

RAPPORT DE VISITE

relatif aux établissements

médico-sociaux (EMS)

Surveillance du respect des exigences légales
et réglementaires

Institution :

Direction :

Visite du :

Préambule

Le présent rapport de visite du Service cantonal de la santé publique (SCSP) trouve son fondement dans la Loi de santé (LS), du 6 février 1995 et dans le Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002.

En vertu de l'art. 9 LS, le SCSP est l'organe d'exécution du Département des finances et de la santé (DFS) (al. 1). Il veille au maintien de la santé et de l'hygiène publique ainsi qu'à un accès équitable aux soins. A cet égard, il est notamment chargé du contrôle et de la surveillance des institutions de santé (al. 2, let. c). Selon l'art. 2 RASI, le DFS est l'autorité compétente pour octroyer, renouveler, limiter ou retirer toute autorisation d'exploitation ainsi que pour exercer la surveillance des institutions au sens de l'article 81 LS, dont font notamment partie les établissements pour personnes âgées. Pour l'exécution de ses tâches, il dispose du SCSP qui peut faire appel à des experts. Conformément à l'art. 15 RASI, le SCSP est habilité à procéder sans préavis à l'inspection des institutions. Il dispose d'un libre accès aux locaux, aux documents liés à l'organisation de l'institution, aux dossiers du personnel et des patient-e-s, des personnes hébergées ou bénéficiaires, sous réserve des dispositions fédérales et cantonales sur la protection des données. Il peut entendre le personnel ainsi que les patient-e-s et les personnes hébergées ou bénéficiaires.

Le présent rapport porte notamment sur les exigences relatives à l'autorisation d'exploiter un établissement pour personnes âgées contenues dans la LS et le RASI et tend à examiner si et dans quelle mesure elles sont respectées.

En ce qui concerne les points 3.1 et 6.9 et pour les personnes présentant un déficit cognitif important, il faut entendre également le représentant thérapeutique ou légal.

Les termes utilisés dans le présent rapport pour désigner des personnes s'appliquent indifféremment aux hommes et aux femmes.

Dernière mise à jour : Neuchâtel, le 08 janvier 2020

Table des matières

1	CARACTÉRISTIQUES DE L'INSTITUTION	4
2	ACCESSIBILITÉ - Transport public et transport organisé par l'Institution (RASI, art. 5d).....	4
2.1	Relations des personnes hébergées avec l'extérieur	4
3	CONDITIONS D'HÉBERGEMENT (LS, art. 24, art. 27 / RASI, art. 13)	4
3.1	Mission	4
3.2	Contrat d'hébergement	6
4	CONCEPT D'ACCOMPAGNEMENT (CC / LS, art.35a et b / RASI, art. 7)	6
4.1	Vie privée, intimité, dignité et liberté de croyance	6
4.2	Concept de prise en charge et d'accompagnement	7
4.3	Directives anticipées – disposition de fin de vie	7
5	Soins (LS, art. 21 / RASI, art. 16).	8
5.1	Alimentation	8
5.2	Soins	8
6	Dossier individuel (LS, art. 64 – 80 / CC art. 383 ss.)	9
6.1	Dossier individuel support papier support informatisé	9
6.2	Protocole de soins	9
6.3	Prescriptions médicales	9
6.4	Observations	10
6.5	Habitudes de vie, capacités et ressources, ainsi que désirs et intérêts de la personne hébergée	10
6.6	Mesures de contrainte et de sécurité (privation du droit de liberté : aller et venir / visites / téléphone / TV / moyens d'appel / etc.)	11
7	PERSONNEL (LS, art. 70 / RASI, art. 5, 1 ^{er} al, let. c et 38 / Arrêté du 27.9.06 modifiant l'art. 38, 1 ^{er} al. let. a et b).....	11
7.1	Dotation soignante au jour de visite	11
7.2	Dotation en personnel socio-hôtelier	12
7.3	Formation continue du personnel soignant	12
7.4	Organisation et fonctionnement	12
8	CADRE DE VIE (RASI, art, 5, 1 ^{er} al., let. d, e, f et art. 39 et 40).....	13
8.1	Nombre de lits par chambre à 1 lit : à 2 lits:	13
8.2	Moyen de communication	13
8.3	Prise TV	13
8.4	Repères temporels	14
8.5	Système d'appel	14
8.6	Lavabo	14
8.7	Surface des chambres	14
8.8	Salle à manger et salons	15
8.9	Aménagement des locaux communs	15
9	Compléments	19

