

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

Monsieur le Directeur général
Mutuelle du Bien Vieillir
255 allée de la Marqueroze
34430 SAINT-JEAN-DE-VÉDAS

Ref. : DUAIQ-PIC/2025-044

Date : 14 mars 2025

N° PRIC : MS_2024_34_CS_15

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'établissement

Objet : Inspection de l'EHPAD « Les Reflets d'Argent » à Palavas-les-Flots (34)
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 Directeur général,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Les Reflets d'Argent », sis 2 rue des Hirondelles à Palavas-Les-Flots (34250), en date des 03 et 04 septembre 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 20 décembre 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 23 janvier 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 la Délégation départementale de l'Hérault et au Conseil département de l'Hérault, 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 Mme la Ministre chargée de l'Autonomie et du Handicap ainsi qu'auprès de M. 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 « 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 Directeur général, l'expression de nos salutations distinguées.

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



Stéphanie HUE

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



Emmanuel ROUAULT

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

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD « Les Reflets d'Argent »

2 rue des hirondelles - 34250 Palavas Les Flots

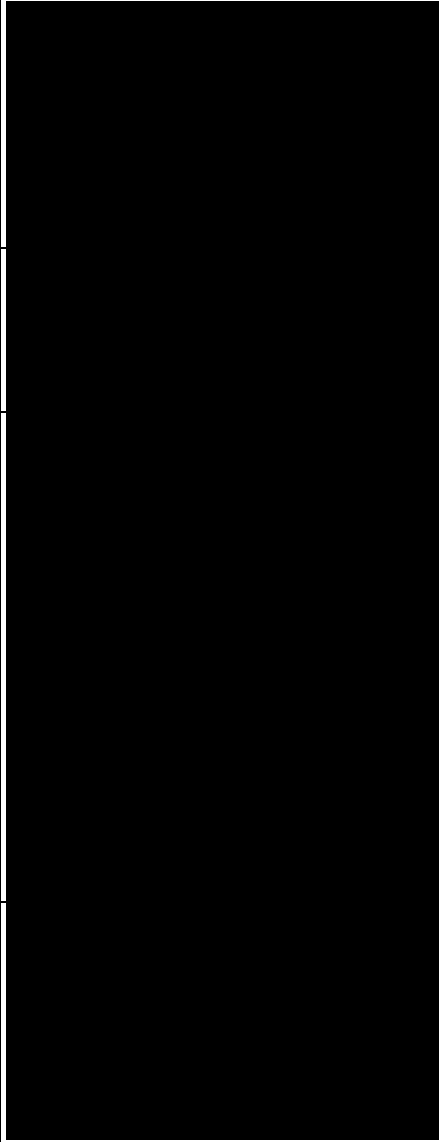
03 et 04 septembre 2024

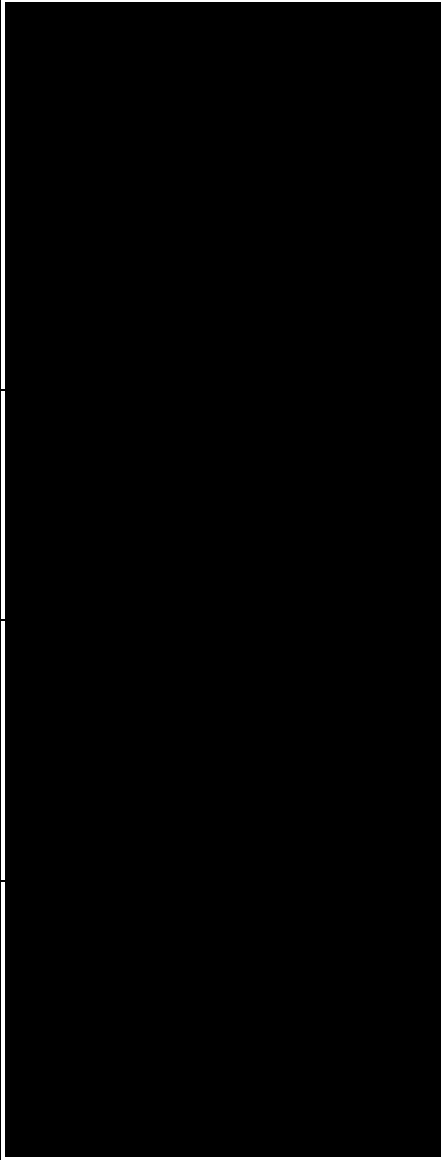
*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

