

Service émetteur : Direction des usagers, des affaires juridiques et de l'inspection-contrôle
Pôle Inspection Contrôle

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et
Le Président du Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées

Date : 25 avril 2024

À

Inspection n° : MS_2023_65_CS_02

Directrice de l'EHPAD Sainte Marie
4 Chemin BOUVOUR
65370 SIRADAN

Courrier RAR n° [REDACTED]

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD « Sainte Marie » à Siradan (65)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Madame,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 5 octobre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 18 janvier 2024, à communiquer vos observations, en réponse, à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, en date du 27 février 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

.../...

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

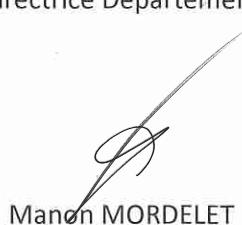
Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté ;

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Nous savons pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Nous vous prions d'agrérer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Agence Régionale de Santé Occitanie
Pour le Directeur Général et par délégation
La Directrice Départementale



Manon MORDELET

Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées
Pour le Président et par délégation
La Directrice Générale Adjointe



Nathalie ASSIBAT



Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau final de synthèse des écarts et des remarques et des mesures correctrices envisagées

**Inspection du 5 octobre 2023 à l'EHPAD « St Marie »
4 Chemin BOUVOUR 65370 SIRADAN**

Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Agence Régionale de Santé Occitanie

26-28 Parc-Club du Millénaire

1025, rue Henri Becquerel - CS 30001

34067 MONTPELLIER CEDEX 2

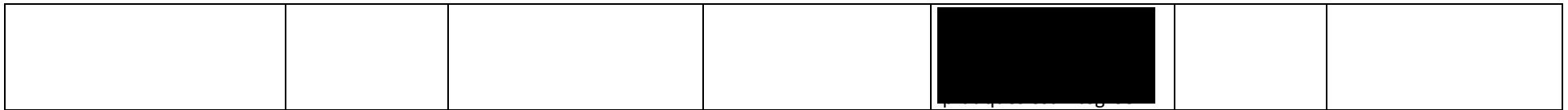
occitanie.ars.sante.fr

Ecart	Rappel règlementation	Mesure (Injonction, prescription, recommandation) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités (ARS/CD65)
Ecart 1 : la sécurité est insuffisante au niveau des fenêtres et des issues de secours du bâtiment C.		Prescription 1 : rajouter des garde-corps aux fenêtres et sécuriser les issues de secours du bâtiment C.	3 mois			Ecart 1 : levé La mission prend acte du retour de l'établissement et reste en attente de la transmission du devis. Il conviendra de vérifier sur place que la hauteur des gardes corps est compatible avec le risque identifié.
Ecart 2 : certains espaces dans les bâtiments B et C sont insuffisamment nettoyés. La traçabilité du ménage n'est pas systématique (affichage ou logiciel).		Prescription 2 : Renforcer le ménage dans les bâtiments B et C et systématiser la traçabilité du ménage (affichage ou logiciel).	6 mois			Ecart 2 : levé La mission prend acte du retour de l'établissement. Il conviendra de vérifier sur place.
Ecart 3 : les locaux techniques ne sont pas systématiquement verrouillés et sont donc accessibles pour les résidents.		Prescription 3 : Veiller à la fermeture systématique des locaux techniques.	Sans délai			Prescription maintenue Il convient de préciser la nature des mesures correctrices mises en place (échanges avec les responsables ? Rappel à l'ordre écrit de l'agent d'entretien ? Rappel des responsabilités individuelles ? Evocation en CODIR...)

