

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

Monsieur le Président
Centre Communal d'Action Sociale
de Montrejeau
515 rue des Enfants
31210 MONTREJEAU

Réf. Interne : DUAJQ-PIC/2025-078
Date : **04 JUIN 2025**

N° PRIC : MS_2024_31_HP_01

Courrier RAR n° 1A 212 612 7474 0

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

Objet : Inspection de l'EHPAD « Mont Royal » 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

Monsieur le Président,

À la suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 24 septembre 2024, nous vous
avons invité, par lettre d'intention en date du 16 janvier 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 12 mars
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 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 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 « Télérecours 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'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur général de l'ARS



Didier JAFFRE

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



Alain Gabrieli
Elu - Alain GABRIELI
19 mai 2025

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 « Mont Royal » à Montréjeau (31)

24 septembre 2024

Inspection n° MS_2024_31_HP_01

*Un **Écart** n° 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.*

Écart	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	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)
Écart n° 1 : Le registre des résidents n'est pas coté ni paraphé par le maire. Par ailleurs, il ne permet pas de vérifier la conformité de la population à l'autorisation délivrée.	R.331-5 CASF	Prescription n° 1 : Le registre des résidents doit être coté et paraphé par le maire. Il doit permettre la vérification de la conformité de la population à l'autorisation délivrée.	Immédiat		<u>Prescription n° 1 levée.</u>
Écart n° 2 : Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission la présence d'un règlement de fonctionnement répondant aux exigences du CASF.	R.311-33 à R.311-37 CASF	Prescription n° 2 : Transmettre aux autorités de tarification et de contrôle un règlement de fonctionnement répondant aux exigences du CASF.	Immédiat		Dont acte. À noter que des dispositions prévues dans le projet de RI contreviennent aux dispositions légales (p11 _ partie sur les animaux). <u>Prescription n° 2 maintenue.</u>
Écart n° 3 : La structure ne dispose pas d'un projet d'établissement formalisé et répondant aux exigences légales et réglementaires du CASF.	L.311-8 CASF Recommandations HAS 2010 MAJ du 16.03.2018 : « <i>Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement</i> »	Prescription n° 3 : La structure doit se doter d'un projet d'établissement répondant aux exigences du CASF.	18 mois		<u>Prescription n° 3 maintenue.</u>
Écart n° 4 : Les astreintes dites de direction sont en réalité des astreintes administratives. La procédure relative à l'organisation de la continuité de la direction n'a pas été arrêtée au niveau du titulaire de l'autorisation et n'est pas déclinée au niveau de l'établissement.	Articles 5 et 9 du décret n° 2001-623 du 12 juillet 2001 pris pour l'application de l'article 7-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 et relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique	Prescription n° 4 : L'établissement doit organiser la continuité des fonctions de direction. Cette organisation formalisée doit être connue des salariés.	1 mois		<u>Prescription n° 4 maintenue.</u>

En l'absence de formalisme et de structuration de l'organisation, l'appropriation par les salariés n'est pas réalisée.	territoriale, l'organe délibérant de la collectivité ou de l'établissement détermine, après avis du comité social territorial compétent				
Écart n° 5 : En 2024, l'établissement n'a pas réalisé les 3 CVS par an. Sur les années précédentes, la composition et le fonctionnement du CVS ne répondent que partiellement aux obligations législatives et réglementaires. Les autres formes de participation ne sont pas formalisées.	L.311-6, D.311-3 à D.311-20 CASF	Prescription n° 5 : L'établissement doit réunir le CVS a minima 3 fois par an. Les comptes-rendus doivent être transmis aux autorités de tarification et de contrôle.	1 mois		<p>Au jour de l'inspection aucun interlocuteur n'a été en mesure de remettre à la mission les comptes-rendus formalisés des comités de quartier.</p> <p>Par ailleurs, à la lecture du compte rendu du CVS de décembre 2024 transmis comme pièce justificative la composition du CVS ne respecte toujours pas les dispositions législatives et réglementaires applicables.</p> <p><u>Prescription n° 5 maintenue.</u></p>
Écart n° 6 : La politique de bientraitance et lutte contre la maltraitance n'a pas été formalisée.	L.311-8 CASF, D.312-203 CASF	Prescription n° 6 : Formaliser la politique de bientraitance et lutte contre la maltraitance.	3 mois		<p><u>Prescription n° 6 maintenue.</u></p>
Écart n° 7 : Depuis plusieurs années, l'établissement n'a pas réalisé d'enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS).	D.311-15 CASF Guide méthodologique HAS « <i>Recueil du point de vue des personnes hébergées accueillies en EHPAD</i> » (sept. 2023)	Prescription n° 7 : Réaliser des enquêtes de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la HAS.	12 mois		<p>Il est pris note de la réalisation d'enquêtes de satisfaction en 2022 et 2023.</p> <p>Au jour de l'inspection aucun interlocuteur n'a été en mesure de remettre à la mission ces documents.</p>