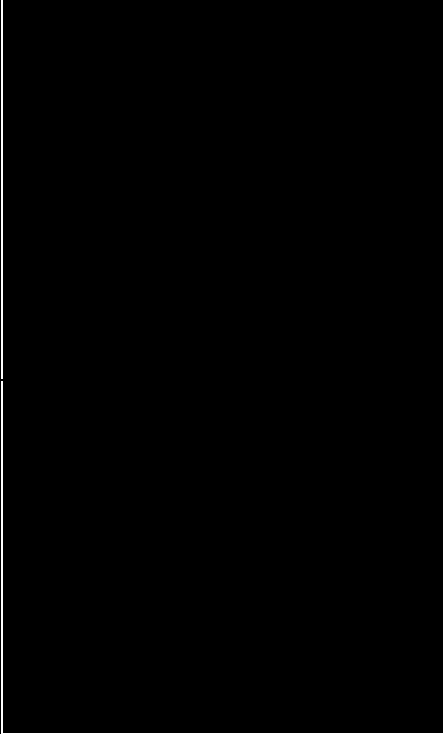
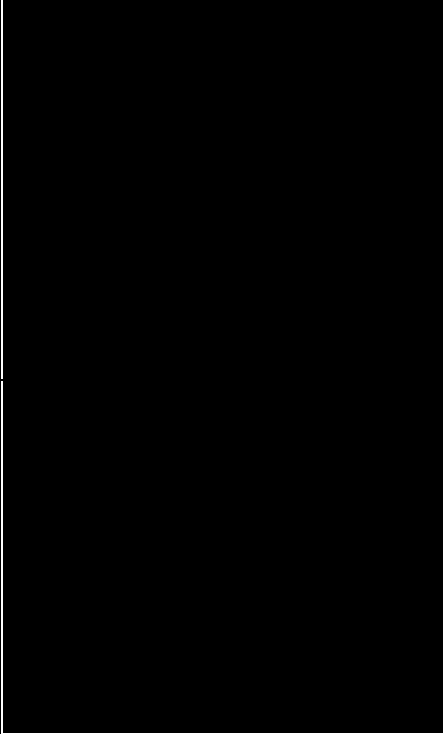
*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

Écarts (17)	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision des autorités	Réponses de l'inspecté	Décisions des autorités (ARS / CD 34)
<p><u>Écart 1</u> : La mission a constaté des écarts entre le registre des entrées sorties et la liste des résidents présents : plusieurs noms du registre ne figurent pas à la liste des résidents présents et inversement des noms de la liste ne figurent pas au registre.</p>	L.331-2 du CASF	<p><u>Prescription 1</u> : Vérifier et corriger le registre pour qu'il contienne les noms, dates d'entrée et de sortie de tous les résidents hébergés et corresponde exactement à la liste des résidents présents. Il doit permettre d'identifier les résidents effectivement présents à tout instant et être tenu rigoureusement à jour.</p>	1 mois		<p><u>Prescription 1</u> : levée.</p>
<p><u>Écart 2</u> : Le règlement de fonctionnement prévoit des dispositions imprécises concernant les prestations incluses aux prestations minimales depuis avril 2022 (art. annexe 2-3-1 du CASF) La mission d'inspection n'a pas été en mesure de vérifier si les instances représentatives du personnel et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) ont été consultés sur le règlement de fonctionnement.</p>	R.311-33 du CASF Article annexe 2-3-1 du CASF	<p><u>Prescription 2</u> : Préciser clairement, dans le règlement de fonctionnement, les prestations incluses aux prestations minimales depuis avril 2022 (art. annexe 2-3-1 du CASF) Transmettre un justificatif de la présentation du règlement de fonctionnement les instances représentatives du personnel et le Conseil de la Vie Sociale (CVS).</p>	3 mois		<p><u>Prescription 2</u> : maintenue car le règlement de fonctionnement de l'établissement évoque et décrit les prestations, qui de fait sont réglementairement incomplètes. Présenter dans le règlement de fonctionnement les prestations incluses aux prestations minimales depuis avril 2022 telles que définies à l'annexe 2-3-1 du CASF. Transmettre un justificatif de la présentation du règlement de fonctionnement les instances représentatives du personnel. Délai 3 mois Il est rappelé que les relevés de décisions des CVS doivent être transmis aux autorités conformément à l'article D311-20 du CASF.</p>

