

Réf: 2024-D3SE-SDIC-NS
Mission n° 2024-00607



Lille, le 4 *février* 2025

Le directeur général de l'agence
régionale de santé

et

le président du conseil départemental

à

Madame Paulette Juilien-Peuvion
Maire de Neufchatel-Hardelot
Responsable du CCAS
EHPAD Belle fontaine
Rue des allées
62152 Neufchatel-Hardelot

Objet : mesures *correctives* suite à l'inspection du 31 juillet 2024 à l'EHPAD « Belle fontaine » sis 35 rue Saint-Exupéry à Neufchatel-Hardelot.

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

Cette inspection a été réalisée le jeudi 31 juillet 2024.

Le rapport d'inspection ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés par courrier en date du 15 novembre 2024.

Par mail en date du 03 décembre 2024, vous avez fait part de vos remarques concernant les mesures envisagées. 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.


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
et par délégation,
le directeur du pôle solidarités



Pièces jointes :

- le tableau listant les mesures correctives.

Mesures correctives

Inspection du 31 juillet 2024 de l'EHPAD « Belle fontaine » à Neufchatel-Hardelot.

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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
ECART				
E1	<u>Ecart n°1</u> : En fusionnant les places d'hébergement temporaire et d'hébergement permanent, en ne disposant pas de locaux et de professionnels dédiés à l'accueil de jour, l'établissement ne met pas en place un accueil conforme à son autorisation en date du 20 juin 2016.	<u>Prescription n°1</u> : Se conformer à son autorisation.	6 mois	
E2	<u>Ecart n°2</u> : En ne disposant pas d'un registre des entrées et des sorties côté et paraphé par le maire, l'établissement contrevient avec les dispositions des articles L.331-2 et R.331-5 du CASF.	<u>Prescription n°2</u> : Mettre en place un registre des entrées et des sorties côté/paraphé par le Maire.	3 mois	
E3	<u>Ecart n°3</u> : En n'affichant pas au sein de ses locaux, les comptes rendus des CVS et les synthèses des enquêtes de satisfaction, l'établissement contrevient avec les dispositions de l'article D.311-15 III. du CASF.	<u>Prescription n°3</u> : Afficher les comptes rendus des CVS et les synthèses des enquêtes de satisfaction au sein des locaux.	immédiat	
E4	<u>Ecart n°4</u> : L'EHPAD ne signale pas d'une manière systématique les EIG aux autorités compétentes. Cette organisation est contraire aux dispositions des articles R.331-8, R 331-9 et R 331-10 code de l'action sociale et des familles (relatif à l'information des membres du CVS).	<u>Prescription n°4</u> : Mettre en place un système effectif de transmissions des EIG aux autorités. Mettre en place une véritable culture du signalement.	3 mois	
E5	<u>Ecart n°5</u> : Selon les entretiens, les professionnels n'ont pas la culture du signalement tracé des événements indésirables graves et des événements indésirables graves liés aux soins. De plus, l'établissement n'organise pas des séances de formation ou de sensibilisation sur le signalement. Cette organisation 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.			