					Par ailleurs, il n'y a pas eu d'enquête en 2024. <u>Prescription n° 7 maintenue.</u>
Écart n° 8 : L'établissement ne dispose pas d'une procédure actualisée et opérationnelle de déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves.	L.331-8-1, R.331-8 et 9 CASF Arrêté du 28 décembre 2016	Prescription n° 8 : L'établissement doit se doter d'une procédure actualisée et opérationnelle de déclaration des événements indésirables et événements indésirables graves.	3 mois		La procédure transmise ne fait référence qu'aux événements indésirables. En outre, la présence d'un outil de recueil ne remplace pas la procédure opérationnelle de déclaration. <u>Prescription n° 8 maintenue.</u>
Écart n° 9 : L'établissement ne fait pas la distinction entre les EI, EIAS et EIGS ; en particulier il n'existe pas de procédure de gestion et de déclaration spécifique des EIGS. L'établissement ne dispose pas d'outils d'analyse des événements indésirables et événements indésirables graves. La démarche de promotion de culture qualité incluant notamment la promotion du signalement, l'analyse des causes, la prévention de la réitération, la communication sur les dysfonctionnements n'est plus portée en interne. Les événements indésirables sont insuffisamment portés à la connaissance des autorités de tarification et contrôle.	L.1413-14, R.1413-68 et R.1413-69 CSP	Prescription n° 9 : L'établissement doit se doter d'une culture qualité incluant le signalement des événements indésirables aux autorités de tarification et contrôle.	6 mois		La procédure transmise ne fait référence qu'aux événements indésirables, les autres situations ne sont visées que dans les définitions. Les éléments indésirables restent insuffisamment déclarés. Les éléments de preuve ne permettent pas d'apprécier l'acculturation des salariés à la démarche qualité. <u>Prescription n° 9 maintenue.</u>

Écart n° 10 : L'établissement ne dispose pas d'un référent pour les activités physiques et sportives. En l'absence de légendes, l'adéquation des diplômes et compétences aux fonctions occupées n'a pas pu être vérifiée.	L.311-12 et D311-40 CASF L.312-1- II CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.2) D.312-155-0-II, D.312-157 CASF	Prescription n° 10 : Désigner un référent activités physiques et sportives Transmettre les éléments permettant de vérifier l'adéquation des diplômes et compétences aux fonctions occupées.	3 mois		Les éléments de preuve ne portent pas sur le référent APA de l'établissement mais sur l'éducateur APA qui intervient. <u>Prescription n° 10 maintenue.</u>
Écart n° 11 : L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation actualisé annuellement.	L.315-13 CASF	Prescription n° 11 : Réaliser et transmettre aux autorités de tarification et contrôle un plan de formation.	6 mois		<u>Prescription n° 11 levée.</u>
Écart n° 12 : Le contrat de séjour n'est pas actualisé conformément au décret d'avril 2022.	L.311-4 CASF	Prescription n° 12 : Actualiser le contrat de séjour	3 mois		<u>Prescription n° 12 maintenue.</u>
Écart n° 13 : Les contentions physiques et chimiques ne font pas l'objet d'un suivi actualisé.	L.311-4-1, R.311-0-6, R.311-0-7, R.311-0-9 CASF	Prescription n° 13 : Organiser le suivi des contentions physiques et chimiques	15 jours		Il est pris acte de la mise en place d'une procédure de gestion des contentions. Cependant, la pièce justificative n'est pas signée et absence d'éléments en faveur de sa mise en application. <u>Prescription n° 13 maintenue.</u>
Écart n° 14 : Tous les résidents ne disposent pas d'un PAP actualisé. La programmation de la démarche est peu lisible.	L. 311-3, 7° CASF D.312-155-0 3° CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie, art 4, 3° Recommandations HAS 2018 : « <i>Le projet personnalisé en EHPAD</i> »	Prescription n° 14 : Réaliser l'actualisation des PAP selon la programmation définie	Immédiat		Il est pris acte de l'existence de la programmation. Toutefois, les délais de révision ne respectent pas les dispositions législatives et réglementaires applicables <u>Prescription n° 14 maintenue.</u>