<p><u>Écart 3</u> : La mission d'inspection n'est pas en mesure de vérifier que les personnes accueillies ont été associées à l'élaboration du projet d'établissement.</p> <p>Par ailleurs, la mission d'inspection n'est pas en mesure de vérifier que le projet d'établissement a été arrêté après consultation du CVS.</p> <p>Enfin, le contenu du projet d'établissement n'est pas conforme aux dispositions des articles L.311-8 et D.311-38-3 du CASF.</p>	L.311-8 et D.311-38-3 du CASF	<p><u>Prescription 3</u> : Transmettre aux autorités le projet d'établissement mis en conformité sur son contenu, et un justificatif de consultation du CVS.</p>	6 mois		<p><u>Prescription 3</u> : maintenue.</p> <p>Transmettre aux autorités le projet d'établissement mis en conformité sur son contenu, et un justificatif de consultation du CVS.</p> <p>Délai 6 mois</p>
<p><u>Écart 4</u> : La mission d'inspection n'a pas été en mesure de vérifier la transmission du Document Unique de Délégation (DUD) aux autorités administratives ainsi qu'au CVS.</p>	D.312-176-5 du CASF	<p><u>Prescription 4</u> : Transmettre l'attestation de remise du DUD aux autorités et de présentation au CVS.</p>	1 mois		<p><u>Prescription 4</u> : maintenue.</p> <p>Transmettre une attestation de remise du DUD aux autorités et une attestation de présentation au CVS.</p> <p>Délai : 1 mois.</p>
<p><u>Écart 5</u> : Les comptes rendu des CVS de 2024 n'ont pas été adressés aux autorités.</p>	D.311-20 du CASF	<p><u>Prescription 5</u> : Transmettre aux autorités les compte-rendu de CVS conformément à la réglementation et au courriel du 04/04/2024 du Département (cf. annexe 4 du rapport) indiquant les modalités et l'adresse d'envoi dédiée (cd34-cvs-essms@herault.fr).</p>	3 mois		<p><u>Prescription 5</u> : maintenue.</p> <p>Transmettre les comptes rendus des CVS de 2024 aux autorités.</p> <p>Les 3 compte-rendu 2024 du CVS évoqués par l'EHPAD dans le cadre du contradictoire n'ont pas été transmis.</p> <p>Délai : 3 mois.</p>
<p><u>Écart 6</u> : Aucune des chutes ayant eu des conséquences graves en 2023 et recensées dans le RAMA (hospitalisation, fracture) n'a été déclarée.</p>	R.1413-68 du CSP	<p><u>Prescription 6</u> : Signaler sans délai à l'ARS (ars-oc-alerte@ars.sante.fr) tout EIGS, quel que soit le niveau de gravité, et mettre en place un Retex.</p>	Immédiat		<p><u>Prescription 6</u> : levée.</p>
<p><u>Écart 7</u> : Le plan bleu ne prévoit pas de plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</p>	R.311-38-1 du CASF	<p><u>Prescription 7</u> : Préciser dans le plan bleu de l'EHPAD le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.</p>	6 mois		<p><u>Prescription 7</u> : levée.</p>

