



Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection-contrôle et de la qualité - Pôle Inspections-Contrôles  
Conseil Départemental de la Haute-Garonne

Téléphone : +33.5 4.30.24.85

Réf. Interne : DUAIJO-PIC/2025-107

Date : 02 JUIL. 2025

Co-gérants de la SARL « L'Hermitage »  
4 bis rue des Enfants  
31210 MONTRÉJEAU

N° d'inspection : MS\_2025\_31\_HP\_01

Courrier RAR n° 1A 212 289 3597 4

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'établissement

**Objet :** Inspection de EHPAD « L'Hermitage » à Montréjeau (31) : clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Annexe à la lettre de clôture : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Messieurs,

À la suite de l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 14 janvier 2025, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 22 avril 2025, 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 21 mai 2025.

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 correctives 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.

Nous prenons acte des actions d'ores et déjà engagées et nous vous rappelons notre volonté de voir entamer, dès à présent, une réflexion sur l'apport complémentaire que pourrait apporter le réseau « les Familiales » dans la gestion au quotidien : astreinte mutualisée, gestion des remplacements, accentuation de l'apport méthodologique de la part de la qualiticienne.

Dans le contexte de l'établissement, l'accompagnement des équipes présentes sur le terrain, doit faire l'objet d'une attention particulière.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre des mesures arrêtées, 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 L.121-1 et L.122-1 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 chargée de l'Autonomie et du Handicap ainsi qu'auprès de Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne, 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](http://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'agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur général de l'ARS Occitanie

Pour le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne et par délégation,  
Le Vice-Président chargé des Personnes âgées, des Personnes handicapées et de l'Accès aux soins



Didier JAFFRE



Alain Gabrieli  
Elu - Alain GABRIELI  
2 juil. 2025

Alain GABRIELI



Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection contrôle et de la qualité - Pôle Régional « Inspections-Contrôles »  
Direction départementale de la Haute-Garonne  
Conseil départemental de la Haute-Garonne

### Annexe à la lettre de clôture

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

### Inspection de l'EHPAD « L'Hermitage » à Montréjeau (31)

14 janvier 2025

**Inspection n° MS\_2025\_31\_HP\_01**

*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](http://occitanie.ars.sante.fr)

Conseil départemental de la Haute-Garonne  
1 boulevard de la Marquette  
31090 TOULOUSE CEDEX 9

[Haute-Garonne](#)

Écarts	Référence Règlementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision des autorités (ARS / CD 31)
<b>Écart n° 1 :</b> Le registre des entrées et sorties n'est pas mis en place au sein de l'établissement.	L.331-2 CASF R.331-5 CASF	<b>Prescription n° 1 :</b> Mettre en place le registre des entrées et sorties coté et paraphé par le maire.	<b>2 mois</b>		<b>Prescription n° 1 maintenue.</b> Il s'agit du registre prévu à l'article L331-2 du CASF, coté et paraphé par le maire
<b>Écart n° 2 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide et conforme à la réglementation.	L.311-7 CASF R.311-33 à R.311-37 CASF	<b>Prescription n° 2 :</b> Établir un règlement de fonctionnement en conformité avec la réglementation. Veiller à prendre en compte les dernières évolutions réglementaires (L.311-5-2 CASF)	<b>2 mois</b>		<b>Prescription n° 2 maintenue.</b> Transmettre le document finalisé à l'ARS et au CD 31.
<b>Écart n° 3 :</b> L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité.	L.311-8 CASF D.311-38-5 CASF Recommandations HAS 2010 - MAJ du 16.03.2018 : « <i>Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement</i> »	<b>Prescription n° 3 :</b> Poursuivre les travaux en cours et finaliser le projet d'établissement	<b>9 mois</b>		<b>Prescription n° 3 maintenue.</b> La demande porte sur la finalisation du projet d'établissement.
<b>Écart n° 4 :</b> L'établissement n'a pas transmis les comptes-rendus des réunion du conseil de vie sociale (CVS) aux autorités administratives ayant délivré l'autorisation.	D.311-20 CASF	<b>Prescription n° 4 :</b> Transmettre le relevé de conclusions des réunions du CVS aux autorités administratives ayant délivré l'autorisation.	<b>Prochain CVS</b>		<b>Prescription n° 4 maintenue</b> dans l'attente des transmissions.