Ecart 4 : le CVS est réuni moins de 3 fois par an.	Art. L311-6, D311-3 et suivants CASF	Prescription 4 : Réunir le CVS au moins 3 fois par an.	A partir de 2024			Ecart 4 : levé La mission en prend acte (il convient de transmettre les dates des élections et des prochaines réunion CVS).
Ecart 5 : le diplôme et le CV de la directrice n'ont pas été fournis à la mission.	Art. D312-176-6 à D312-176-CASF pour les ESMS	Prescription 5 : Transmettre aux autorités de tarification et de contrôle le diplôme et le CV de la directrice.	Sans délai			Ecart 5 : levé La mission en prend acte.
Ecart 6 : l'établissement ne dispose pas des fiches de postes actualisées et signées pour l'ensemble du personnel.		Prescription 6 : produire des fiches de poste actualisées pour chaque poste et les faire signer par les agents.	3 mois			Prescription maintenue Il faut différencier fiche de tâches et fiche de poste (cf. fiche de poste site internet de l'HAS)
Ecart 7 : le Plan Bleu de l'établissement n'est pas finalisé.		Prescription 7 : finaliser le plan bleu de l'établissement et le transmettre autorités de tarification et de contrôle.	3 mois			Ecart 7 : levé Transmis en février 2024 à la DD ARS. La mission en prend acte.
Ecart 8 : il n'y a pas de formation spécifique sur la conduite à tenir en cas d'atteintes à la vie affective et intime des résidents.		Prescription 8 : former les agents aux conduites à tenir dans le cadre des potentielles atteintes à la vie affective et intime (cf. fiche HAS).	6 mois			Prescription maintenue. Il convient de transmettre les éléments de preuve constitutifs de cette mission.
Ecart 9 : les plans de soins consultés n'étaient pas actualisés ni signés.		Prescription 9 : actualiser et assurer la complétude des plans de soins de base des aides-soignants et	Sans délai			Prescription maintenue. Il ne s'agit pas de la signature de PAP mais de la signature des actes

		assurer leur signature au fil de l'eau.				opérés par les aides-soignants.
Ecart 10 : Les douches ou bains, prévus au moins une fois par semaine, ne sont pas systématiquement tracés sur le logiciel de soin		Prescription 10 : s'assurer de la traçabilité systématique des douches /bains sur le logiciel de soins.	Sans délai			Prescription maintenue faute d'éléments de preuve
Ecart 11 : pour être conforme au fonctionnement réglementaire d'un EHPAD de 70 places, le temps de présence du médecin coordinateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à un équivalent temps plein de 0.6	L313-12 V ; R311-0-7 ; D312-156 à D312-159-1	Prescription 11 : Le gestionnaire devra compléter l'ETP de médecin coordinateur pour atteindre un 0.6 ETP et transmettre à l'ARS le contrat de travail ou les éléments prouvant une démarche active de recherche à atteindre cet objectif	3 mois			Prescription maintenue. Il convient de transmettre à l'ARS le contrat de travail ou les éléments prouvant une démarche active de recherche à atteindre cet objectif
Ecart 12 : il n'est plus organisé de commission de coordination gériatrique depuis 4 ans	D312-158	Prescription 12 : la commission de coordination gériatrique devra être organisée <i>a minima</i> une fois par an. Celle de 2023 aurait dû être organisée avant le 31/12/2023.	Dès que possible		Ecart 12 : levé La mission en prend acte.	