1 CARACTÉRISTIQUES DE L'INSTITUTION

Nom de l'institution :

Date du dernier contrôle :

Date du contrôle :

Effectué par :

Mission reconnue : selon AE :

Nombre de lits autorisés : selon AE :

Nombre de lits occupés le jour de la visite:

Association faitière :

Nombre de lits exploités le jour de la visite:

Autorisation d'exploiter : du au Conditions particulières
 Visite non annoncée Visite annoncée

2 ACCESSIBILITÉ - Transport public et transport organisé par l'Institution (RASI, art. 5d)

2.1 Relations des personnes hébergées avec l'extérieur

OUI Les transports de type médicaux (visite chez le dentiste, le médecin spécialiste, etc.) sont organisés par l'Institution. L'établissement est accessible à fréquence régulière par un moyen de transport public. Une information relative aux horaires des transports publics est accessible dans l'Institution. En l'absence d'un moyen de transport public, les transports sont organisés par l'Institution.

Les transports de type médicaux ne sont pas organisés par l'institution.
NON Une information relative aux horaires des transports publics n'est pas accessible dans l'Institution.
 En l'absence d'un moyen de transport public, les transports ne sont pas organisés par l'Institution.

Commentaires :

Actions correctrices :

3 CONDITIONS D'HÉBERGEMENT (LS, art. 24, art. 27 / RASI, art. 13)

3.1 Mission

OUI La mission de l'Institution est décrite et tout nouveau résident (voire son représentant thérapeutique et/ou son répondant administratif¹) la reçoit. Ce document précise au moins les éléments suivants : les valeurs institutionnelles, les conditions et les critères d'admission et de séjour et les limitations de l'hébergement.

Une description de la mission n'existe pas et/ou n'est pas transmise au nouveau résident (voire à son représentant thérapeutique et/ou administratif si désignés)
NON Une description écrite de la mission existe, mais ne mentionne pas :
 Les valeurs défendues par l'Institution.
 Les conditions et les critères d'admission et de séjour.
 Les limitations de l'hébergement.

Commentaires :

Actions correctrices :

¹ Lorsqu'une curatelle n'est pas désignée pour un-e résident-e, nous entendons sous le terme "répondant administratif" une personne, désignée par le-la résident-e, qui veille au traitement des aspects "administratifs" inhérents à son séjour (paiement des factures, traitement de la correspondance, etc.). Le répondant administratif ne peut pas endosser des dettes ou porter une responsabilité lors d'un défaut de traitement des aspects administratifs liés à l'hébergement du-de la résident-e.

3.2 Contrat d'hébergement

OUI Un contrat d'hébergement existe et il est complété au besoin par une documentation écrite comprenant, au minimum, les informations suivantes : la liste exhaustive des prestations de l'institution, les conditions financières, les droits et obligations du résident² et de l'Institution (par exemple une organisation de la vie quotidienne et/ou un règlement interne de l'institution). Le contrat d'hébergement mentionne une procédure en cas de plainte.

NON Les résidents ne sont pas tous au bénéfice d'un contrat d'hébergement écrit.
Un contrat d'hébergement existe et est complété au besoin par une documentation écrite, mais ne mentionne pas :

- la liste exhaustive des prestations et services offerts
- la liste des prix et les modalités de facturation
- les aspects d'organisation de la vie quotidienne
- une information sur les droits et obligations du résident et de l'Institution
- la procédure interne de la gestion des plaintes.

