

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

Représentant légal de L'EHPAD « Les Maisonnées  
Lavalette »  
50 rue Ali Ben Chekhal  
34090 MONTPELLIER

Réf. Interne : DUAJQ-PIC/2025-162  
Date : 29 septembre 2025

N° PRIC : MS\_2025\_34\_CS\_03

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à M. le Directeur de l'établissement

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Les Maisonnées Lavalette » à Montpellier (34) : clôture de la  
procédure contradictoire

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

Monsieur,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Les Maisonnées Lavalette », sis 50 rue Ali Ben  
Chekhal à Montpellier (34090) en date du 27 et 28 mai 2025, nous vous avons invité, par lettre  
d'intention du 15 juillet 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 14 août  
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 ([ars-oc-dd34-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dd34-direction@ars.sante.fr) et [mda-doms-secretariat@herault.fr](mailto:mda-doms-secretariat@herault.fr)) , 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, des Solidarités et des Familles ainsi qu'auprès de Monsieur le Président du Conseil départemental de l'Hérault, 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 « Télérécours 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.

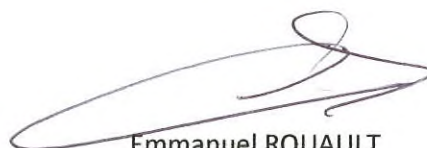
Nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général et par délégation,  
La responsable du Pôle « Inspections-Contrôles »

A blue ink signature consisting of a stylized 'S' and 'H' intertwined.

Stéphanie HUE

Pour le Président et par délégation,  
Le Directeur de la maison départementale  
de l'autonomie

A purple ink signature consisting of a large, sweeping loop followed by a smaller flourish.

Emmanuel ROUAULT

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

Annexe à la lettre de clôture

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Les Maisonnées Lavalette » - Montpellier (34090)

27 et 28 mai 2025

N° PRIC : MS\_2025\_34\_CS\_03

*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.*

| Écarts   | Rappel de la réglementation | Mesures (prescription) et mesures correctrices attendues   | Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponses de l'inspecté | N° de justificatifs | Décision des autorités (ARS / CD 34)   |
|--|-----------------------------|--|---|------------------------|---------------------|--|
| <b>Écart 1</b> : Le registre réglementaire des entrées et des sorties des résidents n'est ni côté ni paraphé par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD. | L.331-2 du CASF             | <b>Prescription 1</b> : Veiller à ce que le registre réglementaire des entrées et des sorties des résidents soit côté et paraphé par le maire de la commune d'installation de l'établissement.<br>Le tenir à jour. | <b>1 mois</b>   |                        |                     | <b>Prescription 1 levée.</b>   |
| <b>Écart 2</b> : Le projet d'établissement est arrivé à échéance et n'a pas été actualisé.   | L.311-8 du CASF             | <b>Prescription 2</b> : Procéder au renouvellement du projet d'établissement.  | <b>6 mois</b>   |                        |                     | <b>Prescription 2 maintenue</b> jusqu'à la transmission du projet d'établissement aux autorités. |
| <b>Écart 3</b> : L'établissement ne dispose pas, aux jours de l'inspection, d'un projet de soins formalisé.  | D.311-38-5 du CASF          | <b>Prescription 3</b> : Procéder à la formalisation et la finalisation du projet de soins de l'établissement.  | <b>6 mois</b>   |                        |                     | <b>Prescription 3 maintenue</b> jusqu'à la transmission du projet de soin à l'ARS.               |