<b>Écart n° 5 :</b> L'enquête de satisfaction réalisée en mars 2024 n'a pas fait l'objet d'une analyse. Les résultats n'ont pas été présentés en CVS et ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil de la structure.	D.311-15 CASF Guide méthodologique HAS « <i>Recueil du point de vue des personnes hébergées accueillies en EHPAD</i> » (sept. 2023)	<b>Prescription n°5 :</b> Réaliser annuellement une enquête de satisfaction dont les résultats seront analysés en CVS et affichés dans l'espace d'accueil de la structure.	<b>12 mois</b>	<b>Prescription n° 5 maintenue</b> dans l'attente des résultats du questionnaire.  Il est pris acte du calendrier proposé.
<b>Écart n° 6 :</b> L'établissement n'a pas mis en place un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique appelé plan bleu.	L.311-8 CASF D.312-160 CASF	<b>Prescription n° 6 :</b> Intégrer dans le projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	<b>9 mois</b>	<b>Prescription n° 6 maintenue</b> dans l'attente de la transmission du projet d'établissement intégrant le plan bleu.  Il est pris acte des actions en cours.
<b>Écart n° 7 :</b> L'EHPAD ne dispose pas de MEDEC et ne répond donc pas à la composition pluridisciplinaire de l'équipe.	D.312-155-0 CASF	<b>Prescription n° 7 :</b> Poursuivre les démarches de recherche d'un MEDEC.	<b>9 mois</b>	<b>Prescription n° 7 levée.</b> L'établissement transmettra aux autorités de contrôle le contrat actant du temps d'intervention et la fiche de poste.
<b>Écart n° 8 :</b> L'EHPAD compte parmi ses effectifs des ASH occupant des fonctions d'aide-soignant. Or, les prestations délivrées par les établissements doivent être réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.	L.312-1-II alinéa 4 CASF	<b>Prescription n° 8 :</b> Établir et transmettre aux autorités compétentes un plan d'actions visant à résorber l'emploi de faisant fonctions. Doter ce plan d'un échéancier et de moyens opérationnels. Mutualisation au sein des « Familiales » à envisager.	<b>6 mois</b>	<b>Prescription n° 8 maintenue</b> dans l'attente de la transmission du plan d'actions.  Il est pris acte des actions en cours.
<b>Écart n° 9 :</b> Le gestionnaire ne demande pas de manière systématique le bulletin n° 3 extrait du casier judiciaire (B3) lors du recrutement d'un salarié.	L.133-6 CASF	<b>Prescription n° 9 :</b> Consulter le B3 de l'ensemble des salariés en poste ainsi que pour toute nouvelle prise de poste. La preuve de la consultation doit être inscrite dans le dossier du salarié. En outre, cette consultation doit être renouvelée.	<b>Immédiat</b>	<b>Prescription n° 9 levée.</b>
<b>Écart n° 10 :</b> Les clés du local d'animation et du bureau de la référente de l'activité sportive sont inaccessibles à la direction et aux	L.311-3 CASF	<b>Prescription n° 10 :</b> S'assurer de l'accès à toutes les pièces communes de l'établissement pour le personnel	<b>Immédiat</b>	<b>Prescription n° 10 levée.</b>

personnels en dehors des heures de présence des salariés concernés. Cela ne permet pas de garantir la sécurité des résidents.		de direction afin de garantir la sécurité des résidents.			
<b>Écart n° 11</b> : Le partage d'un bureau avec un prestataire extérieur à l'EHPAD pose la question de la confidentialité des données personnelles dont peut disposer le personnel chargé de l'animation.	L.311-3 CASF	<b>Prescription n° 11</b> : Veiller au respect de la confidentialité du stockage des données personnelles des résidents.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription n° 11 levée.</b>