Commentaires :

Actions correctrices :

4 CONCEPT D'ACCOMPAGNEMENT (CC / LS, art.35a et b / RASI, art. 7)

4.1 Vie privée, intimité, dignité et liberté de croyance

OUI Chaque personne hébergée reçoit les soins que son état de santé requiert dans le respect de sa vie privée et de sa dignité. Dès l'admission, les habitudes de vie de la personne hébergée sont prises en considération dans le cadre de son accompagnement. L'institution garantit la liberté de croyance des personnes hébergées. Des moyens de séparation visant à préserver l'intimité des personnes hébergées dans les chambres à deux lits existent et sont utilisés. Les démarches pour la désignation d'un représentant thérapeutique et/ou d'un répondant administratif sont connues et appliquées en cas de besoin. La procédure d'admission d'un nouveau résident existe et est appliquée. Une directive et/ou des recommandations internes (démarches à entreprendre par exemple) existent en cas de demande d'assistance au suicide exprimée par un résident.

NON Le respect de la vie privée et/ou de la dignité humaine de chaque personne hébergée n'est pas garanti (à préciser dans les commentaires).

Les habitudes de vie de la personne hébergée ne sont pas prises en considération dans le cadre de son accompagnement.

L'institution ne garantit pas la liberté de croyance des personnes hébergées.

Des moyens de séparation n'existent pas ou ne sont pas utilisés dans les chambres à deux lits.

Les démarches pour la désignation d'un représentant thérapeutique ou d'un répondant administratif ne sont pas connues ou ne sont pas appliquées en cas de besoin.

L'admission d'un nouveau résident ne fait pas l'objet d'une procédure définie.

Une directive et/ou des recommandations internes (démarches à entreprendre par exemple) n'existent pas en cas de demande d'assistance au suicide exprimée par un résident.

Commentaires :

Actions correctrices :

² Joindre la brochure d'information en santé publique "L'essentiel sur les droits des patients" (disponible au SCSP) au contrat d'hébergement est conseillée. Si la brochure n'est pas transmise, la description des droits des personnes hébergées dans le contrat d'hébergement doit comprendre au minimum ceux relatifs à l'information, au consentement libre et éclairé et au respect de la confidentialité.

4.2 Concept de prise en charge et d'accompagnement

OUI Une conceptualisation de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne hébergée existe et témoigne de l'interdisciplinarité; elle est cohérente avec la mission de l'établissement et a comme finalité l'élaboration d'un projet de vie (ou projet d'accompagnement) pour chaque personne hébergée. Cette conceptualisation comprend au moins les dimensions suivantes : soins (philosophie de soins, cadre de référence professionnel, etc.), animation (modalités d'élaboration d'un programme d'animation, prise en compte de besoins individuels, nombre d'activités et périodicité, etc.), intégration des proches (comprend les moyens de partage d'informations relatives à la prise en soins ou à l'accompagnement, la participation à l'établissement d'objectifs d'accompagnement, etc.) et accompagnement en fin de vie (concept de gestion de la douleur, lien avec l'équipe mobile spécialisée en soins palliatifs, etc.).

Une conceptualisation de la prise en charge ou de l'accompagnement de la personne hébergée n'existe pas ou :

- ne témoigne pas de l'interdisciplinarité
- n'est pas cohérente avec la mission de l'établissement
- n'a pas comme finalité l'élaboration d'un projet de vie (d'accompagnement) pour chaque personne hébergée.

NON Une conceptualisation de la prise en charge ou de l'accompagnement ne comprend pas au moins les dimensions liées :

- au secteur des soins
- au secteur de l'animation
- à l'intégration des proches
- à l'accompagnement en fin de vie.

Commentaires :

Actions correctrices :

4.3 Directives anticipées – disposition de fin de vie

OUI Les directives anticipées (dispositions de fin de vie) – ou une note mentionnant que la personne n'a pas souhaité en établir – sont indiquées dans le dossier individuel du résident.

