 32 : Mener un travail sur l'organisation relative à l'alimentation et à l'hydratation afin de répondre aux bonnes pratiques citées.	6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
	<ul style="list-style-type: none"> - la mission a constaté l'utilisation de l'eau gélifiée, sans aucun support : fiche alimentaire, tableau de suivi de l'hydratation ; - l'EHPAD n'a pas mis en place un protocole relatif à la nutrition et hydratation. 		
R39	Remarque n°40 : Les AS/AES n'ont pas élaboré un plan de soins de nursing par résident et par unité d'hébergement.	Recommandation n° 33 : Etablir un plan de soins de nursing par résident et par unité.	4 mois
R41	Remarque n°41 : L'espace prescripteur réservé aux médecins est accessible aux IDE. La saisie des prescriptions médicales sur Netsoin par les IDE n'est pas sécurisée : aucun contrôle a posteriori.	Recommandation n° 34 : Sécuriser la saisie des prescriptions médicales, mettre en place un contrôle à postériori.	5 mois
R42	Remarque n° 42 : L'EHPAD n'a pas mis en place une démarche d'évaluation de la douleur d'une manière régulière et structurée chez les résidents. Cette organisation n'est pas conforme avec les recommandations de la HAS-ANESM p 50 : « Par ailleurs, les différentes études 43 montrent que les éléments de santé perçus par les résidents comme importants pour leur qualité de vie sont la mobilité, la douleur, l'incontinence et le sommeil ».	Recommandation n° 35 : Mettre en place une démarche d'évaluation de la douleur de manière régulière et structurée.	5 mois
R44	Remarque n°44 : L'EHPAD est marqué par l'absence d'une politique portant sur la « démarche qualité et la gestion des risques » : absence de protocoles actualisés sur les différentes prises en charge paramédicales : hydratation, nutrition, escarres, soins palliatifs, contention.	Recommandation n° 36 : Mener un travail collectif et mettre en œuvre une politique globale sur la démarche qualité et la gestion des risques au sein de l'EHPAD.	8 mois
R45	Remarque n°45 : La réévaluation thérapeutique chez les résidents n'est pas organisée de façon systématique pour l'ensemble des résidents, contrairement aux recommandations de la HAS "Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance", 2005 et fiche repères « prise en charge médicamenteuse en EHPAD », HAS-ANESM 2017.	Recommandation n° 37 : Mettre en place une réévaluation thérapeutique systématique chez les résidents.	5 mois
R46	Remarque n°46 : Tous les produits ne comportent pas la date d'ouverture et date de fin d'utilisation.	Recommandation n° 38 : veiller à ce que chaque produit comporte une date d'ouverture et de fin d'utilisation.	2 mois
R48	Remarque n°48 : Les plateaux sur lesquels sont déposés les piluliers ne sont pas sécurisés. Les piluliers peuvent facilement se mélanger en tombant de ces plateaux.	Recommandation n° 39 : Utiliser des plateaux sécurisés.	3 mois
R49	Remarque n° 49 : Les IDE ne disposent pas d'outils, tels que les photos pour identifier tous résidents pour notamment l'administration de médicaments (ou en cas d'intervention de professionnels extérieurs).	Recommandation n° 40 : mettre en place une organisation permettant d'identifier clairement les résidents.	6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R50	Remarque n°50 : La livraison de médicaments et produits de santé par 10 pharmacies d'officine sans organisation contribue à la désorganisation du travail des IDE : - livraison/réception des produits n'est pas tracée, - horaires et jour de livraisons ne sont pas identiques.	Recommandation n° 41 : Structurer la livraison/réception des produits, tracer cette dernière, organiser les jours/heures de livraison afin de les regrouper sur un même temps.	5 mois
R51	Remarque n° 51 : L'hygiène dans les locaux de soins et le local de stockage des médicaments et des produits de santé n'est pas réalisée d'une manière régulière. De plus, le local dédié au stockage et à la préparation des médicaments est petit et non adapté à la préparation des piluliers des résidents.	Recommandation n° 42 : Veiller à l'entretien des locaux y compris de soins et le local de stockage des médicaments/produits de santé. Mener une réflexion sur le local dédié aux stockages et à la préparation des piluliers.	5 mois
R52	Remarque n° 52 : Les IDE ne disposent pas de temps pour travailler sur les mentions « à ne pas délivrer ».	Recommandation n° 43 : Organiser un temps dédié afin que les IDE puissent travailler sur les mentions « à ne pas délivrer ».	3 mois
R53	Remarque n°53 : Les refus de prise de médicaments ne sont pas structurés avec traçabilité et information du médecin traitant.	Recommandation n° 44 : tracer les refus et mettre en place une organisation impliquant le médecin traitant.	3 mois
R54	Remarque n° 54 : L'EHAD n'a pas mis en place une procédure relative à la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicaments avec les numéros de téléphones utiles (centre antipoison, CRPV, centre 15, Rééva...).	Recommandation n° 45 : Etablir un protocole « en cas d'erreur d'administration ».	4 mois
R55	Remarque n°55 : En l'absence de médecin coordonnateur, la réévaluation thérapeutique des traitements n'est pas abordée, ni structurée entre les IDE et les médecins traitants.	Recommandation n° 46 : Mener un travail de structuration et de réévaluation des traitements (lien IDE, Médecin traitant).	5 mois
R56	Remarque n°56 : la mission d'inspection constate la présence de médicaments dans la porte du réfrigérateur.	Recommandation n° 47 : Ne pas placer de médicament dans la porte du réfrigérateur.	
R57	Remarque n°57 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas d'information relative au libre choix de la pharmacie d'officine par chaque résident. Au contraire il indique l'obligation suivante : « L'externalisation des médicaments pour tous les Résidents est assurée par l'intégralité des pharmaciens coudekerquois et la société DISTRIMEDIC ».	Recommandation n°48 : Modifier le règlement de fonctionnement afin de faire apparaître le libre choix d'officine.	6 mois

Ecart (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Injonction (I)/mise en demeure (MED)/prescription (P)/ Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre à l'issue de la procédure contradictoire
R58	Remarque n°58 : La convention « soins palliatifs » avec l'équipe d'appui du réseau de santé Aamvi n'a pas fait l'objet d'évaluation d'une manière périodique : nombre d'interventions, formation des professionnels de l'EHPAD, intervention des bénévoles, nombre de résidents pris en charge.	Recommandation n° 49 : Evaluer la convention et ses objectifs.	6 mois
R59	Remarque n°59 : La convention avec l'HAD de Flandre Maritimes et l'EHPAD n'est pas datée, ni signée. La mission n'est pas en mesure de savoir si la coopération entre l'EHPAD et cet établissement est effective ou pas.	Recommandation n° 50 : Faire dater et signer la convention HAD, mettre en place l'évaluation de ses objectifs.	6 mois
R60	Remarque n°60 : La structure ne fait pas partie d'une filière de soins.	Recommandation n° 51 : rechercher un partenariat et établir une convention avec une filière de soins.	4 mois