|   |   |   |                        |  |                                     |
|---|---|---|------------------------|--|-------------------------------------|
| <p><b>Écart 4</b> : La mission constate plusieurs manquements relatifs au fonctionnement du CVS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun document attestant formellement l'existence du CVS et de sa composition n'a été transmis à la mission ;</li> <li>La composition du CVS ne respecte pas les exigences réglementaires ;</li> <li>Le compte rendu de la réunion du CVS affiché à l'accueil ne correspond pas à celui de la dernière séance tenue le 24.04.2025.</li> <li>Le relevé de conclusions des réunions du CVS n'est pas systématiquement transmis aux autorités de contrôle (ARS et Conseil départemental) ;</li> <li>Ces relevés ne sont pas signés exclusivement par le président du CVS ou par une personne qu'il désigne ;</li> <li>La mission n'a pas été en mesure de vérifier les modalités d'élection des membres.</li> </ul> <p>Enfin, elle a été informée de modifications unilatérales des comptes rendus de réunion du CVS par la direction, compromettant la transparence et la fiabilité des échanges au sein de l'instance.</p> | <p>L.311-6 du CASF<br/>D.311-3 à D.311-20 du CASF<br/>D.311-26 à D.311-32-1 du CASF</p>               | <p><b>Prescription 4</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transmettre un document attestant formellement de l'existence du CVS précisant sa composition complète et conforme à la réglementation ;</li> <li>Respecter les dispositions réglementaires relatives à la signature des comptes rendus de séance, laquelle doit être assurée exclusivement par le président du CVS ou par une personne désignée par lui ;</li> <li>Veiller à l'affichage du compte rendu de la dernière réunion du CVS, en cohérence avec celui effectivement validé par l'instance ;</li> <li>Adresser systématiquement le relevé de conclusions des séances du CVS, dès son adoption, aux autorités de contrôle aux adresses suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour l'ARS Occitanie : <a href="mailto:ars-oc-dd34-pers-agees@ars.sante.fr">ars-oc-dd34-pers-agees@ars.sante.fr</a></li> <li>Pour le CD de l'Hérault : <a href="mailto:cd34-cvs-essms@herault.fr">cd34-cvs-essms@herault.fr</a></li> </ul> </li> </ul> | <p><b>Immédiat</b></p> |  | <p><b>Prescription 4 levée.</b></p> |
| <p><b>Écart 5</b> : La mission constate que l'ensemble du personnel ne dispose pas du diplôme requis pour occuper certaines fonctions au sein de l'établissement, notamment la fonction d'aide-soignant.</p>  | <p>L.311-3, L312-1-II du CASF,<br/>Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2.</p> | <p><b>Prescription 5</b> : Garantir que l'ensemble du personnel dispose du diplôme requis pour occuper certaines fonctions (en particulier la fonction d'AS) au sein de l'établissement.</p>  | <p><b>6 mois</b></p>   |  | <p><b>Prescription 5 levée.</b></p> |



|  |  |   |                 |  |  |
|--|--|---|-----------------|--|--|
| <b>Écart 6</b> : Il n'a pas été porté à la connaissance de la mission la désignation, par la direction, d'un référent en charge de l'activité physique adaptée, tel que prévu par la réglementation.           | L.311-12 et D.311-40 du CASF   | <b>Prescription 6</b> : Désigner un référent pour l'activité physique adaptée au sein de l'établissement et en informer les professionnels concernés.   | <b>3 mois</b>   |  | <b>Prescription 6 maintenue</b> jusqu'à la transmission de la fiche de poste actualisée de la gouvernante et l'attestation de présence à la formation suivie en interne. |
| <b>Écart 7</b> : Le gestionnaire de l'établissement ne s'est pas organisé pour vérifier les aptitudes des personnels à exercer auprès de personnes vulnérables.  | L.133-6 du CASF  | <b>Prescription 7</b> : Mettre en place une organisation permettant de vérifier les aptitudes du personnel de l'établissement à exercer auprès de personnes vulnérables, dans le respect de la législation.                                     | <b>3 mois</b>   |  | <b>Prescription 7 levée.</b>   |
| <b>Écart 8</b> : Plusieurs espaces (réserves, pièce de stockage contenant des produits d'entretien notamment) ne sont pas tenus fermés à clef.   | L.311-3-1, L.312-1-II du CASF<br>Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art. 2). | <b>Prescription 8</b> : Tenir systématiquement fermés à clef les espaces qui peuvent présenter un danger pour les résidents.  | <b>Immédiat</b> |  | <b>Prescription 8 levée.</b>   |
| <b>Écart 9</b> : Les alertes d'appel malade ne sont pas transmises directement sur les téléphones portables des ASH, ce qui ne garantit pas un niveau de réactivité et de sécurité optimal pour les résidents. | L.311-3-1, L.312-1-II du CASF<br>Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art. 2). | <b>Prescription 9</b> : Mettre en place un système permettant la transmission directe des alertes d'appel malade sur les téléphones portables des ASH concernés afin d'assurer une réactivité immédiate et renforcer la sécurité des résidents. | <b>3 mois</b>   |  | <b>Prescription 9 levée.</b>   |
| <b>Écart 10</b> : L'absence d'un contrat de séjour signé par chaque résident accueilli n'est pas conforme à la réglementation.   | L.342-1 et L.342-2 du CASF   | <b>Prescription 10</b> : Signer avec chaque résident accueilli un contrat de séjour respectant les dispositions de la réglementation.   | <b>Immédiat</b> |  | <b>Prescription 10 levée.</b>  |