	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E6	<u>Ecart n°6</u> : L'absence d'information du CCAS ou la non prise en compte par le CCAS des événements graves pose la question de sa responsabilité dans le suivi et la régulation de l'établissement et présent un risque pour la prise en charge des résidents ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°5</u> : Mettre fin à la politique de non sanction en cas d'événement grave	immédiat	
E7	<u>Ecart n°7</u> : Comme déjà souligné lors du contrôle sur pièces, des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des agents de soins ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	<u>Prescription n°6</u> : Mettre en place une organisation faisant cesser le glissement de tâche.	6 mois	
E8	<u>Ecart n°8</u> : L'établissement n'a pas désigné de référent pour l'activité physique adaptée, ce qui est contraire aux dispositions de l'article D.311-40 I. du CASF.	<u>Prescription n°7</u> : Désigner une référent pour l'activité physique adaptée au sein de la structure.	3 mois	
E9	<u>Ecart n°9</u> : La présence de professionnels uniquement non diplômés au sein de l'UVA ne permet pas de garantir la sécurité des résidents pris en charge ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311.3 du CASF.	<u>Prescription n°8</u> : Revoir l'organisation des professionnels présents au sein de l'UVA afin de garantir la présence de professionnels formés (même en cas d'absence).	immédiat	
E10	<u>Ecart n°10</u> : En ne vérifiant pas systématiquement le bulletin du casier judiciaire national et en ne renouvelant pas régulièrement les demandes d'extraits de casiers, l'établissement ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 311-6 du CASF et n'est pas en capacité de	<u>Prescription n°9</u> : mettre en place une organisation permettant la vérification automatique et régulière de	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès des personnes vulnérables (point pourtant déjà mis en exergue lors du contrôle sur pièces).	tous les extraits de casier judiciaire des professionnels.		
E11	<u>Ecart n°11</u> : La présence d'un climat social dégradé impacte 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.	<u>Prescription n°10</u> : Accompagner la structure vers une amélioration du climat social afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge.	6 mois	
E12	<u>Ecart n°12</u> : L'accessibilité des produits d'hygiène/ d'entretien ne permet pas de garantir la sécurité des résidents ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°11</u> : Sécuriser tous les produits d'hygiène/ d'entretien qui pourraient être accessibles aux résidents		
E15	<u>Ecart n°15</u> : L'absence de réalisation des travaux du pignon (suite à dégât des eaux ancien), ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	Sécuriser le jardin en réalisant les travaux du pignon extérieur.	immédiat	
E16	<u>Ecart n°13</u> : Le fait de laisser la porte de l'issue de secours ouverte afin de permettre aux professionnels « de prendre une pause » à l'extérieur et le fait que les portes des salles non destinées aux résidents soient ouvertes ne permet pas de garantir la sécurité des résidents pris en charge ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-3 du CASF.	S'assurer que toutes les portes et notamment la porte de l'issue de secours soient toujours sécurisées.		
E13	<u>Ecart n°13</u> : En affichant au sein des sanitaires du rez-de-chaussée la liste de résident « pour la mise aux WC » l'établissement ne respecte pas le principe de dignité et d'intimité encadré par les dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°12</u> : Respecter la dignité et l'intimité des résidents – retirer/ déplacer l'affiche.	immédiat	
E14	<u>Ecart n°14</u> : En ne permettant pas aux résidents de disposer de moyens de communication dans les chambres et les espaces communs de	<u>Prescription n°13</u> : Permettre aux résidents de disposer d'une connexion internet.	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	l'établissements ne répond pas aux dispositions du décret n°2022-734 du 28 avril 2022.			
E17	<u>Ecart n°17</u> : Le manque de matériels et de prise en compte des demandes de petits matériels, ne permet pas de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°14</u> : Mener un audit afin de s'assurer de la présence de tout le matériel nécessaire et de son fonctionnement	6 mois	
E18	<u>Ecart n°18</u> : L'absence de prise en considération et de prise en compte des appels ainsi que l'absence de bon fonctionnement du système global d'appel malade ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge et la <u>sécurité</u> des résidents de l'EHPAD ce qui contrevient avec les dispositions de l'article L.311-3 du CASF et à la recommandation HAS « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » septembre 2011.	<u>Prescription n°15</u> : Réaliser une étude des temps de réponse aux appels malade – Effectuer un audit de tous les appareils afin de s'assurer du fonctionnement de tous. (changer le système si possible). Sensibiliser les professionnels.	3 mois	
E19	<u>Ecart n°19</u> : L'absence de temps suffisant pour l'aide aux repas, de formation et de sensibilisation aux fausses routes, ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°16</u> : Travailler sur le sujet de l'aide aux repas en mettant en poste un nombre suffisant de professionnels formés et sensibilisés aux fausses routes	3 mois	
E20	<u>Ecart n°20</u> : L'absence de budget dédié, de matériels à dispositions et de cadre organisant la réalisation des animations ne permet pas de garantir une prestation d'animation conforme du décret du 30 décembre 2015 relatifs à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD.	<u>Prescription n°17</u> : Mettre en œuvre une véritable politique d'animation avec un budget et du matériel dédiés.	3 mois	