Écart 8 : L'EHPAD compte trois personnels faisant fonction d'AS.	L.4394-1 du CSP	<u>Prescription 8</u> : Organiser un plan de formation VAE pour les personnels faisant fonction d'AS afin qu'ils acquièrent les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leur mission au sein de l'établissement. Transmettre un plan de formation VAE de ces faisant fonction.	12 mois		<u>Prescription 8</u> : maintenue. Transmettre un plan de formation VAE concernant les 3 personnels faisant fonction d'AS afin qu'ils acquièrent les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leur mission au sein de l'établissement. Le plan de formation peut être pluriannuel. Délai : 12 mois.
Écart 9 : Un référent pour les activités physiques et sportives n'a pas été désigné au sein de l'EHPAD.	L.311-12 et D.311-40 CASF	<u>Prescription 9</u> : Désigner un référent pour les activités physiques et sportives au sein de l'EHPAD.	6 mois		<u>Prescription 9</u> : maintenue. Transmettre un justificatif attestant de cette désignation. Délai 6 mois.
Écart 10 : La mission d'inspection n'est pas en mesure de vérifier les effectifs et leur qualification, en lien aussi avec l'absentéisme, car il est constaté des incohérences ou imprécisions entre les différents documents relatifs aux effectifs transmis par l'établissement (organigramme et le tableau des "effectifs rémunérés de l'EHPAD Les Reflets d'Argent"). Par ailleurs, l'établissement n'a pas transmis copie des diplômes (hormis ceux du directeur et du MEDEC).	D.312-155-0 du CASF	<u>Prescription 10</u> : Fournir des éclaircissements sur les incohérences ou imprécisions (détaillées dans le rapport) constatées entre les différents documents relatifs aux effectifs transmis. Transmettre une copie des diplômes des personnels (autres que le directeur et le MEDEC).	Immédiat		<u>Prescription 10</u> : maintenue. Fournir des éclaircissements sur les incohérences ou imprécisions constatées entre les différents documents relatifs aux effectifs transmis (organigramme et tableau des "effectifs rémunérés »). Délai immédiat. La mission d'inspection relève que l'organigramme transmis dans le cadre du contradictoire présente une erreur avec un directeur à 1 ETP alors qu'il est à 0,5 ETP sur cet EHPAD et à 0,5ETP sur un autre EHPAD.
Écart 11 : Au jour du contrôle, les dossiers des personnels consultés ne comprennent pas tous une attestation de vérification du bulletin n° 3 Extrait du casier judiciaire ou une attestation de vérification permettant à la mission de s'assurer du droit de ces derniers à exercer auprès de personnes vulnérables.	L.133-6 du CASF	<u>Prescription 11</u> : Transmettre aux autorités tout document justificatif permettant de s'assurer de la vérification de la compatibilité de l'ensemble du personnel à exercer.	3 mois		<u>Prescription 11</u> : maintenue. Transmettre aux autorités tout document attestant de la vérification de la compatibilité de l'ensemble du personnel à exercer dans l'établissement, que ce soit pour une prise de fonctions ou pour renouveler ce contrôle à intervalles réguliers. Délai 3 mois.

<p><u>Écart 12</u> : Des résidents en fauteuil roulant sont accueillis en chambre double, ce qui vu leur exigüité, est inadapté et ne leur permet pas l'accès aux sanitaires.</p> <p>Ces chambres ne garantissent pas le respect systématique du bien-être, des besoins ou encore l'intimité des résidents.</p> <p>Cette disposition n'est pas conforme à la charte des personnes âgées et des personnes accueillies, ni même à la charte « bientraitance MBV ».</p>	L.311-3 du CASF	<p><u>Prescription 12</u> : Veiller à ce que tous les résidents, notamment ceux qui occupent des chambres doubles, disposent d'un accès libre aux sanitaires et aux équipements de leur chambre. Ils doivent être assurés que leur prise en charge, comme leurs toilettes, sont faites dans des conditions respectueuses de leur intimité, de leurs besoins et de leur bien-être.</p>	1 mois		<p><u>Prescription 12</u> : maintenue.</p> <p>Aucune information sur les résidents actuellement en chambre double et à mobilité réduite.</p> <p>Transmettre aux autorités la liste des résidents en fauteuil roulant actuellement en chambre double et les mesures correctives prises : relogement en chambre individuelle ou adaptation de la chambre double.</p> <p>Une visite d'effectivité sera réalisée à l'issue du délai de mise en œuvre de la prescription.</p> <p>Délai 3 mois.</p>
<p><u>Écart 13</u> : Certains contrats sont signés par l'établissement et la personne de confiance et non par le représentant légal de l'usager.</p>	D.311-I. CASF	<p><u>Prescription 13</u> : Vérifier, pour un usager faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, que le contrat de séjour est signé par son représentant légal et que l'ordonnance judiciaire de majeur protégé est systématiquement jointe au dossier.</p>	Immédiat		<p><u>Prescription 13</u> : maintenue en l'absence de preuve, telle qu'une copie de la page signée des contrats de séjour concernés.</p> <p>Délai immédiat.</p>
<p><u>Écart 14</u> : Le projet général de soins n'est pas établi avec le concours de l'équipe soignante.</p>	D.312-156 du CASF	<p><u>Prescription 14</u> : Établir une méthodologie assurant la participation de l'équipe soignante, dont les médecins traitants, et développant des besoins propres à l'établissement (ex. : recours à la contention et alternatives) pour la révision du projet général de soins prévue en 2025.</p>	6 mois		<p><u>Prescription 14</u> : maintenue.</p> <p>Dans l'attente de la transmission de la méthodologie assurant la participation de l'équipe soignante, dont les médecins traitants, et développant des besoins propres à l'établissement.</p> <p>Délai 6 mois.</p>
<p><u>Écart 15</u> : Il n'existe pas de temps d'échange, en interne, pour discuter des pratiques de soins en équipe.</p>	D.312-158 du CASF	<p><u>Prescription 15</u> : Mettre en place des réunions formalisées sur l'amélioration des pratiques, l'appropriation des protocoles et les retours d'expérience (RETEX) sur des situations propres à l'établissement, en plus des temps de transmission quotidien.</p>	3 mois		<p><u>Prescription 15</u> : maintenue.</p> <p>Transmettre un justificatif de la mise en place de réunions formalisées sur l'amélioration des pratiques, l'appropriation des protocoles et les RETEX sur des situations propres à l'établissement, en plus des temps de transmission quotidien.</p> <p>Délai 3 mois.</p>