|  |  |  |                        |  |   |
|--|--|--|------------------------|--|---|
| <p><b>Écart 11 :</b> L'ensemble des résidents de l'EHPAD ne dispose pas de PAP. La mission constate qu'aucun bilan, suivi, ni évaluation régulière n'est réalisé pour ces projets personnalisés, ce qui ne permet pas d'en mesurer l'efficacité ni de les actualiser selon l'évolution des besoins des résidents.</p>  | <p>L. 311-3, 7°,<br/>D.312-155-0 3° du CASF</p> <p>Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Art. 4, 3°</p> | <p><b>Prescription 11 :</b> Veiller à ce que chaque résident dispose d'un PAP dans les 6 mois suivant son admission.</p> <p>Engager une réelle démarche en matière de bilan, suivi et évaluation des PAP, ce qui permettra d'en mesurer l'efficacité et de les actualiser selon l'évolution des besoins des résidents.</p>   | <p><b>6 mois</b></p>   |  | <p><b>Prescription 11 maintenue.</b></p> <p>La mission note que le gestionnaire a formalisé une procédure en matière d'élaboration et de suivi des PAP. Pour autant, l'ensemble des résidents ne dispose pas de PAP.</p>  |
| <p><b>Écart 12 :</b> La mission n'a pas été destinataire des conventions de partenariat suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalisation de jour ;</li> <li>▪ Médecine Interne de Soins Aigus Gériatriques (MISAG) ;</li> <li>▪ Équipe Parcours Santé Personnes Âgées (EPSPA),</li> <li>▪ Équipe Mobile de Psycho-Gériatrie (EMPG) ;</li> <li>▪ Hospitalisation à Domicile (HAD).</li> </ul> | <p>L.1421-3 du CSP</p>   | <p><b>Prescription 12</b></p> <p>Transmettre les conventions de partenariat suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hospitalisation de jour ;</li> <li>▪ Médecine Interne de Soins Aigus Gériatriques (MISAG) ;</li> <li>▪ Équipe Parcours Santé Personnes Âgées (EPSPA),</li> <li>▪ Équipe Mobile de Psycho-Gériatrie (EMPG) ;</li> </ul> <p>Hospitalisation à Domicile (HAD).</p> | <p><b>Immédiat</b></p> |  | <p><b>Prescription 12 maintenue.</b></p> <p>La mission note la mise en place d'une convention avec le CHU de Montpellier pour faciliter l'accès aux soins des résidents de l'EHPAD (MISAG, téléconsultation, EPSPA, consultation psychogériatrie) mais ladite convention n'est pas datée.</p> |
| <p><b>Écart 13 :</b> La fiche synthétique relative à l'année 2024, comportant des éléments quantitatifs sur la population accueillie (répartition hommes/femmes, par tranches d'âge, par GIR, évolution du GMP), n'a pas été remise à la mission. De même, les données concernant la consommation de médicaments n'ont pas été communiquées.</p>   | <p>D.312-158 (10) du CASF</p>  | <p><b>Prescription 13 :</b> Transmettre à l'ARS la fiche synthétique relative à l'année 2024, comportant des éléments quantitatifs sur la population accueillie (répartition hommes/femmes, par tranches d'âge, par GIR, évolution du GMP) et les données concernant la consommation de médicaments.</p>   | <p><b>Immédiat</b></p> |  | <p><b>Prescription 13 levée.</b></p>  |