E21	<u>Ecart n°21</u> : L'absence de réactivité et prise en compte des demandes effectuées par les soignants auprès des IDE (aide, surveillance, avis,	<u>Prescription n°18</u> : Sensibiliser les équipes à	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	...) peut engendrer un risque dans la prise en charge des résidents de l'EHPAD ce qui contraire aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	l'importance du travail en pluridisciplinarité.		
E22	<u>Ecart n°22</u> : 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 ».	<u>Prescription n°19</u> : Former tous les professionnels : - aux soins d'urgence ; - Aux soins palliatifs ; - A la prise en charge de la douleur, - Aux grandes plaies (professionnels concernés), - Aux refus de soins	6 mois	
E29	<u>Ecart n°29</u> : L'absence de formation des professionnels aux grandes plaies, aux soins palliatifs, aux refus de soins et à la prise en charge de la douleur, ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité des résidents, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L.311.3 du CASF.			
E23	<u>Ecart n°23</u> : Le temps de travail du médecin coordonnateur ne respecte pas les dispositions de l'article D.312-156 du CASF.	<u>Prescription n°20</u> : Augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur.	3 mois	
E24	<u>Ecart n°24</u> : Le médecin coordonnateur n'élabore pas chaque année un rapport d'activité médical annuel (RAMA), pour travailler notamment sur la cartographie des risques et les besoins en formations des professionnels : causes des hospitalisations en urgences, escarres, traitements (neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques, antibiotiques ...), causes de la dénutrition, soins palliatifs Cette organisation est contraire aux dispositions de l'article D.312-158-10° du code de l'action sociale et des familles.	<u>Prescription n°21</u> : Elaborer un RAMA tous les ans.	6 mois	
E25	<u>Ecart n°25</u> : L'absence de supervision des IDE sur le travail des AS/AES/AMP est contraire aux dispositions des articles R.4311-1 et	<u>Prescription n°22</u> : Organiser la supervision des IDE sur le	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	R.4311-4 du code de la santé publique. Aussi, les plans de soins ne sont pas réévalués systématiquement par les IDE en étroite collaboration des aides-soignants, des accompagnants éducatifs et sociaux, des aides médico-psychologiques et des auxiliaires de vie.	travail des autres professionnels de soins. Mettre en place une organisation permettant la réévaluation des plans de soins par les IDE en collaboration avec les autres professionnels		
E26	<u>Ecart n°26</u> : L'administration des produits classés stupéfiants ne respecte pas systématiquement la traçabilité sur le registre, selon la règle suivante : dose administrée du médicament prescrit, date d'administration, heure d'administration, nom ou initiale de l'IDE et sa signature. Cette organisation ne respecte pas les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur.	<u>Prescription n°23</u> : Mettre en place une organisation permettant le respect des normes existantes en matière d'administration des produits classés stupéfiants.	3 mois	
R25	<u>Remarque n°25</u> : Toutes les boîtes de médicaments et des produits classés stupéfiants ne comportent pas les noms des résidents.			
E27	<u>Ecart n°27</u> : Il n'existe aucun protocole nominatif de collaboration entre IDE et AS/AES daté et signé relatif à l'aide à la prise de médicament. Cette organisation n'est pas conforme aux articles R.4311-3 et R.4311-4 du CSP, ainsi que l'article L313-26 du CASF.	<u>Prescription n°24</u> : Mettre en place un protocole nominatif de collaboration entre IDE et AS/AES (daté et signé) relatif à l'aide à la prise de médicament.	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
E28	<u>Ecart n°28</u> : La mission a constaté la présence de boîtes de médicaments périmés, ce qui est contraire aux dispositions de l'article R 4312-38 du code de la santé publique.	<u>Prescription n°25</u> : Effectuer un contrôle de tous les dates de péremption. Assurer un suivi périodique.	immédiat	
E30	<u>Ecart n°30</u> : L'absence de piluliers pour la préparation des médicaments à différents horaires, la présence de sachets de médicaments déposés à différents endroits : sur la paillasse de la salle de soins, sur le chariot des médicaments et dans le chariot des médicaments avec les rouleaux de médicaments, présentent un risque d'erreur et ne garantit pas la sécurité des résidents, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L.311-3 du CASF.	<u>Prescription n°26</u> : Mettre en place une organisation avec des moyens adaptés à la distribution des médicaments (matin, midi, soir et nuit), tels que des piluliers afin de sécuriser ce processus. Mettre en place une organisation garantissant la sécurisation de toutes les étapes de la PDA (préparation, dispensation et administration) de manière individualisée avec des moyens adaptés.		
- REMARQUES				
R1	<u>Remarque n°1</u> : 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'HAS 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 HAS : <i>Mission du responsable</i>	<u>Recommandation n°1</u> : Mettre en place une formation à la bientraitance pour tous les professionnels ;	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	Désigner un référent bientraitance et lui assigner des missions propres.		
R2			
R3			
R4	Recommandation n° 2 : Mettre en place une véritable culture du signalement et de sa traçabilité ; Mettre en place et en œuvre des modalités de recueil, de traitement et de suivi des EI/EIG/EIGS Mettre en place des temps d'échange tracés sur ce sujet.	6 mois	
R5			