<p><u>Écart 16</u> : Le local DASRI ne respecte pas l'article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999.</p> <p>De plus, les bordereaux de collecte sont incomplètement renseignés sur le circuit (producteur, collecteur, destinataire) et le poids collecté.</p>	<p>Article 8 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et assimilés et des pièces anatomiques (modifié par arrêtés du 14 octobre 2011, du 20 mai 2014 et du 20 avril 2020)</p>	<p><u>Prescription 16</u> : Positionner le container à DASRI en extérieur ou dans un local du rez-de-chaussée ventilé et donnant directement sur une sortie.</p> <p>Renseigner correctement les bordereaux de collecte.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Prescription 16</u> : maintenue.</p> <p>Transmettre un élément de preuve du positionnement du container à DASRI en extérieur ou dans un local du rez-de-chaussée ventilé et donnant directement sur une sortie.</p> <p>Transmettre une copie de bordereaux de collecte récents.</p> <p>Délai 3 mois.</p>
<p><u>Écart 17</u> : Toutes les conventions signées entre les professionnels de santé intervenant dans l'établissement et l'EHPAD n'ont pas été transmises.</p>	<p>L.314-12 du CASF</p>	<p><u>Prescription 17</u> : Établir des conventions individuelles avec tous les médecins traitants et tous les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement, selon le modèle de contrats types fixé par l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans EHPAD.</p> <p>Les transmettre aux autorités.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Prescription 17</u> : maintenue.</p> <p>Transmettre les conventions.</p> <p>Délai 3 mois.</p>

Remarques (38)	Recommandations et mesures attendues	Délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décisions des autorités (ARS / CD 34)
<u>Remarque 1</u> : Les personnels de l'EHPAD ne se sont pas tous appropriés le projet d'établissement (cf. Recommandation HAS « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement »).	<u>Recommandation 1</u> : Organiser une présentation du projet d'établissement actualisé au personnel et transmettre un compte-rendu de la réunion de présentation aux autorités (cf. écart 3).	7 mois			<u>Remarque 1</u> : maintenue Transmettre aux autorités un compte-rendu de la réunion de présentation au personnel du projet d'établissement actualisé. Délai 7 mois.
<u>Remarque 2</u> : Un organigramme figure en annexe du livret d'accueil mais il n'est pas à jour, notamment au niveau du directeur et de la responsable des soins. Aux jours du contrôle, le panneau d'affichage est posé au sol, dans le couloir menant aux locaux techniques.	<u>Recommandation 2</u> : Mettre à jour l'organigramme qui figure en annexe du livret d'accueil. Confirmer aux autorités la remise en place du tableau d'affichage, dans l'entrée, sur lequel figure l'organigramme.	1 mois			<u>Recommandation 2</u> : maintenue. Mettre à jour et transmettre aux autorités l'organigramme qui figure en annexe du livret d'accueil. L'organigramme transmis dans le cadre du contradictoire comporte une erreur : le directeur est à 1ETP alors qu'il est à 0,5 ETP sur cet EHPAD et à 0,50 ETP sur un autre EHPAD. Confirmer aux autorités, avec une photo, la remise en place du tableau d'affichage, dans l'entrée, sur lequel figure l'organigramme. Délai 1 mois.
<u>Remarque 3</u> : La continuité de direction n'est pas formalisée par une procédure sécurisée à laquelle les agents peuvent se référer, d'autant que le directeur n'est présent qu'à mi-temps. La mission d'inspection a constaté sur les plannings d'astreinte de direction	<u>Recommandation 3</u> : Formaliser les procédures de continuité de la fonction de direction et les porter à la connaissance du personnel. Sécuriser les astreintes par la mobilisation de cadres ayant les compétences requises.	Immédiat			<u>Remarque 3</u> : levée