|  |                       |  |                 |  |                                  |
|--|-----------------------|--|-----------------|--|----------------------------------|
| <b>Écart 14</b> : La mission d'inspection n'a pas constaté l'existence d'un document formalisé d'analyse des risques sanitaires ainsi que des situations médicales à risque concernant la population accueillie.   | D.312-158-12° du CASF | <b>Prescription 14</b> : Transmettre le document d'analyse des risques pour la santé publique de la population hébergée.   | <b>3 mois</b>   |  | <b>Prescription 14</b><br>levée. |
| <b>Écart 15</b> : Absence de démarche d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques gériatriques.  | D.312-158-7° du CASF  | <b>Prescription 15</b> : Mettre en œuvre une démarche formalisée visant à favoriser l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) par les équipes. Cette démarche devra être documentée et les justificatifs de sa mise en œuvre (supports de sensibilisation, comptes rendus de réunion, actions de formation, etc.) devront être transmis. | <b>3 mois</b>   |  | <b>Prescription 15</b><br>levée. |
| <b>Écart 16</b> : La convention de partenariat entre l'établissement et la pharmacie Vert Bois n'est plus en vigueur. Le document transmis à la mission d'inspection date de 2015, alors que sa durée maximale de validité est de 5 ans. Aucune convention actualisée n'a été fournie. | L.5126-10 II du CSP   | <b>Prescription 16</b> : Transmettre la convention en cours avec la pharmacie partenaire.  | <b>Immédiat</b> |  | <b>Prescription 16</b><br>levée. |
| <b>Écart 17</b> : Le réfrigérateur destiné au stockage des compléments nutritionnels oraux pour les résidents contient également des denrées alimentaires appartenant au personnel, en contradiction avec les principes d'hygiène et de sécurité des soins.                            | L.311-3 du CASF       | <b>Prescription 17</b> : Séparer strictement le stockage des produits destinés aux résidents de celui des denrées personnelles, conformément aux exigences d'hygiène et de respect des droits des usagers.   | <b>Immédiat</b> |  | <b>Prescription 17</b><br>levée. |



|  |                        |   |                        |  |  |
|--|------------------------|---|------------------------|--|--|
| <p><b>Écart 18</b> : Les conventions suivantes n'ont pas été transmises à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• HAD CHU (signée en 2024),</li><li>• Faculté d'Odontologie (signée en 2024),</li><li>• Pharmacie Vert Bois (signée en 2024),</li><li>• APARD ADENE, dans le cadre de l'HAD (signée en 2016).</li></ul> | <p>L.1421-3 du CSP</p> | <p><b>Prescription 18</b> : Transmettre les conventions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• HAD CHU (convention signée en 2024),</li><li>• Faculté d'Odontologie (convention signée en 2024),</li><li>• Pharmacie Vert Bois (convention signée en 2024),</li><li>• APARD ADENE, dans le cadre de l'HAD (convention signée en 2016).</li></ul> | <p><b>Immédiat</b></p> |  | <p><b>Prescription 18</b><br/>levée.</p> |
|--|------------------------|---|------------------------|--|--|