	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R6	Remarque n°6 : 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'HAS 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 » (HAS, <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> , décembre 2008).	Recommandation n°3 : Mettre en place un dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des réclamations.	3 mois	
R7	Remarque n°7 : L'absence de transmission de la procédure relative à la gestion des situations de crises/ exceptionnelles ou d'EIG ne permet pas d'affirmer son existence. Aussi, l'absence d'appropriation par les professionnels de cette procédure ne la rend pas efficace et dénature son efficacité.	Recommandation n°4 : Mettre en place une procédure relative à la continuité à tenir en cas de crise ou d'EIG – s'assurer de son appropriation par les professionnels.	3 mois	
R8	Remarque n°8 : L'absence de définition précise et connue des missions et responsabilités de chaque professionnel ne permet pas aux salariés d'appréhender clairement leurs missions, leur positionnement au sein de la structure et n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM, <i>La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre</i> . Repère 4 point 3.3, juin 2008).	Recommandation n°5 : Mettre en place des fiches de poste pour tous les professionnels. S'assurer de leur mise à jour et de leur appropriation par tous les professionnels.	6 mois	
R9	Remarque n°9 : L'absence d'espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles et sur les conditions de travail, ni de dispositif de soutien aux salariés ne répond pas à une organisation 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°6 : Mettre en place des espaces d'échange (hors direction), et des dispositifs de soutien aux salariés	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R10	Remarque n°10 : La fermeture des placards/ armoires avec un clef détenue par une seule personne ne permet pas la fluidité des tâches à réaliser par les professionnels.	Recommandation n°7 : Revoir l'organisation de la sécurisation des placards.	immédiat	
R11	Remarque n°11 : L'absence de protocole pour la gestion de la mise en place et l'évaluation des contentions ne permet pas de s'assurer de leur bonne mise en place.	Recommandation n°8 : Mettre en place un protocole encadrant la gestion de la mise en place et de l'évaluation des contentions.	3 mois	
R12	Remarque n°12 : L'absence de commission de restauration sur l'année 2024 et de participation de résidents présents ne permet pas de garantir la prise en compte de leurs souhaits / requêtes, conformément aux recommandations de la HAS/ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 3) ; la vie sociale des résidents en Ehpad, décembre 2011), p37 : « Recommandations : Favoriser la constitution et l'animation de lieux de débats et de participation. Comme par exemple : -un conseil de résidents / comité « vie de l'établissement » ; --un comité « animation » ; --une commission « menus » »).	Recommandation n°9 : Convier les résidents aux commissions de restauration.	Prochaine commission	
R13	Remarque n°13 : L'absence de police adaptée à l'affichage des menus n'en permet pas une lisibilité optimale et adaptée aux besoins des résidents ce qui n'est pas conformes aux recommandations de la HAS/ANESM (Qualité de vie en Ehpad volet 2 ; organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2011), p33 : « Donner l'envie de venir en salle à manger et stimuler l'appétit en affichant en gros caractères le menu du jour dans les différents endroits de passage des résidents dans l'établissement ».	Recommandation n°10 : Revoir la police des menus afin que ces derniers puissent être facilement lisibles.	immédiat	
R14	Remarque n°14 : L'absence de traçabilité exhaustive des animations réalisées ne permet pas de s'assurer de leur mixité et de leur réalisation.	Recommandation n°11 : Mettre en place une traçabilité des animations effectuées.	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
R15	Remarque n°15 : L'absence d'une police suffisamment grande concernant l'affichage du planning des animations ne permet pas une bonne lisibilité.	Recommandation n°12 : Aménager la police de lecture du planning des animations afin qu'il soit lisible de tous.	immédiat	
R16	Remarque n°16 : L'absence de connaissance des protocoles par les professionnels ne permet pas de garantir une prise en charge de qualité.	Recommandation n°13 : Mettre en place un processus permettant de s'assurer de l'appropriation des protocoles par les professionnels.	3 mois	
R17	Remarque n°17 : L'établissement ne dispose pas d'un psychologue, pour notamment assurer le pilotage des plans d'accompagnement personnalisés, prendre en charge les résidents, former les professionnels et intervenir auprès des familles.	Recommandation n°14 : Effectuer un partenariat avec une psychologue.	6 mois	