qu'un agent d'accueil a participé à la continuité de direction sur juin-juillet-août-septembre 2024, ce qui ne correspond pas à ses compétences et ses missions.	Transmettre aux autorités les modalités d'organisation de la continuité de direction et le calendrier des astreintes de novembre 2024 à janvier 2025 et tout document justifiant de l'information auprès du personnel.				
<u>Remarque 4</u> : Les documents transmis montrent qu'un seul CVS s'est tenu en mai 2024, la réglementation en prévoyant à minima 3 par an.	<u>Recommandation 4</u> : Assurer l'organisation, à minima, de trois CVS par an, qui doivent respecter la réglementation relative à sa composition et les modalités des votes avec voix délibératives ou consultatives. Transmettre les relevés de décision signés aux autorités.	3 mois			<u>Recommandation 4</u> : maintenue. Transmettre aux autorités les relevés de décision signés des 3 CVS organisés en 2024. Délai 3 mois.
<u>Remarque 5</u> : Il ressort de l'enquête de satisfaction 2023 qu'un pourcentage insuffisant de familles ont connaissance du CVS.	<u>Recommandation 5</u> : Améliorer la communication concernant le CVS auprès des résidents et des familles. Transmettre tout justificatif.	3 mois			<u>Recommandation 5</u> : maintenue. Transmettre aux autorités les éléments de preuve de la communication concernant le CVS auprès des résidents (expliciter les modalités permettant d'informer les résidents) et des familles. Délai 3 mois.
<u>Remarque 6</u> : La mission d'inspection n'a pas été en mesure de savoir si : <ul style="list-style-type: none"> L'ensemble du personnel est associé à aux évaluations d'activités, 	<u>Recommandation 6</u> : Désigner un référent qualité au sein de l'EHPAD. Associer le personnel aux évaluations des activités et à la mise en œuvre de l'action corrective imposée par le rapport d'évaluation externe 2024.	3 mois			<u>Recommandation 6</u> : maintenue. Le tps de travail du directeur, à 0,50 ETP, est incompatible avec la fonction de responsable qualité. Cf prescription 10.

<ul style="list-style-type: none"> Un référent qualité a été désigné au sein de l'établissement chargé du suivi du plan qualité, L'action impérative issue du rapport d'évaluation externe a été engagée. 					<p>Aucune pièce transmise dans le cadre du contradictoire n'atteste de l'avancée des démarches ou d'un comité de suivi -pilotage de la qualité ni un DUD.</p> <p>Transmettre tout élément attestant de l'association du personnel aux évaluations des activités et à la mise en œuvre de l'action corrective imposée par le rapport d'évaluation externe 2024.</p> <p>Délai 3 mois.</p>
<p><u>Remarque 7</u> : Le questionnaire de satisfaction adressé aux résidents en 2023 montre que la communication concernant le CVS est insuffisante.</p>	<p><u>Recommandation 7</u> : Les enquêtes de satisfaction doivent se conformer au modèle préconisé par la HAS et doivent donner lieu à des actions d'amélioration, notamment sur les informations des résidents sur les missions et l'organisation du CVS</p> <p>Cf. Remarque 5 sur le CVS</p>				<p><u>Recommandation 7</u> : maintenue.</p> <p>Les enquêtes de satisfaction doivent se conformer au modèle préconisé par la HAS et doivent donner lieu à des actions d'amélioration, notamment sur les informations des résidents sur les missions et l'organisation du CVS</p> <p>Cf. Remarque 5 sur le CVS</p> <p>Délai 3 mois</p>
<p><u>Remarque 8</u> : La mission n'a pas été en mesure de vérifier la traçabilité, l'effectivité et l'accessibilité du dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers aux résidents et aux familles.</p>	<p><u>Recommandation 8</u> : Transmettre à la mission les éléments attestant du fonctionnement du dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers ainsi que de son accessibilité aux résidents et aux familles (fiche de présentation du dispositif ou photos de son emplacement ou extraction de fiche de réclamation / doléance).</p>	1 mois			<p><u>Recommandation 8</u> : levée</p>
<p><u>Remarque 9</u> : L'article L.2313 du Code du travail prévoit la mise en place d'un CSE par établissement de plus de 11 salariés et d'un CSE central et de CSE d'établissements dès lors que l'entreprise comporte au moins</p>	<p><u>Recommandation 9</u> : Réexaminer la pertinence et la conformité de l'organisation actuelle de la représentation des personnels des EHPAD MBV et solliciter l'avis formel de l'inspection du travail sur la mise en place un CSE d'établissement afin d'assurer une représentation des salariés au sein de chaque</p>				<p><u>Recommandation 9</u> : maintenue.</p>