<b>Écart n° 12</b> : Le dispositif d'appel malade dysfonctionne ; la responsabilité de la réponse n'est pas organisée et ne permet pas une sécurité de prise en charge des résidents accueillis.	L.311 -3 CASF	<b>Prescription n° 12</b> : Disposer d'un système d'appel malade fonctionnel, tant pour chaque résident que pour les soignants, à toute heure de la journée ou de la nuit. L'établissement doit assurer la traçabilité des réponses.	<b>1 mois</b>		<b>Prescription n° 12 levée.</b>
<b>Écart n° 13</b> : L'établissement ne dispose pas de MEDEC et, de ce fait, les missions qui lui incombent ne sont pas remplies.	D.312-156 et 158 CASF	<b>Prescription n° 13</b> : Procéder au recrutement d'un MEDEC (cf. Prescription n° 7).	<b>9 mois</b>		<b>Prescription n° 13 levée.</b>
<b>Écart n° 14</b> : Les documents d'information réglementaires ne sont pas tous affichés et notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le règlement de fonctionnement,</li> <li>- le projet d'établissement,</li> <li>- l'arrêté de désignation des personnes qualifiées.</li> </ul>	L.311-4, R.311-34 CASF D.318-38-4 CASF	<b>Prescription n° 14</b> : Procéder aux affichages réglementaires.	<b>Immédiat</b>		<b>Prescription n° 14 levée.</b>

<p><b>Écart n° 15 :</b> Les dossiers administratifs des résidents ne comportent pas tous les éléments législatifs et réglementaires et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de livret d'accueil,</li> <li>- pour les contrats de séjour, signés à compter du 08 avril 2024, l'accord ou le refus d'autorisation d'entrée dans la chambre (domicile) lors d'un contrôle n'y figure pas,</li> <li>- absence du recueil du consentement pour le recueil des données personnelles,</li> <li>- absence d'état des lieux sur la totalité des dossiers consultés.</li> </ul>	L.311-4, L 342-1 et 2, L.311-7-1 CASF	<p><b>Prescription n° 15 :</b> Mettre en conformité l'ensemble des dossiers des résidents et les actualiser au regard du dernier arrête d'habilitation.</p>	<b>3 mois</b>		<p><b>Prescription n° 15 maintenue</b> dans l'attente de la transmission du livret d'accueil. Il est pris acte des actions en cours.</p>
<p><b>Écart n° 16 :</b> Les mesures de contention sont prescrites pour une durée d'un an.</p>	R.311-0-9 CASF Annexe 3-9-1 CASF	<p><b>Prescription n° 16 :</b> Revoir les prescriptions : la validité de l'annexe au contrat de séjour « <i>Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir</i> » est au maximum de 6 mois.</p>	<b>2 mois</b>		<p><b>Prescription n° 16 maintenue.</b> Il est pris acte des actions en cours.</p>
<p><b>Écart n° 17 :</b> les médecins libéraux n'ont pas signé de contrat.</p>	R.313-30-1 CASF	<p><b>Prescription n° 17 :</b> Faire signer des contrats aux médecins libéraux intervenant à l'EHPAD.</p>	<b>Immédiat</b>		<p><b>Prescription n° 17 maintenue.</b> Il est pris acte des actions en cours.</p>
<p><b>Écart n° 18 :</b> Le circuit du médicament, tel qu'il a été constaté, ne présente pas toutes les garanties de sécurité pour les résidents.</p>	L.311-3 CASF	<p><b>Prescription n° 18 :</b> Sécuriser le circuit du médicament à toutes ses étapes. Avoir l'appui de l'OMEDIT.</p>	<b>2 mois</b>		<p><b>Prescription n° 18 maintenue.</b> Demander le soutien de l'OMEDIT. Il est pris acte des actions en cours.</p>
<p><b>Écart n° 19 :</b> Absence d'organisation formalisée avec les établissements de santé du territoire, afin de bénéficier d'interventions de structures d'hospitalisation à domicile, d'équipes mobiles ou d'autres appuis utiles à leurs missions et permettant d'assurer la continuité des soins et d'organiser</p>	L.311-8, D/312-155-0 CASF	<p><b>Prescription n° 19 :</b> Définir une organisation permettant de garantir la permanence des soins. Conclure des conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité.</p>	<b>6 mois</b>		<p><b>Prescription n° 19 levée.</b></p>

l'hospitalisation de leurs résidents  
lorsqu'elle est nécessaire.