<p>Ecart 13 : les MEDEC n'ont pas formalisé une politique de formation des professionnels de santé de la structure</p>	<p>D312-158</p>	<p>Prescription 13 : les MEDEC formalisent une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de la structure (<i>organisation de réunions d'information, échanges et réflexion, études de cas complexes / Modalités d'analyses des dysfonctionnements, EIAS, EIGS / Plan d'amélioration des pratiques professionnelles / Actions de formations internes</i>)</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription maintenue Même si les deux MEDEC ne peuvent pas participer à l'ensemble des actions mises en place, il est attendu une implication de l'un ou des deux dans l'élaboration des actions et leur participation à certaines d'entre elles au cours de l'année ce qui n'apparaît pas.</p>
<p>Ecart 14 : Les MEDEC n'ont pas procédé à l'analyse des risques de la population hébergée pour adapter les bonnes pratiques professionnelles à l'établissement</p>	<p>D312-158</p>	<p>Prescription 14 : les MEDEC devront procéder à l'analyse des risques de la population hébergée, ce document servant de base à la rédaction des bonnes pratiques professionnelles.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription maintenue. Les deux MEDEC peuvent se rapprocher d'un autre confrère MEDEC ou d'une association de médecins coordinateur pour voir ce qui est fait et l'appliquer à leur structure.</p>
<p>Ecart 15 : le processus du circuit médicament ne paraît pas complètement sûr.</p>	<p>L313-26 ; R4311-2 et suivants ; R4312-10 et suivants ; R4127-2, 3, 8, 34 et 70 ; R4235-48 du CSP L313-25 et R313-26 du CASF</p>	<p>Prescription 15 : le circuit du médicament doit être revu afin de le sécuriser. Il peut être fait appel à l'OMEDIT Occitanie pour être accompagné.</p>	<p>6 mois</p>			<p>Ecart 15 levé. Il faut ajouter la preuve du temps de restitution avec OMEDIT</p>



Remarques	Rappel règlementation	Recommandations mesures attendues	Délais à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités (ARS/CD65)
Remarque 1 : une des salles de bain observée n'avait pas d'appel malade.		Recommandation 1 : veiller à équiper chaque salle de bains d'un système d'appel malade.	Sans délai	[REDACTED]		Remarque levée La mission en prend acte. A vérifier sur place
Remarque 2 : l'accès aux espaces extérieurs (parcours santé, jardins, parc...) est difficile pour les résidents (présence de gravillons).		Recommandation 2 : s'assurer de l'accessibilité aux espaces extérieurs pour les résidents.	6 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée La mission en prend acte
Remarque 3 : il n'y a pas de bancs dans les espaces extérieurs.		Recommandation 3 : prévoir des bancs pour les résidents et les visiteurs dans les espaces extérieurs.	6 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée La mission en prend acte
Remarque 4 : l'espace fumeur extérieur n'est pas propre, les cendriers ne sont pas vidés		Recommandation 4 : vider les cendriers régulièrement et s'assurer de l'entretien de cet espace.	Sans délai	[REDACTED]		Remarque levée La mission en prend acte

Remarque 5 : une forte odeur de tabac est constatée dans certains couloirs, en raison de l'autorisation de fumer dans les chambres.		Recommandation 5 : limiter la possibilité de fumer dans les chambres autant que possible (travailler la thématique avec l'équipe de soins et en CVS).	6 mois			Remarque levée La mission en prend acte
Remarque 6 : l'accueil des résidents dans le bâtiment C n'est plus adapté en raison des locaux qui ne sont plus aux normes (absence de salle d'eau dans les chambres, marches dans les toilettes communes).		Recommandation 6 : revoir l'accueil des résidents et les plans d'occupation du bâtiment C dans l'attente de l'extension envisagée.	1 an			Remarque levée La mission en prend acte, il faut transmettre à la mission les éléments de preuve des démarches engagées
Remarque 7 : le projet d'établissement est en cours de finalisation. Il n'est pas connu par le personnel.	Recommandation HAS du 16/03/2018 « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service ».	Recommandation 7 : finaliser, diffuser et faire connaître le projet d'établissement actualisé en tenant compte de l'évolution du profil de la population accueillie.	6 mois			Remarque Maintenue Il faut transmettre à la mission le projet d'établissement actualisé.
Remarque 8 : le règlement de fonctionnement n'est pas connu du personnel.	Art. R311-33 à R311-17 CASF	Recommandation 8 : diffuser et faire connaître le règlement de fonctionnement	2 mois			Recommandation maintenue. Quelles procédures de rappel sont envisagées ?