Écart n° 15 : Les diplômes et les modalités administratives relatives au statut du MEDEC n'ont pas été remis à la mission.	L.313-12 V CASF D.312-156 à D.312-159-1 CASF	Prescription n° 15 : Transmettre les diplômes et les modalités administratives relatives au statut du MEDEC.	Immédiat		Il est pris acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil ». Toutefois, le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Prescription n° 15 maintenue.</u>
Écart n° 16 : Le MEDEC n'assure pas sa mission de coordination de commission de coordination gériatrique.	D.312-158 CASF	Prescription n° 16 : Le MEDEC doit coordonner la commission de coordination gériatrique.	Immédiat		<u>Prescription n° 16 levée.</u>
Écart n° 17 : Le MEDEC n'a pas élaboré le projet général de soins de l'établissement adapté à la population hébergée.	L.311- 8 CASF, D.312-158 et D.311-38 CASF	Prescription n° 17 : Le MEDEC doit élaborer le projet général de soins de l'établissement adapté à la population hébergée.	6 mois		Il est pris acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil ». Toutefois, le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Prescription n° 17 maintenue.</u>
Écart n° 18 : Le MEDEC n'a pas procédé à la rédaction d'une procédure commune avec les médecins traitants intervenants auprès des résidents de gestion des situations individuelles de besoins en soins urgents et non programmés.	D.312-158 CASF	Prescription n° 18 : Le MEDEC doit formaliser une procédure commune avec les médecins traitants intervenants auprès des résidents de gestion des situations individuelles de besoins en soins urgents et non programmés.	6 mois		Il est pris acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil ». Toutefois, le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Prescription n° 18 maintenue.</u>
Écart n° 19 : Le MEDEC a élaboré un dossier type de soins permettant de mettre en œuvre un plan d'accompagnement individuel pour chaque résident cependant aucun élément ne permet de justifier du contrôle de son observance dans un objectif de qualité et de sécurité de la prise en charge.	D.312-158 CASF	Prescription n° 19 : Transmettre les éléments permettant de justifier du contrôle de son observance dans un objectif de qualité et de sécurité de la prise en charge.	Immédiat		Il est pris acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil ». Toutefois, le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Prescription n° 19 maintenue.</u>

Écart n° 20 : Le MEDEC n'a pas formalisé sa politique de communication, information et formation des professionnels de santé intervenant auprès des résidents dans le cadre du projet général de soins.	D.312-158 CASF	Prescription n° 20 : Le MEDEC doit communiquer autour du projet général de soins.	Immédiat		Il est pris acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil ». Toutefois, le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Prescription n° 20 maintenue.</u>
Écart n° 21 : Le MEDEC n'a pas procédé à l'analyse des risques sanitaires de la population hébergée pour adapter les bonnes pratiques professionnelles à l'établissement.	D.312-158 CASF	Prescription n° 21 : Le MEDEC doit procéder à l'analyse des risques sanitaires de la population hébergée pour adapter les bonnes pratiques professionnelles à l'établissement.	Immédiat		Aucune pièce justificative n'a été transmise <u>Prescription n° 21 maintenue.</u>
Écart n° 22 : La formalisation des bonnes pratiques professionnelles n'a pas été structurée par le MEDEC. Elle n'a pas fait l'objet d'une démarche de co-construction et n'est pas partagée avec l'ensemble des professionnels de la structure.	D.312-158 CASF	Prescription n° 22 : Formaliser en co-construction les bonnes pratiques professionnelles.	6 mois		Aucune pièce justificative n'a été transmise <u>Prescription n° 22 maintenue.</u>
Écart n° 23 : Le MEDEC n'a pas mis en œuvre les modalités de communication, acculturation et formations internes et externes aux bonnes pratiques professionnelles gériatriques.	D.312-158 CASF Guides et Recommandations HAS, ANESM Recommandations HAS	Prescription n° 23 : Le MEDEC doit définir des modalités de communication, acculturation et formation en continu aux bonnes pratiques professionnelles gériatriques.	6 mois		Aucune pièce justificative n'a été transmise <u>Prescription n° 23 maintenue.</u>
Écart n° 24 : L'étude du circuit du médicament révèle de nombreux risques d'erreurs dans la chaîne technique et clinique en termes de : <ul style="list-style-type: none"> Identito-vigilance : défauts de transmission de l'information et de coordination des interventions Sécurisation des rangements Gestion des péremptions Sécurisation des accès 	D.312-158 7° CASF R.4211-23, R.4127-34, R.4311-4, R.4312-37 à 39, R.5125-50 à 56, R.5132-21, R.5132-80 CSP	Prescription n° 24 : Sécuriser le circuit du médicament.	Immédiat		Aucune pièce justificative n'a été transmise <u>Prescription n° 24 maintenue.</u>