Remarques	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)	Nature de la mesure attendue (Recommandation)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision des autorités (ARS / CD 31)
<b>Remarque n° 1 :</b> L'organigramme de l'établissement n'est pas actualisé et ne reflète pas le fonctionnement en n'indiquant pas la nature des liens entre les professionnels.		<b>Recommandation n° 1 :</b> Élaborer un organigramme nominatif et daté, précisant : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de l'établissement,</li> <li>▪ les ETP par fonction et les postes vacants.</li> </ul>	<b>2 mois</b>		<b>Recommandation n° 1 maintenue.</b>
<b>Remarque n° 2 :</b> L'organisation de la continuité de direction n'est pas adaptée et n'est pas formalisée. Cela présente un risque d'impact pour la prise en charge des résidents. De plus, aucune subdélégation n'est envisagée en cas d'absence de la direction, programmée ou non, permettant la continuité de la direction de l'établissement.		<b>Recommandation n° 2 :</b> Formaliser, dans une procédure écrite et validée, les mesures mises en œuvre pour assurer de manière efficiente la continuité de la fonction de direction. Étudier la faisabilité d'une mutualisation des astreintes de direction avec les autres EHPAD en gestion par les « Familiales ».	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n° 2 levée.</b>
<b>Remarque n° 3 :</b> Le sujet de la maltraitance et le bilan des événements indésirables ne sont pas abordés dans les réunions du CVS.	Fiche HAS « <i>Conseil de la vie sociale</i> » du 12 mai 2022 Recommandation HAS « <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> » - décembre 2008	<b>Recommandation n° 3 :</b> Mettre périodiquement le sujet de la maltraitance et le bilan de gestion des événements indésirables à l'ordre du jour des séances du CVS.	<b>1 fois/an</b>		<b>Recommandation n° 3 levée</b> à la transmission du compte rendu du CVS.  Il est pris bonne note de la mise en place du staff éthique.

<b>Remarque n° 4 :</b> L'établissement est dépourvu de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations	« <i>Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux</i> » HAS - mars 2022	<b>Recommendation n° 4 :</b> Se doter d'un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations.	<b>6 mois</b>	<b>Recommendation n° 4 maintenue</b> Mettre à disposition des formulaires à l'entrée, le QR Code ne peut être la seule modalité proposée aux familles.
<b>Remarque n° 5 :</b> les professionnels ne sont pas formés et/ou sensibilisés à l'identification et la gestion des dysfonctionnements graves et événements.	« <i>Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur social et médico-social</i> » HAS - novembre 2020	<b>Recommendation n° 5 :</b> Poursuivre les travaux entrepris : c'est en analysant l'événement qui a eu lieu, en comprenant les causes de sa survenue et en mettant en place des actions correctives qu'on évite sa réitération et qu'on agit en prévention. Mettre en place une réflexion institutionnelle interne portant sur les événements indésirables, en y associant l'ensemble du personnel de l'établissement.	<b>6 mois</b>	<b>Recommendation n° 5 maintenue</b> dans l'attente de la formation de l'ensemble des agents et de la transmission du compte-rendu du COPIL.
<b>Remarque n° 6 :</b> La procédure de déclaration des dysfonctionnements graves et événements indésirables graves (EIG) est incomplète.		<b>Recommendation n° 6 :</b> mettre en place une procédure de déclaration des dysfonctionnements graves et EIG en rappelant que cette déclaration doit s'effectuer sans délai auprès des autorités compétentes. Diffuser cette procédure et l'accompagner d'un dispositif de formation adapté.	<b>3 mois</b>	<b>Recommendation n° 6 maintenue.</b> Procédure validée à transmettre aux autorités de contrôle.