| Remarques  | Recommandations - mesures attendues   | Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponses de l'inspecté | N° de justificatifs | Décision des autorités (ARS / CD 34) |
|--|---|---|------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| <p><b>Remarque 1 :</b> La mission d'inspection constate une rupture entre le niveau de direction gestionnaire et la réalité du fonctionnement quotidien de l'établissement, ce qui a constitué un facteur aggravant dans le maintien des dysfonctionnements pendant une année jusqu'à 03 avril 2025.</p>   | <p><b>Recommandation 1 :</b> Renforcer la communication et la collaboration entre le gestionnaire et la direction de l'établissement afin d'assurer une meilleure remontée des informations et une prise en compte effective des réalités du fonctionnement de la structure.</p> <p>La mise en place de réunions plus régulières entre le gestionnaire et la direction permettrait de prévenir les situations problématiques et d'améliorer la réactivité de l'établissement.</p> | Immédiat  |                        |                     | Recommandation 1 levée.              |
| <p><b>Remarque 2 :</b> La mission relève des difficultés du personnel à identifier les référents à contacter dans le cadre des dispositifs de permanence et d'astreinte.</p> <p>Les documents afférents à ces dispositifs ne sont pas systématiquement affichés ou mis à jour sur les supports prévus à cet effet, notamment dans la salle du personnel.</p> <p>La mission constate également la présence du nom de l'ancienne directrice dans les documents mentionnés ci-dessus.</p> | <p><b>Recommandation 2 :</b> Renforcer l'information auprès du personnel sur les modalités de continuité de la direction en cas d'absence du directeur. Il convient également de s'assurer de la mise à jour régulière des documents relatifs aux astreintes.</p>   | Immédiat  |                        |                     | Recommandation 2 levée.              |

|   |   |                                |  |                                |
|---|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <b>Remarque 3 :</b> Malgré les dispositifs mis en place, la mission relève que certains professionnels se sont montrés surpris que la question de la maltraitance soit abordée lors des entretiens.   | <b>Recommandation 3 :</b> Renforcer la sensibilisation des équipes à la thématique de la bientraitance, afin de favoriser une culture partagée de la vigilance et de la prévention.   | <b>Année 2025 et suivant</b>   |  | <b>Recommandation 3 levée.</b> |
| <b>Remarque 4 :</b> Le document transmis par l'établissement constitue uniquement une attestation de satisfaction, et non l'intégralité de l'enquête complète incluant l'ensemble des questions et réponses. Il n'a pas été remis à la mission de plan d'action composé de mesures correctives en réponse aux résultats des enquêtes de satisfaction. | <b>Recommandation 4 :</b> Transmettre l'enquête de satisfaction 2024 réalisée dans son intégralité.<br>Formaliser un plan d'action composé de mesures correctives en réponse aux résultats des enquêtes de satisfaction.                                    | <b>Immédiat</b>                |  | <b>Recommandation 4 levée.</b> |
| <b>Remarque 5 :</b> L'établissement ne dispose pas d'outils formalisés pour le recueil des réclamations et doléances des usagers.   | <b>Recommandation 5 :</b> Mettre en place un dispositif de recueil et de suivi des réclamations des usagers. Assurer une communication sur l'existence de ce dispositif auprès des usagers et de leurs familles.  | <b>Immédiat</b>                |  | <b>Recommandation 5 levée.</b> |
| <b>Remarque 6 :</b> La mission constate que les ASH ne disposent pas d'un accès au logiciel AGEVAL. Les signalements sont actuellement transmis uniquement de manière orale.  | <b>Recommandation 6 :</b> Permettre un accès encadré et adapté au logiciel AGEVAL pour les agents ASH, ou, à défaut, mettre en place un dispositif alternatif formalisé (formulaire papier ou numérique), afin de garantir la traçabilité des signalements. | <b>Année 2025 et suivantes</b> |  | <b>Recommandation 6 levée.</b> |
| <b>Remarque 7 :</b> La structuration du plan bleu est centrée sur le risque canicule, tandis que les autres situations de crise sont traitées dans des documents séparés.   | <b>Recommandation 7 :</b> Formaliser un plan bleu unique et structuré couvrant l'ensemble des situations exceptionnelles prévues par la réglementation.   |                                |  | <b>Recommandation 7 levée.</b> |