Écart n° 25 : Le circuit de gestion des DASRI ne respecte pas la réglementation.	R.1335-1 à 8 CSP Arrêté du 24 novembre 2003 et circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/D RT/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des DASRI	Prescription n° 25 : Sécuriser le circuit des DASRI.	Immédiat		Il est pris acte des démarches entreprises. À la lecture de l'évaluation réalisée le 24 février 2025 des non-conformités perdurent. <u>Prescription n° 25 maintenue.</u>
Écart n° 26 : Absence d'organisation formalisée de la continuité et permanence des soins de l'établissement avec les établissements, structures et professionnels de santé du territoire pour mettre en œuvre les objectifs stratégiques du projet institutionnel.	L.311-8, D.311-38, L.312-7, D.312-155-0, D.312-158 CASF	Prescription n° 26 : Définir une organisation permettant de garantir la permanence des soins.	6 mois		Aucune pièce justificative n'a été transmise. <u>Prescription n° 26 maintenue.</u>
Écart n° 27 : L'établissement n'a pas formalisé d'organisation d'accès des résidents aux soins palliatifs.	L.311-8, D.311-38, L.312-7 CASF	Prescription n° 27 : Formaliser l'organisation d'accès des résidents aux soins palliatifs.	6 mois		Aucune pièce justificative n'a été transmise. <u>Prescription n° 27 maintenue.</u>

Remarque	Référence réglementaire Bonnes Pratiques	Nature de la mesure attendue (Recommandation)	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)
Remarque n° 1 : L'organigramme de l'établissement n'est pas actualisé		Recommandation n° 1 : Actualiser et transmettre l'organigramme.	1 mois		L'organigramme ne comporte pas les liens fonctionnels. Le maire et la directrice des services sont mentionnés dans le pavé direction alors que le titulaire de l'autorisation est le CCAS. <u>Recommandation n° 1 maintenue.</u>
Remarque n° 2 : L'établissement est dépourvu de dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations.	Manuel HAS d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (mars 2022)	Recommandation n° 2 : Se doter d'un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations	6 mois		Il est pris acte de la procédure en cours de validation. Toutefois, les références visées ne sont pas applicables aux EHPAD. La procédure fait également mention d'un responsable qualité. Fonction qui n'a pas été identifiée au sein de l'établissement. <u>Recommandation n° 2 maintenue.</u>
Remarque n° 3 : La mission n'a pas été en mesure de savoir si le DUERP a été transmis à la médecine du travail, à l'inspection du travail et au service de prévention des organismes de sécurité sociale.	L.4161-1 du Code du travail	Recommandation n° 3 : Transmettre la confirmation que le DUERP a été adressé à l'inspection du travail et au service de prévention des organismes de sécurité sociale.	Immédiat		<u>Recommandation n° 3 maintenue.</u>
Remarque 4 : Le PV actualisé de la commission de sécurité n'a pas été remis à la mission d'inspection	Fiches repères - HAS Normes de sécurité incendie dans les EHPAD (structures J et U)	Recommandation n° 4 : Adresser le PV actualisé de la commission de sécurité	Immédiat		<u>Recommandation n° 4 levée.</u>