NON Le dossier individuel ne contient pas les directives anticipées (dispositions de fin de vie) de la personne hébergée.

Commentaires :

Actions correctrices :

5 Soins (LS, art. 21 / RASI, art. 16).	
5.1 Alimentation	
OUI <input type="checkbox"/>	Les repas et les collations sont variés, en quantité suffisante et offrent aux personnes hébergées des produits frais. Les particularités alimentaires (allergies, aversions, régimes, troubles alimentaires, ainsi que préférences) de la personne hébergée sont actualisées et prises en considération dans l'offre des repas et des collations. Des alternatives sont proposées lorsque la planification des repas prévoit des aliments que la personne n'aime pas ou auxquels elle est allergique. Les personnes hébergées ont la possibilité d'exprimer leur satisfaction au sujet de la confection des repas. Les régimes prescrits par les soignants ou les médecins sont périodiquement réévalués.
NON <input type="checkbox"/>	<p>Les repas et/ou collations ne sont pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> en quantité suffisante <input type="checkbox"/> variés ou équilibrés <input type="checkbox"/> confectionnés majoritairement avec des produits frais. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les particularités alimentaires de la personne hébergée ne sont pas actualisées ou connues du personnel de la cuisine et prises en considération dans l'offre des repas et des collations. <input type="checkbox"/> Des alternatives ne sont pas proposées lorsque la planification des repas prévoit des aliments que la personne n'aime pas ou auxquels elle est allergique. <input type="checkbox"/> Les personnes hébergées n'ont pas la possibilité d'exprimer leur satisfaction au sujet de la confection des repas. <input type="checkbox"/> Les régimes prescrits par les soignants ou les médecins ne sont pas périodiquement réévalués.
Commentaires :	
Actions correctrices :	
5.2 Soins	
OUI <input type="checkbox"/>	Tous les soins sont dispensés dans les règles de l'art (prise en compte des <i>bonnes pratiques</i> ³) et selon le consentement libre et éclairé de la personne hébergée. La délégation des soins tient compte de la formation et des compétences du soignant. Au besoin, cette délégation fait l'objet d'une documentation qui la spécifie.
NON <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les soins dispensés ne sont pas effectués dans les règles de l'art (prise en compte des <i>bonnes pratiques</i>). <input type="checkbox"/> Les soins dispensés ne respectent pas le consentement libre et éclairé de la personne hébergée. <input type="checkbox"/> La délégation des soins ne tient pas compte de la formation et des compétences du soignant et/ou ne fait pas l'objet d'une description écrite alors que cela s'avère nécessaire (à préciser).
Commentaires :	
Actions correctrices :	

³ Sous les termes de "bonnes pratiques" nous entendons les *Evidence-based nursing* (utilisation judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée des populations vieillissantes) et les normes/recommandations d'organes professionnels concernés (par exemple les *Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées* de l'Association suisse des Infirmier-ère-s, la *Charte de collaboration entre les professionnels de la santé* de l'Académie suisse des sciences médicales, les *Directives nationales concernant les soins palliatifs* de l'Office fédérale de la santé publique, etc.).

6 Dossier individuel (LS, art. 64 – 80 / CC art. 383 ss.)	
6.1 Dossier individuel	<input type="checkbox"/> support papier <input type="checkbox"/> support informatisé
OUI <input type="checkbox"/>	Le dossier unique pluridisciplinaire de la personne hébergée existe (dossier médical mis à part) et permet une vision globale. Il contient les données médicales principales pour une prise en charge ou un accompagnement adapté (par exemple : diagnostic, derniers résultats d'examens, traitements, etc.) et les données administratives de la personne hébergée.
NON <input type="checkbox"/>	Le dossier unique pluridisciplinaire : <input type="checkbox"/> ne permet pas une vision globale <input type="checkbox"/> ne contient pas les données médicales principales; <input type="checkbox"/> ne contient pas les données administratives.
Commentaires :	
Actions correctrices :	
6.2 Protocole de soins	
OUI <input type="checkbox"/>	Des documents de référence actualisés (protocoles, instructions de travail, directives, etc.) sont à disposition des collaborateurs. Pour chaque surveillance spécifique, un protocole individualisé existe.
NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Des documents de référence actualisés ne sont pas à disposition des collaborateurs. <input type="checkbox"/> Un protocole individualisé en cas de surveillance spécifique n'existe pas.
Commentaires :	
Actions correctrices :	
6.3 Prescriptions médicales	
OUI <input type="checkbox"/>	Les ordres médicaux sont datés et signés par le médecin.
NON <input type="checkbox"/>	Les ordres médicaux ne sont pas signés et/ou datés par le médecin.
Commentaires :	
Actions correctrices :	