|   |   |                                       |  |  |
|---|---|---------------------------------------|--|--|
| <p><b>Remarque 8 :</b> La mission constate l'absence des fiches de poste dans les dossiers des agents.<br/>La mission ne peut donc pas s'assurer que ces fiches sont bien présentées et remises aux professionnels lors de leur embauche.<br/>Il n'a pas été remis à la mission les fiches de poste de la psychologue, du MEDEC et le la psychomotricienne.</p> | <p><b>Recommandation 8 :</b> Intégrer au dossier du salarié une copie de la fiche de poste qui lui a été remise, accompagnée d'une attestation confirmant la remise de ce document.<br/>Transmettre aux autorités les fiches de poste de la psychologue, du MEDEC et le la psychomotricienne.</p>   | <p><b>3 mois</b></p>                  |  | <p><b>Recommandation 8 levée.</b></p>  |
| <p><b>Remarque 9 :</b> Les ASH sont amenés, au regard de la fiche de poste, à assurer en binôme avec l'AS les mobilisations et les transferts des résidents.<br/>Cependant, il a été constaté que le plan de formation transmis par la structure ne prévoit aucune formation spécifique pour les ASH concernant ces pratiques.</p>                              | <p><b>Recommandation 9 :</b> Intégrer une formation spécifique aux mobilisations et transferts des résidents dans le plan de formation à destination des ASH.</p>   | <p><b>Année 2025 et suivantes</b></p> |  | <p><b>Recommandation 9 maintenue.</b><br/>La fiche de « fonction » ASH de jour, stipule que l'ASH « assure en binôme avec l'aide-soignante les mobilisations des résidents (transferts, aide au lever et coucher, etc.) <u>dans le respect des consignes des formations gestes et posture - transfert à deux lorsque le résident est lourdement dépendant.</u></p> |
| <p><b>Remarque 10 :</b> L'établissement n'organise pas de groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAPP) du personnel, supervisés par un prestataire extérieur à l'établissement.</p>  | <p><b>Recommandation 10 :</b> Mettre en place des GAPP. Ces soutiens doivent permettre de rassurer les professionnels quant à leurs pratiques professionnelles et les inviter au repérage ainsi qu'à la compréhension des difficultés quotidiennes de travail, l'objectif étant l'élaboration partagée des pratiques professionnelles sécurisantes pour le résident comme pour le professionnel qui en assure l'accompagnement et la prise en charge. Les GAPP et la supervision doivent être assurés par un professionnel extérieur à l'établissement.</p> | <p><b>Année 2025 et suivant</b></p>   |  | <p><b>Recommandation 10 maintenue.</b></p>   |
| <p><b>Remarque 11 :</b> La mission constate que l'évaluation des risques professionnels dans l'établissement, bien que structurée par catégorie socio-professionnelle, demeure insuffisamment détaillée et ne permet pas d'identifier clairement les mesures</p>  | <p><b>Recommandation 11 :</b> Compléter la description des risques identifiés dans le DUERP, formaliser des mesures de prévention concrètes et adaptées à chaque situation, et préciser les moyens mis en œuvre (formation, équipements, contrôles). Par ailleurs, il convient de transmettre systématiquement le</p>   | <p><b>6 mois</b></p>                  |  | <p><b>Recommandation 11 maintenue.</b><br/>dans l'attente de la transmission du DUERP actualisé.</p>   |