<p><b>Remarque n° 7 :</b> L'absence de documents précisant les fonctions de chacun et les niveaux hiérarchiques (fiche de Poste) impacte la compréhension de l'organisation de l'établissement.</p>	<p>Recommandation HAS « <i>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</i> » - décembre 2008</p>	<p><b>Recommandation n° 7 :</b> Élaborer une fiche de poste pour chaque professionnel de l'établissement afin de fixer clairement les missions et responsabilités de chacun.</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b>Recommandation n° 7 maintenue</b> jusqu'à la fin du processus. Il est pris acte des actions en cours.</p>
<p><b>Remarque n° 8 :</b> Les dossiers des personnels ne contiennent pas systématiquement les contrats de travail et les diplômes.</p>		<p><b>Recommandation n° 8 :</b> Veiller à ce que les dossiers du personnel soient à jour.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>		<p><b>Recommandation n° 8 levée.</b></p>
<p><b>Remarque n° 9 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation plus complet que le programme présenté.</p>	<p>Recommandation HAS « <i>Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées</i> » - juillet 2008</p>	<p><b>Recommandation 9 :</b> les travaux engagés doivent se poursuivre pour établir un plan de formation structuré, construit à partir du recueil des besoins, de l'identification des différentes actions à mener, et en appréhendant les différents dispositifs de formation existant et pouvant être mobilisés. L'appui méthodologique des « Familiales » devra être analysé.</p>	<p><b>6 mois</b></p>		<p><b>Recommandation n° 9 maintenue.</b> Il est pris acte des actions en cours. L'établissement doit se doter d'un plan de formation structuré. Faire participer les personnels à l'élaboration, et notamment le MEDEC et l'IDEC.</p>

<b>Remarque n° 10 :</b> Les Groupes d'Analyse des Pratiques (GAP) ne sont pas mis en place. Le soutien des professionnels tel qu'il existe ne correspond pas à une supervision.	RBPP « Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » - ANESM, 2011	<b>Recommandation n° 10 :</b> Des GAP et des supervisions doivent être organisés.	<b>6 mois</b>		<b>Recommandation n° 10 maintenue.</b> S'agissant des GAP, les psychologues doivent disposer de connaissances en gériatrie. Il est pris acte des supervisions par les psychologues du travail.
<b>Remarque n° 11 :</b> Le matériel et les produits de change sont stockés dans des toilettes et des cartons sont directement posés sur le sol.		<b>Recommandation 11 :</b> Revoir l'organisation des espaces de stockage afin de garantir des conditions d'hygiène optimales et d'assurer un environnement sécurisé et fonctionnel pour les résidents et le personnel.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation 11 levée.</b>
<b>Remarque n° 12 :</b> La procédure d'admission n'est pas finalisée.		<b>Recommandation n°12 :</b> Fiabiliser et valider la procédure d'admission. Une présentation de la procédure doit être à l'ordre du jour d'un prochain CVS. Associer la psychologue à la procédure d'admission.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n° 12 maintenue.</b>
<b>Remarque n° 13 :</b> La mission constate que des indicateurs d'évaluation ne sont pas prévus dès le lancement du projet d'accompagnement personnalisé (PAP).		<b>Recommandation 13 :</b> Intégrer des indicateurs d'évaluation mesurables dès l'élaboration du PAP afin de permettre un suivi régulier des objectifs fixés et d'évaluer de manière objective l'efficacité des actions mises en œuvre. Ces indicateurs devraient être définis en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et révisés périodiquement.	<b>6 mois</b>		<b>Recommandation n° 13 maintenue</b> dans l'attente de la transmission des cinq prochains PAP avec les indicateurs.