<p>Remarque n° 5 : Les pièces transmises ne permettent pas de certifier que le respect des droits des résidents est garanti.</p>	<p>Guide ANESM 2011 sur admission en EHPAD Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3 Dossier d'admission : D.312-155-1 CASF Arrêté du 25 novembre 2019 fixant le modèle de dossier de demande unique en vue d'une admission temporaire ou permanente EHPAD prévu par l'article D.312-155-1 du CASF</p>	<p>Recommandation n° 5 : Transmettre la procédure d'admission formalisée permettant de garantir le respect des droits des résidents</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Recommandation n° 5 maintenue.</u></p>
<p>Remarque n° 6 : L'analyse des dossiers médicaux ne permet pas de prouver la prescription et l'observance des bonnes pratiques de prise en charge des troubles sévères du comportement et des situations de violence.</p>		<p>Recommandation n° 6 : Tracer dans les dossiers médicaux les modalités individuelles de prise en charge des troubles sévères du comportement et des situations de violence. Transmettre des éléments de preuve.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Il est pris acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil ». Toutefois, le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société.</p> <p><u>Recommandation n° 6 maintenue.</u></p>
<p>Remarque n° 7 : L'analyse des dossiers médicaux informatisés ne permet pas d'objectiver l'intégralité du dossier de soins et d'accompagnement en termes de prescriptions, observance et surveillance globale.</p>		<p>Recommandation n° 7 : Tracer dans les dossiers médicaux les prescriptions, l'observance et la surveillance. Transmettre des éléments de preuve.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Il est pris acte du déclaratif de changement de logiciel de soins. Toutefois, nécessité de transmission d'un élément de preuve.</p> <p><u>Recommandation n° 7 maintenue.</u></p>

Remarque n° 8 : L'analyse des dossiers médicaux ne permet pas de prouver la prescription et l'observance des bonnes pratiques d'anticipation et lutte contre la dénutrition et la déshydratation.	Recommandations HAS	Recommandation n° 8 : Tracer dans les dossiers médicaux les éléments de suivi concernant la lutte contre la dénutrition et la déshydratation. Transmettre des éléments de preuve.	Immédiat		La mission prend acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil » mais elle relève que le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Recommandation n° 8 maintenue.</u>
Remarque n° 9 : L'analyse des dossiers médicaux ne permet pas de vérifier la prescription et l'observance des bonnes pratiques d'anticipation et lutte contre les chutes.	Recommandations HAS	Recommandation n° 9 : Tracer dans les dossiers médicaux les éléments de suivi concernant la prescription et l'observance des bonnes pratiques d'anticipation et lutte contre les chutes. Transmettre des éléments de preuve.	Immédiat		La mission prend acte de la sollicitation de la société « Medco Conseil » mais elle relève que le contrat transmis comme pièce justificative n'est pas signé par ladite société. <u>Recommandation n° 9 maintenue.</u>
Remarque n° 10 : L'entretien de la pièce (infirmerie/salle de soins) ne répond pas aux attendus en termes d'hygiène des surfaces et des équipements.	Recommandations HAS	Recommandation n° 10 : Assurer l'entretien régulier de l'infirmerie/salle de soins.	Immédiat		Aucune pièce justificative n'a été transmise <u>Recommandation n° 10 maintenue.</u>
Remarque n° 11 : La maintenance du sac à dos d'urgence est inopérante.	Recommandations HAS	Recommandation n° 11 : Vérifier et rendre opérant le contenu du sac à dos d'urgence	Immédiat		Aucune pièce justificative n'a été transmise <u>Recommandation n° 11 maintenue.</u>
Remarque n° 12 : Les diplômes, lettre de mission et fiche de poste de l'IDEC n'ont pas été remis à la mission.		Recommandation n° 12 : Transmettre les diplômes, lettre de mission et fiche de poste de l'IDEC.	Immédiat		<u>Recommandation n° 12 maintenue</u> pour les lettre de mission et fiche de poste.
Remarque n° 13 : L'équipe managériale n'a pas mis en opérationnalité l'usage de la télémédecine avec les partenaires territoriaux.		Recommandation n° 13 : Déployer la télémédecine de manière opérationnelle en lien avec le projet de soin.	6 mois		<u>Recommandation n° 13 maintenue.</u>