|  |   |                 |  |  |  |
|--|---|-----------------|--|--|--|
| de prévention à mettre en place.<br>L'absence de transmission du DUERP au service de prévention et de santé au travail limite également la capacité de l'établissement à bénéficier d'un accompagnement externe pour l'amélioration de la gestion des risques.   | DUERP au service de prévention et de santé au travail afin de bénéficier de son expertise et de renforcer la démarche globale de prévention des risques professionnels.   |                 |  |  |  |
| <b>Remarque 12</b> : Absence de traçabilité concernant le nettoyage des locaux, malgré la mise en place par l'établissement d'outils papier permettant d'assurer la traçabilité des tâches d'entretien.  | <b>Recommandation 12</b> : Veiller à l'utilisation systématique et rigoureuse des outils de traçabilité mis à disposition, afin de garantir le suivi effectif des tâches de nettoyage des locaux. Une sensibilisation du personnel et un contrôle régulier de la bonne tenue des outils pourraient renforcer cette démarche.  | <b>3 mois</b>   |  |  | <b>Recommandation 12 maintenue.</b><br>La mission note la présence d'outils permettant une traçabilité des tâches ménagères. Pour autant, ces outils ne sont pas systématiquement utilisés. Une sensibilisation sur l'utilisation de ces outils et des contrôles plus réguliers sont préconisés. |
| <b>Remarque 13</b> : L'établissement n'a pas transmis à la mission :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>la procédure relative à l'utilisation du dispositif de vidéo surveillance,</li> <li>L'autorisation délivrée par la préfecture pour l'installation d'un système de vidéosurveillance,</li> <li>Une AIPD.</li> </ul> L'établissement ne dispose pas d'affiche informant les résidents que l'établissement est équipé d'un système de vidéosurveillance. | <b>Recommandation 13</b> : Transmettre aux autorités :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>La procédure relative au dispositif de vidéo surveillance ;</li> <li>L'autorisation délivrée par la préfecture pour l'installation d'un système de vidéosurveillance.</li> </ul> Afficher au sein de l'établissement l'information de la présence d'un système de vidéosurveillance afin d'informer les résidents qu'un système de vidéo-surveillance est présent au sein de la structure. | <b>Immédiat</b> |  |  | <b>Recommandation 13 maintenue</b> dans l'attente de la transmission aux autorités de l'autorisation délivrée par la préfecture, de la procédure relative au dispositif de vidéo surveillance et de l'AIPD.  |
| <b>Remarque 14</b> : L'utilisation d'un protocole (ou d'une convention) institutionnel non signé par le médecin traitant n'est pas conforme aux dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2010 (article 3-3-2) fixant les modèles de contrats-types applicables aux professionnels de  | <b>Recommandation 14</b> : Veiller à informer et consulter systématiquement les médecins libéraux intervenant dans l'établissement dans le cadre de l'élaboration de nouveaux protocoles de soins gériatriques.   | <b>3 mois</b>   |  |  | <b>Recommandation 14 maintenue</b> jusqu'à l'établissement de conventions avec les médecins traitants.   |

|  |   |                 |  |  |  |
|--|---|-----------------|--|--|--|
| santé exerçant à titre libéral et intervenant en EHPAD. Cet article prévoit en effet que le MEDEC doit consulter le médecin traitant lors de l'élaboration d'un protocole de soins.  |   |                 |  |  |  |
| <b>Remarque 15</b> : Une procédure spécifique définissant l'intervention du MEDEC en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant n'est pas formalisée.  | <b>Recommandation 15</b> : Mettre en place une procédure spécifique définissant l'intervention du MEDEC en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin traitant.  | <b>3 mois</b>   |  |  | <b>Recommandation 15 levée.</b>  |
| <b>Remarque 16</b> : Les temps d'échange de l'équipe soignante ne font pas systématiquement l'objet d'une feuille d'émargement.<br>Des comptes rendus retraçant le contenu ou les conclusions de ces échanges n'ont pas été transmis à la mission. | <b>Recommandation 16</b> : Élaborer des comptes rendus des temps de sensibilisation et d'échanges du personnel soignant pour renforcer la qualité et la continuité des soins. Transmettre les comptes rendus aux autorités. | <b>Immédiat</b> |  |  | <b>Recommandation 16 maintenue.</b><br>L'établissement a fourni à la mission d'inspection une feuille d'émargement vierge.<br>Par ailleurs, la mission n'a pas été destinataire de CR retraçant le contenu ou les conclusions des temps de sensibilisations et d'échanges du personnel soignant. |
| <b>Remarque 17</b> : Le nom du prestataire mentionné dans la convention transmise par l'établissement ne correspond pas à celui figurant sur les bordereaux de collecte récents.   | <b>Recommandation 17</b> : Clarifier l'identité du prestataire actuellement en charge des collectes, ainsi que la mise à jour des documents contractuels afférents.   | <b>Immédiat</b> |  |  | <b>Recommandation 17 levée.</b>  |
| <b>Remarque 18</b> : La mission d'inspection n'a pas pris connaissance des feuilles d'émargement attestant de la dispensation de la formation encadrant la collaboration entre les IDE, AS et AMP pour l'administration des médicaments            | <b>Recommandation 18</b> : Transmettre aux autorités les feuilles d'émargement attestant de la réalisation de cette formation auprès des professionnels concernés.  | <b>Immédiat</b> |  |  | <b>Recommandation 18 levée.</b>  |