<p><b>Remarque n° 14 :</b> Compte tenu du changement de logiciel et de l'absence de MEDEC, le dossier médical et de soins ne répond pas aux bonnes pratiques quant à son contenu et sa traçabilité.</p>	<p>Réglementation et recommandations « <i>Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu</i> » ANAES, juin 2003</p>	<p><b>Recommendation n° 14 :</b> Le prochain MEDEC devra s'assurer du contenu du dossier médical et de soins informatisés et de la traçabilité des informations.</p>	<p>Dès le recrutement du MEDEC</p>		<p><b>Recommendation n° 14 maintenue.</b> Compte-rendu du point visio à transmettre aux autorités de contrôle.</p>
<p><b>Remarque n° 15 :</b> Dans l'attente de la finalisation des protocoles et procédures, l'établissement ne respecte pas les bonnes pratiques de prise en charge de la personne âgée.</p>	<p>RBPP « <i>Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident</i> » - ANESM, 2012</p>	<p><b>Recommendation n° 15 :</b> Dès qu'un MEDEC sera recruté, l'établissement devra se référer aux bonnes pratiques professionnelles.</p>	<p>Dès le recrutement du MEDEC</p>		<p><b>Recommendation n° 15 maintenue.</b></p>
<p><b>Remarque n° 16 :</b> La surveillance de la dénutrition n'est pas correctement assurée.</p>		<p><b>Recommendation n° 16 :</b> Mettre en place une surveillance du poids pour l'ensemble des résidents.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Recommendation n° 16 levée.</b></p>
<p><b>Remarque n° 17 :</b> Absence de lavage systématique des mains lors des soins. Le non-respect de ces règles élémentaires d'hygiène n'est pas conforme aux bonnes pratiques.</p>	<p>Fiche Technique / Pratique « <i>Maîtrise du risque infectieux en EHPAD</i> » CCLIN, 2011</p>	<p><b>Recommendation n° 17 :</b> Veiller à la mise en œuvre des règles standard d'hygiène et de prévention des risques infectieux.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Recommendation n° 17 levée.</b></p>
<p><b>Remarque n° 18 :</b> L'effectif de nuit ne permet pas de garantir la présence d'un agent diplômé par nuit.</p>		<p><b>Recommendation n° 18 :</b> Veiller à la présence d'un personnel diplômé par nuit.</p>	<p>9 mois</p>		<p><b>Recommendation n° 18 maintenue</b> dans l'attente de son effectivité.</p>
<p><b>Remarque n° 19 :</b> L'EHPAD fait face à une problématique RH très importante (turn-over – recours à l'intérim) et les équipes sont déstabilisées. Un travail important sur les procédures et protocoles est essentiel et a été lancé.</p>		<p><b>Recommendation n° 19 :</b> Compte tenu de la fragilité des équipes, la présence sur le terrain de l'IDEC est à prioriser pour soutenir les équipes dans leur pratique quotidienne et sur l'appropriation des outils.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Recommendation n° 19 maintenue</b> dans l'attente de la transmission de la fiche de poste de l'IDEC. Transmission des analyses de pratiques effectuées par l'IDEC.</p>

		Revoir l'intervention de la qualiticienne quant à l'établissement des protocoles et procédures.			
<b>Remarque n° 20 :</b> Les toilettes montrent des différences de pratiques selon les professionnel(le)s. Il y a pour certain(e)s un manque de connaissance pour l'évaluation des situations et/ou une inobservance des recommandations de bonnes pratiques.	Gestion des soins en EMS - CCLIN - ARLIN 2016	<b>Recommandation n° 20 :</b> Les RBPP doivent être connues de tous/toutes et mises en place par tous/toutes. Déployer des formations et les GAP. Généraliser les formations en doublure des nouveaux arrivants.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation n° 20 levée.</b>
<b>Remarque n° 21 :</b> Les outils d'évaluation des troubles cognitifs ne sont pas utilisés par la psychologue travaillant habituellement dans l'EHPAD.	RBPP « <i>Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge</i> » - HAS, 2011	<b>Recommandation n° 21 :</b> Ces outils doivent être mis en place pour connaître l'état du résident mais également dans l'objectif de l'évaluation du besoin de soins (coupe Pathos qui, prévue en 2024, a été reportée en 2025).	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n° 21 levée.</b>
<b>Remarque n° 22 :</b> La mission constate : <ul style="list-style-type: none"><li>• L'absence de projet de budget et de bilan de l'animation présenté aux instances consultatives,</li><li>• Le local dédié aux activités d'animation encombré rendant son utilisation dangereuse pour les résidents.</li></ul>		<b>Recommandation n° 22 :</b> Le gestionnaire doit veiller à l'élaboration d'un projet d'animation, à allouer un budget et à établir un bilan de l'animation présenté chaque année aux instances consultatives.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n° 22 maintenue.</b> Organiser la continuité de l'intervention sur l'animation.

<b>Remarque n° 23 :</b> L'EHPAD n'a pas mis en place les consultations par télémédecine.		<b>Recommandation n° 23 :</b> Engager une réflexion pour développer la téléconsultation à destination des professionnels de la gériatrie, psychiatrie, dermatologie, cardiologie, etc.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n° 23 maintenue.</b>