Remarque 9 : les mesures prises à la suite des réclamations des usagers ne sont pas formalisées.	L312-8 CASF Référentiel HAS « évaluation de la qualité des ESMS » mars 2022	Recommandation 9 : formaliser le suivi de la mise en place des mesures prises suites aux réclamations des usagers	3 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque Maintenue Il faut transmettre la procédure.
Remarque 10 : le protocole de continuité de la direction lors de l'absence de la directrice n'est pas formalisée.		Recommandation 10 : formaliser le protocole de continuité de la direction d'établissement lors de l'absence de la directrice.	1 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée. La mission en prend acte
Remarque 11 : pour pallier au turn over, une action de fidélisation du personnel a été engagée.		Recommandation 11 : renforcer l'action de fidélisation des professionnels de la structure et d'accompagnement à l'évolution professionnelle.	6 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée. La mission en prend acte.
Remarque 12 : les entretiens professionnels ne semblent pas réalisés tous les ans. La grille d'entretien indique une périodicité de 2 ans non conforme à la réglementation.		Recommandation 12 : réaliser chaque année les entretiens professionnels et les tracer dans les dossiers du personnel.	A partir de 2024	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée. La mission en prend acte.

Remarque 13 : le passeport d'intégration des nouveaux salariés n'est pas finalisé.		Recommandation 13 : finaliser le passeport d'intégration des nouveaux salariés.	3 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée. La mission en prend acte
Remarque 14 : il existe un nombre important de faisant-fonction non diplômés.	Art. D312-155-0 CASF (équipe pluridisciplinaire EHPAD) Art. D312-155-0-1 (PASA), Art. D312-155-0-2 (UHR), Art. D312-157 (MEDEC) Art. L133-6 CASF	Recommandation 14 : conformément à l'objectif 11 du CPOM en cours, il convient de travailler à la diminution des faisant-fonction et à une augmentation importante des aides-Soignants diplômés.	Dès à présent	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée. La mission en prend acte
Remarque 15 : le DUERP n'est pas actualisé.		Recommandation 15 : actualiser le DUERP	3 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque Maintenue Il faut transmettre le DUERP actualisé.

Remarque 16 : la mission n'a pas pu constater de plan de formation annuel avec les thématiques, les dates et les personnels ciblés.		Recommandation 16 : élaborer un plan de formation annuel portant sur les thématiques de la gérontologie en précisant les thèmes, la catégorie de personnel concernée et le nombre d'agents bénéficiaires (en attester son effectivité)	A partir de 2024			Remarque Maintenue A retransmettre le cas échéant pour 2023 et dès consolidation pour 2024
Remarque 17 : il n'y a pas de traçabilité systématique des changes sur le logiciel TITAN.		Recommandation 17 : s'assurer de la traçabilité systématique des changes sur le logiciel TITAN.	Sans délai			Remarque levée La mission en prend acte
Remarque 18 : il n'y a pas de traçabilité systématique des aides pour aller aux toilettes.		Recommandation 18 : s'assurer de la traçabilité systématique des aides pour aller aux toilettes.	Sans délai			Remarque levée La mission en prend acte
Remarque 19 : l'animatrice ne semble pas connaître le projet d'animation pourtant intégré dans le projet d'établissement.		Recommandation 19 : veiller à ce que le projet d'animation soit connu et diffusé.	3 mois			Remarque levée La mission en prend acte
Remarque 20 : il n'existe pas de procédure d'admission formalisée.	Art. D311 CASF	Recommandation 20 : formaliser une procédure d'admission.	3 mois			Remarque Maintenue Il faut transmettre le dans les délais souhaités
Remarque 21 : les visites à domicile ne sont pas systématiquement réalisées.		Recommandation 21 : s'assurer de la bonne réalisation des visites à domicile lorsque cela est nécessaire.	Sans délai			Remarque levée La mission en prend acte, il convient de veiller à assurer une tracabilité