cinquante salariés et deux établissements.	établissement et de vérifier la conformité du CSE en référence à la jurisprudence de la Cour de cassation - Chambre sociale N° de pourvoi : 19-12.011 ECLI : FR:CCASS:2020:SO00105, publié au bulletin officiel. Cette question pourra être soumise à un avis de l'inspection du travail.				
<p><u>Remarque 10</u> : La procédure de signalement des EIG/EIGS ne reprend pas la catégorie de dysfonctionnement « Les actes de malveillance au sein de la structure » définie par l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.</p> <p>En annexe de la procédure, il apparaît que l'adresse mail de l'ARS Occitanie à utiliser en cas de signalement est à actualiser.</p>	<p><u>Recommandation 10</u> : Compléter la procédure de signalement des EIG/EIGS en ajoutant la catégorie de dysfonctionnement « Les actes de malveillance au sein de la structure ».</p> <p>Mettre à jour l'adresse mail de l'ARS Occitanie à utiliser en cas de signalement : ars-oc-alerte@ars.sante.fr</p>	Immédiat			<u>Recommandation 10</u> : levée.
<p><u>Remarque 11</u> : Le plan bleu transmis ne précise pas la mise en place un point d'entrée fonctionnel unique sous la forme d'un numéro de téléphone d'astreinte et d'une boîte mail dédiés.</p> <p>Au niveau du déclenchement du plan bleu lors d'un incident interne, le plan bleu transmis prévoit l'alerte de l'ARS et du Préfet mais pas l'alerte du Conseil Départemental.</p> <p>Dans l'annuaire des numéros utiles, le numéro de téléphone de la Clinique du Parc, avec laquelle le plan bleu indique que l'EHPAD a passé une convention, ne figure pas.</p>	<p><u>Recommandation 11</u> : Préciser dans le plan bleu s'il est mis en place un point d'entrée fonctionnel unique sous la forme d'un numéro de téléphone d'astreinte et d'une boîte mail dédiés.</p> <p>Au niveau du déclenchement du plan bleu lors d'un incident interne, le plan bleu transmis doit préciser l'alerte de l'ARS et du Préfet mais également celle du Conseil Départemental.</p> <p>Faire figurer le numéro de téléphone de la Clinique du Parc dans l'annuaire des numéros utiles.</p>	Immédiat			<p><u>Remarque 11</u> : maintenue.</p> <p>Mettre à jour le plan bleu en indiquant une adresse mail dédiée pour un point d'entrée fonctionnel unique car cela n'est pas mentionné dans le plan bleu ; compléter la fiche action 2, pour le cas de figure de crise interne, en ajoutant l'alerte du conseil départemental (p 26) ; et faire figurer le numéro de téléphone de la Clinique du Parc dans l'annuaire des numéros utiles.</p> <p>Transmettre le plan bleu mis à jour aux autorités.</p> <p>Délai immédiat.</p>