R18	Remarque n°18 : L'établissement n'a pas mis en place la liste avec mise à jour des personnes formées à l'utilisation de ce défibrillateur.	Recommandation n°15 : Elaborer une liste des professionnels formés à l'utilisation du défibrillateur.	immédiat	
R19	Remarque n°19 : L'infirmière coordinatrice n'a pas suivi de formation qualifiante. Cette organisation n'est pas conforme aux recommandations de la HAS/ANESM « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008 », p 30.	Recommandation n°16 : Former l'IDEC à ses missions.	immédiat	
R20	Remarque n°20 : Les absences d'instance de supervision, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques, hors présence de la hiérarchie, ne favorisent pas l'expression des personnels et ne répondent pas aux recommandations de la HAS.	Recommandation n°17 : Mettre en place des groupes de parole/d'analyse des pratiques sans la présence des cadres.	3 mois	
R21	Remarque n°21 : En ne comportant pas d'information sur l'évaluation de la douleur et les différentes échelles, en différenciant pas les types	Recommandation n°18 : Travailler le sujet de l'évaluation de la douleur	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective
	de douleurs (nocipetive, neuropathique et douleur centralisé), en ne précisant pas la conduite à tenir en cas de douleur prolongée et en ne faisant pas de lien avec les soins palliatifs, le protocole portant sur la douleur n'est pas conforme aux recommandations existantes.	(sensibilisation, protocole, ...).		
R22	Remarque n°22 : Les professionnels ne disposent pas d'un protocole portant sur la prise en charge des soins palliatifs.	Recommandation n°19 : Elaborer et diffuser un protocole portant sur la prise en charge des soins palliatifs ;	6 mois	
R23	Remarque n°23 : Les produits multidoses dont les stylos à insulines ne comportent pas l'identité du résident, la date d'ouverture et la date de fin d'utilisation après ouverture.	Recommandation n°20 : S'assurer que tous les produits multidoses comportent : l'identité du résident, la date d'ouverture, la date de fin d'utilisation.	immédiat	
R24	Remarque n°24 : La procédure « circuit du médicament » ne mentionne pas les faits suivants : les modalités de contrôle régulier des dates de péremption des médicaments et des dispositifs médicaux, les modalités de conservation des produits thermosensibles, la réception des médicaments délivrés par la pharmacie d'officine, les rajouts et suppression de médicaments dans les piluliers, la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicament, la gestion des produits multidoses, les retraits de lots et la relation avec le pharmacien référent et la conduite à tenir en cas d'écart de température (inférieure à 2 ou supérieure à 8 °C), la conduite à tenir en cas d'erreur d'administration de médicament.	Recommandation n°21 : Revoir le protocole de circuit du médicament afin qu'il prenne en compte les remarques effectuées.	3 mois	
R26	Remarque n°26 : L'établissement n'a pas mis à la disposition des professionnels remplaçants un trombinoscope pour sécuriser l'administration des médicaments.	Recommandation n°22 : Mettre en place un trombinoscope afin de sécuriser les pratiques.	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	Observation dans le cadre du suivi d'inspection – mise en œuvre effective	
R27	Remarque n°27 : L'administration des traitements médicamenteux est pratiquée de manière globalisée. Cette organisation ne permet pas aux professionnels d'identifier les molécules ayant fait l'objet d'un refus de soins.	Recommandation n°23 : Mettre fin à l'administration globalisée.	immédiat	
R28	Remarque n°28 : L'existence d'une seule convention de partenariat avec des ESMS du territoire, ne permet pas de garantir l'ouverture de la structure vers l'extérieur.	Recommandation n°24 : Poursuivre les démarches de partenariat avec d'autres esms du territoire.	6 mois	
R29	Remarque n°29 : L'absence de liste regroupant tous les professionnels libéraux intervenant au sein de la structure ne permet pas de s'assurer du suivi des prises en charge (ex : kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute).	Recommandation n°25 : Tenir à jour un listing des intervenants extérieurs.	3 mois	
R30	Remarque n°30 : L'établissement n'a pas de relation de coopération avec un établissement ayant un service d'hygiène hospitalière pouvant intervenir, notamment dans le cadre d'EIGS (événements indésirables graves liés aux soins). L'établissement n'a pas de convention de coopération avec un établissement hospitalier pour traiter des questions relatives à l'hygiène et aux infections complexes liées aux soins.	Recommandation n°26 : Mettre en place une relation de partenariat avec un service d'hygiène hospitalière.		