6.4 Observations

OUI Les observations relatives à ce que vit la personne hébergée sont utiles; elles sont concises, précises, objectives et régulières.

NON Les observations relatives à la personne hébergée ne sont pas :

- concises
- précises
- objectives
- régulières.

Commentaires :

Actions correctrices :

6.5 Habitudes de vie, capacités et ressources, ainsi que désirs et intérêts de la personne hébergée

OUI Les habitudes de vie antérieures, les capacités et ressources actuelles, ainsi que les désirs et intérêts de la personne hébergée sont mentionnés dans le dossier individuel. Ces données sont prises en considération pour l'élaboration d'un projet de vie (ou d'accompagnement).

NON Le dossier individuel ne mentionne pas :

- les habitudes de vie antérieures
- les capacités et les ressources actuelles
- les désirs et intérêts.

Ces données ne sont pas prises en considération pour l'élaboration d'un projet de vie (ou d'accompagnement).

Commentaires :

Actions correctrices :

6.6 Mesures de contrainte et de sécurité (privation du droit de liberté : aller et venir / visites / téléphone / TV / moyens d'appel / etc.)

OUI

Un document (protocole) relatant l'application d'une mesure de limitation de la liberté existe dans le dossier individuel et comprend : le nom de la personne ayant pris la décision (après avoir initié une réflexion interdisciplinaire), la cause, le but, le type et la durée de la mesure et la traçabilité de l'information transmise à la personne hébergée ou à son représentant thérapeutique. Le protocole ou le dossier individuel de la personne hébergée mentionne les mesures qui ont été prises avant d'aboutir à une contention physique et les dispositions actuelles de compensation ou d'accompagnement à la limitation de la liberté.

NON

Un document (protocole) relatant l'application d'une mesure de limitation de la liberté n'existe pas ou ne mentionne pas :

- le nom de la personne ayant décidé la mise en place de la mesure (après avoir initié une réflexion interdisciplinaire);
- la cause, le but, le type et/ou la durée de la mesure;
- l'accord de la personne hébergée (ou de son représentant thérapeutique);
- la prochaine date de réévaluation;
- les mesures qui ont été prises avant d'aboutir à une contention physique et les dispositions actuelles de compensation ou d'accompagnement à la limitation de la liberté.

Commentaires :

Actions correctrices :

7 PERSONNEL (LS, art. 70 / RASI, art. 5, 1^{er} al, let. c et 38 / Arrêté du 27.9.06 modifiant l'art. 38, 1^{er} al. let. a et b).

7.1 Dotation soignante au jour de visite

OUI

La dotation soignante correspond aux normes minimales en vigueur (au minimum 90% du requis PLAISIR, dont au minimum 20% d'infirmier diplômé présent au minimum 8 heures/jour, entre 07h00 et 20h00 / présence constante de personnel soignant assurée 24 heures/24 et 7 jours/7 / un piquet est en mesure d'intervenir dans les 30 minutes au maximum en cas d'absence de personnel infirmier diplômé).

NON

- La dotation soignante ne correspond pas au moins au 90% du requis PLAISIR.
- La dotation soignante ne comprend pas au moins 20% de personnel infirmier diplômé.
- Un infirmier diplômé n'est pas présent au moins 8 heures/jour, entre 07h00 et 20h00.
- La présence constante de personnel soignant n'est pas assurée.
- Le piquet par du personnel infirmier diplômé n'est pas assuré.