						des visites le cas échéant.
Remarque 22 : il n'existe pas de procédure d'accueil formalisée.	Art. L311-3 et L311-4 CASF	Recommandation 22 : formaliser une procédure d'accueil.	3 mois			Recommandation maintenue Transmission dès finalisation dans les délais souhaités
Remarque 23 : une réflexion est en cours sur l'identification d'une personne ressource pour l'accueil d'un résident.		Recommandation 23 : poursuivre la réflexion et l'intégrer dans la procédure d'admission.	Dès à présent			Recommandation maintenue Transmission dès finalisation dans les délais souhaités
Remarque 24 : la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement ne sont pas remis systématiquement lors de l'accueil d'un nouveau résident.		Recommandation 24 : remettre à tous les résidents lors de l'accueil la charte des droits et des libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.	Sans délai			Recommandation levée La mission en prend acte. Recontrôle de chaque document dans les dossiers lors d'une nouvelle visite
Remarque 25 : la liste des personnes qualifiées n'est pas remise systématiquement lors de l'accueil d'un nouveau résident.		Recommandation 25 : remettre à tous les résidents lors de l'accueil la liste des personnes qualifiées	Sans délai			Recommandation levée La mission en prend acte. Recontrôle de chaque document dans les dossiers lors d'une nouvelle visite
Remarque 26 : l'état des lieux à l'entrée n'est pas		Recommandation 26 : réaliser à toutes les nouvelles entrées un état des lieux	Sans délai			Recommandation levée

systématiquement réalisé.						La mission en prend acte. Recontrôle de chaque document dans les dossiers lors d'une nouvelle visite.
Remarque 27 : les projets personnalisés consultés n'étaient pas actualisés tous les ans.	Art D311 CASF	Recommandation 27 : réactualiser les projets personnalisés écrits tous les ans.	Sans délai			Recommandation levée La mission en prend acte. Recontrôle de chaque document dans les dossiers lors d'une nouvelle visite
Remarque 28 : le projet personnalisé ne fait pas l'objet d'une contractualisation systématique avec les résidents.		Recommandation 28 : contractualiser avec tous les résidents le projet personnalisé écrit.	Sans délai			Recommandation levée La mission en prend acte. Recontrôle de chaque document dans les dossiers lors d'une nouvelle visite
Remarque 29 : il n'a pas été constaté de prescription médicale pour les textures.		Recommandation 29 : s'assurer de l'existence de prescription médicale pour les textures, accessibles pour tout le personnel.	Sans délai			Recommandation maintenue
Remarque 30 : l'affichage des menus n'est pas suffisamment lisible ni visible.		Recommandation 30 : améliorer l'affichage des menus (présentation et lisibilité).	Sans délai			Recommandation maintenue

<p>Remarque 31 : l'amplitude horaire inférieure à 12h maximum entre les repas n'est pas toujours respectée.</p>	néant	<p>Recommandation 31 : s'assurer du respect d'une amplitude horaire inférieure à 12h entre les repas et veiller à tracer les collations.</p>	Sans délai			<p>Recommandation levée La mission en prend acte mais la collation doit être intégrée dans le plan de soins et tracée sur le logiciel Soin</p>
<p>Remarque 32 : il n'a pas été constaté de procédure connue du personnel concernant la dénutrition.</p>		<p>Recommandation 32 : s'assurer de la formalisation et diffusion d'une procédure dénutrition.</p>	3 mois			<p>Remarque Maintenue Il faut transmettre le dans les délais souhaités</p>
<p>Remarque 33 : il n'existe pas à ce jour de procédure formalisée à destination des personnels sur la thématique de la vie affective et intime en EHPAD mais un projet est en cours avec la psychologue.</p>		<p>Recommandation 33 : travailler sur la thématique de la vie affective et intime en EHPAD en cohérence avec le guide HAS.</p>	8 mois			<p>Remarque Levée Il faut transmettre à la mission les démarches engagées</p>
<p>Remarque 34 : la durée de la prescription de la contention ne semble pas toujours précisée dans les dossiers de soins.</p>		<p>Recommandation 34 : veiller à avoir des prescriptions complètes dans les dossiers concernant la contention.</p>	6 mois			<p>Recommandation maintenue</p>