Commentaires :

Actions correctrices :

7.2 Dotation en personnel socio-hôtelier

OUI La dotation socio-hôtelière correspond aux normes minimales en vigueur (au minimum 0.25 EPT/personne hébergée).

NON La dotation socio-hôtelière ne correspond pas aux normes en vigueur.

Commentaires :

Actions correctrices :

7.3 Formation continue du personnel soignant

OUI Un document décrit la planification annuelle et les modalités de la formation continue des collaborateurs en fonction de la mission de l'établissement. Une procédure ou une démarche d'identification des besoins de formation existe.

NON Une planification annuelle de la formation continue en lien avec la mission de l'établissement n'existe pas.
 Aucun collaborateur n'a suivi de formation continue durant l'année en cours et/ou ne suivra une formation continue l'année suivante.
 Une procédure ou une démarche annuelle d'identification des besoins de formation n'existe pas.

Commentaires :

Actions correctrices :

7.4 Organisation et fonctionnement

7.4.1 Organigramme

OUI Un organigramme conforme à la réalité existe.

NON Un organigramme conforme à la réalité n'existe pas.

Commentaires :

Actions correctrices :

7.4.2 Réunions

OUI Une réunion soignante ou interdisciplinaire réflexive pour évaluer la situation globale d'une ou plusieurs personnes hébergées a lieu au minimum 1x/mois. Un compte-rendu (à minima une observation dans le dossier du résident) de cette réunion existe

NON Une réunion soignante ou interdisciplinaire réflexive pour évaluer la situation globale d'une ou plusieurs personnes hébergées n'a pas lieu au minimum 1x/mois.
 Un compte-rendu de cette réunion n'existe pas.

Commentaires :

Actions correctrices :

7.4.3 Visite médicale de la personne hébergée

OUI La visite médicale est planifiée régulièrement et en fonction des besoins de la personne hébergée.

La visite médicale n'est pas planifiée régulièrement.

NON La visite médicale n'est pas organisée en fonction des besoins de la personne hébergée (médecins spécialistes compris).

Commentaires :

Actions correctrices :

7.4.4 Contrôle médical du personnel

OUI La visite médicale d'entrée est effectuée systématiquement, sauf si un certificat médical datant de moins de six mois l'atteste.

NON La visite médicale d'entrée n'est pas effectuée systématiquement.

Commentaires :

Actions correctrices :

8 CADRE DE VIE (RASI, art, 5, 1^{er} al., let. d, e, f et art. 39 et 40).

8.1 Nombre de lits par chambre à 1 lit : à 2 lits:

8.2 Moyen de communication

OUI Chaque résident a accès à un appareil téléphonique.

NON Les résidents n'ont pas tous accès à un appareil téléphonique.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.3 Prise TV

OUI Une prise TV se trouve dans toutes les chambres

NON Une prise TV ne se trouve pas dans toutes les chambres

Commentaires :

Actions correctrices :

8.4 Repères temporels

OUI L'institution met des repères temporels à la disposition des personnes hébergées (horloge, calendrier).

NON Les repères temporels existent mais ne sont pas tenus à jour.
 Les repères temporels n'existent pas.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.5 Système d'appel

OUI Un système d'appel du personnel, fixe dans les chambres ou mobile pour chaque personne hébergée, est fonctionnel dans l'ensemble de l'Établissement

NON Un système d'appel du personnel n'est pas fonctionnel dans l'ensemble de l'Établissement

Commentaires :

Actions correctrices :

8.6 Lavabo

OUI Chaque chambre possède un lavabo.

NON Certaines chambres ne possèdent pas de lavabo.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.7 Surface des chambres

OUI La surface utile des chambres correspond aux normes en vigueur.

NON La surface utile de certaines chambres ne correspond pas au minimum des normes en vigueur.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.8 Salle à manger et salons

8.8.1 Salle à manger

OUI La surface de la ou des salles à manger est en rapport avec la capacité d'accueil de l'institution. Le mobilier est adapté aux besoins de la personne hébergée.

NON La surface de la ou des salles à manger n'est pas en rapport avec la capacité d'accueil de l'institution.
 Le mobilier n'est pas adapté aux besoins de la personne hébergée.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.8.2 Salons

OUI La surface du ou des salons est en rapport avec la capacité d'accueil de l'institution. Le mobilier est adapté aux besoins de la personne hébergée. Cette dernière a le choix de se rendre dans un salon *non-fumeur* "intime" ou "collectif".

NON La surface du ou des salons n'est pas en rapport avec la capacité d'accueil de l'institution.
 Le mobilier n'est pas adapté aux besoins de la personne hébergée.
 La personne n'a pas le choix entre un lieu *non-fumeur* "intime" ou "collectif".

Commentaires :

Actions correctrices :

8.9 Aménagement des locaux communs

8.9.1 Sanitaires

OUI Les douches, les baignoires et les WC sont adaptés; ils sont aisément utilisables et bien entretenus / leur nombre correspond aux normes en vigueur / un local spécifique à l'évacuation des liquides biologiques et à l'entretien du matériel concerné existe (vidoir) / ce local est agencé selon les règles actuelles relatives à l'hygiène institutionnelle.

NON Certains sanitaires ne sont pas adaptés aux besoins de la personne hébergée (handicap).
 Leur nombre ne correspond pas aux normes en vigueur.
 Il n'y a pas de local spécifique "vidoir".
 L'agencement de ce local ne correspond pas aux règles actuelles relatives à l'hygiène institutionnelle.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.9.2 *Buanderie et traitement du linge*

OUI La gestion, le traitement et la circulation du linge à l'intérieur de la buanderie respectent les règles actuelles relatives à l'hygiène.

NON La gestion, le traitement et la circulation du linge à l'intérieur de la buanderie ne respectent pas les règles actuelles relatives à l'hygiène.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.9.3 *Bureau de soins et pharmacie*

OUI Un bureau de soins existe par unité de soins et tient lieu de pharmacie ou un bureau de soins par unité et une pharmacie existent séparément.

NON Un bureau de soins par unité de soins et tenant lieu de pharmacie n'existe pas.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.9.4 *Adaptation favorisant la sécurité*

OUI Des mains courantes dans les couloirs et des protections dans les cages d'escalier existent. La luminosité y est suffisante et les couloirs sont aisément accessibles.

NON

- Des mains courantes n'existent pas dans les couloirs.
- Des protections dans les cages d'escalier n'existent pas.
- La luminosité est insuffisante.
- Les couloirs ne sont pas facilement accessibles.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.9.5 *Accessibilité des locaux aux personnes hébergées en situation de handicap.*

OUI Tous les locaux ouverts au résident sont accessibles.

NON Certains locaux ouverts au résident ne sont pas accessibles.

Commentaires :

Actions correctrices :

8.9.6 Ascenseur

OUI Le/les ascenseur-s correspond-ent aux normes en vigueur.

NON Le/les ascenseur-s ne correspond-ent pas aux normes en vigueur.

Commentaires :

Actions correctrices :

Neuchâtel, le

Personnes rencontrées:

Fonctions:

Restitution orale du _____

Représentants de l'organe de contrôle (Service de la santé publique, Neuchâtel):

Nom: Signature:

Nom: Signature:

Nom: Signature:

Ont pris connaissances des éléments relevés :

- Directeur-trice de l'établissement **Nom: Signature :**

- Infirmier-ère-chef-fe **Nom: Signature :**

- Intendant-e **Nom: Signature :**

Animateur-trice responsable **Nom: Signature :**

- Cuisinier-ère-chef-fe **Nom: Signature :**

- **Nom: Signature :**

- **Nom: Signature :**

- **Nom: Signature :**

- **Nom: Signature :**