Remarque 35 : il n'existe pas de protocole de gestion de la douleur.		Recommandation 35 : formaliser un protocole de gestion de la douleur.	Sans délai			Recommandation maintenue
Remarque 36 : aucune convention de partenariat signée avec les établissements ou structures du territoire pour mettre en œuvre les objectifs stratégiques du projet institutionnel n'a été remise.		Recommandation 36 : le gestionnaire devra se rapprocher et formaliser une démarche partenariale avec l'HAD, les structures de soins gériatriques et palliatifs du territoire mais aussi psychiatriques. Il transmettra à l'ARS les conventions de partenariat avec ces structures.	6 mois			Recommandation maintenue Il convient de transmettre des preuves des travaux engagés et les conventions réalisées depuis le retour de l'inspection.
Remarque 37 : l'usage de la télémédecine n'est pas mis en œuvre avec les partenaires.		Recommandation 37 : l'équipe managériale doit se réapproprier les modalités de fonctionnement de la télémédecine et la promouvoir auprès des partenaires territoriaux	3 mois			Remarque levée Outre l'outil « PASTEL », il convient de contacter les services de la CPAM pour ce qui relève de la télémédecine.
Remarque 38 : les MEDEC n'ont pas procédé, en lien avec les médecins traitants de la structure, à la rédaction d'une procédure des modalités de leur intervention en cas d'urgence et/ou d'absence du médecin traitant.		Recommandation 38 : les MEDEC rédigeront, en lien avec les médecins traitants, la procédure des modalités de leur intervention en cas d'urgence et/ou d'absence du médecin traitant et veilleront à sa diffusion auprès des équipes de la structure	3 mois			Remarque maintenue. Il convient de transmettre un élément de preuve.

Remarque 39 : le suivi du contenu du chariot d'urgence est inopérant		Recommandation 39 : il est attendu que la traçabilité du contenu et du contrôle des dates de péremption des produits du chariot d'urgence soit organisée, accessible et lisible	1 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque levée
Remarque 40 : le protocole de lutte contre la dénutrition n'est pas élaboré		Recommandation 40 : le protocole de lutte contre la dénutrition doit être élaboré. Il sera veillé à sa diffusion, à son appropriation et à son application par les équipes.	6 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque maintenue La nouvelle procédure et son plan de diffusion doivent être opérationnels dans le délai imparti des 6 mois.
Remarque 41 : le protocole de prévention des chutes n'est pas élaboré		Recommandation 41 : le protocole de prévention des chutes doit être élaboré. Il sera veillé à sa diffusion, à son appropriation et à son application par les équipes.	6 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque maintenue Le protocole et son plan de diffusion doivent être opérationnels dans le délai imparti des 6 mois.
Remarque 42 : la procédure liée aux maladies neurodégénératives et troubles du comportement sévères dont celle de la contention n'a pas été présentée à la mission		Recommandation 42 : la procédure liée aux maladies neuro dégénératives et troubles du comportement sévères dont celle de la contention doit être formalisée. Il sera veillé à sa diffusion, à son appropriation et à son application par les équipes.	6 mois	[REDACTED]	[REDACTED]	Remarque maintenue Le protocole et son plan de diffusion doivent être opérationnels dans le délai imparti des 6 mois.

<p>Remarque 43 : Le contrôle de température du réfrigérateur de la salle de soins n'est pas tracé quotidiennement.</p>		<p>Recommandation 43 : la température du réfrigérateur de la salle de soins est relevée et notée quotidiennement.</p>	Immédiat			<p>Remarque maintenue Preuves à apporter (exemple : photo des relevés de température...)</p>
---	--	--	----------	--	--	---