<u>Remarque 12</u> : L'absence de d'attestation dans le dossier RH de l'IDEC ne permet pas de s'assurer qu'elle a bénéficié d'une formation d'encadrement avant d'accéder à ce poste.	<u>Recommandation 12</u> : Préciser si l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste.	Immédiat			<u>Recommandation 12</u> : levée.
<u>Remarque 13</u> : Les dossiers de personnel consultés ne comprennent pas de compte-rendu d'entretien professionnel, qui doit être réalisé à minima tous les 2 ans.	<u>Recommandation 13</u> : Organiser et formaliser les entretiens professionnels a minima tous les 2 ans.	12 mois			<u>Recommandation 13</u> : maintenue. Transmettre le rétroplanning mis en place par la structure à compter de 2025. Délai : 12 mois.
<u>Remarque 14</u> : L'ensemble des personnels de la structure ne dispose pas fiches de poste, de fonction ou de tâches permettant de veiller à la cohérence des missions au regard des qualifications.	<u>Recommandation 14</u> : Faire figurer les fiches de poste, de fonction ou de tâches dans les dossiers du personnel.	1 mois			<u>Recommandation 14</u> : maintenue. Dans le cadre de la procédure contradictoire, les fiches de fonctions n'ont pas été transmises. Délai 1 mois.
<u>Remarque 15</u> : Le plan de formation 2023 sur ce qui a été programmé et réalisé n'a pas été transmis par l'établissement. La mission n'a donc pas pu vérifier si des formations qualifiantes ou des VAE avaient été mises en place pour des agents « faisant fonction » d'AS. Le plan de formation 2024 n'a pas non plus été transmis.	<u>Recommandation 15</u> : Transmettre aux autorités les plans de formation 2023 et 2024.	1 mois			<u>Recommandation 15</u> : maintenue. Dans le cadre de la procédure contradictoire, les plans de formation 2023 et 2024 n'ont pas été transmis. Délai 1 mois.
<u>Remarque 16</u> : Absence de dispositif formalisé de soutien aux bonnes pratiques professionnelles du personnel.	<u>Recommandation 16</u> : Mettre en place un dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel et faisant appel à un prestataire externe à l'établissement. Transmettre à l'ARS l'organisation de la mise en place de ce dispositif ainsi que le rétro planning de ses réunions.	6 mois			<u>Recommandation 16</u> : maintenue dans l'attente du planning interne des réunions et des thématiques abordées. Délai 6 mois.

<u>Remarque 17</u> : La mission d'inspection ne peut évaluer le DUERP car les éléments des effectifs ne coïncident pas avec les autres documents transmis par l'établissement.	<u>Recommandation 17</u> : Expliquer les incohérences du DUERP et transmettre les corrections le cas échéant.	1 mois			<u>Recommandation 17</u> : maintenue. Délai : 1 mois.
<u>Remarque 18</u> : La mission d'inspection ne peut évaluer si les actions préventives du DUERP sont mises en œuvre au plan d'amélioration continue de la qualité de l'établissement.	<u>Recommandation 18</u> : Intégrer les mesures préventives du DUERP avec les délais indiqués au plan d'amélioration continu de la qualité de l'établissement.	1 mois			<u>Recommandation 18</u> : maintenue. Transmettre tout document justifiant de l'intégration des mesures préventives du DUERP, avec les délais indiqués, au plan d'amélioration continue de la qualité de l'établissement. Délai : 1 mois.
<u>Remarque 19</u> : Les locaux techniques sont exigus et insuffisamment fonctionnels. Des stockages peuvent présenter des risques en cas d'incendie.	<u>Recommandation 19</u> : Élaborer un plan d'actions de sécurisation des locaux techniques.	6 mois			<u>Recommandation 19</u> : maintenue. Délai 6 mois.
<u>Remarque 20</u> : Aucun dispositif de réponse à l'interphone en dehors des horaires d'ouverture n'est en place.	<u>Recommandation 20</u> : Rendre opérationnel un dispositif de réponse à l'interphone en dehors des horaires d'ouverture.	Immédiat			<u>Recommandation 20</u> : maintenue. Transmettre tout document attestant des actions pour rendre opérationnel un dispositif de réponse à l'interphone en dehors des horaires d'ouverture. Délai : immédiat.
<u>Remarque 21</u> : La signalétique n'est pas à jour. Par exemple, au 2 ^{ème} et 3 ^{ème} étages, le local « soins » est réaffecté en local de stockage. Au 3 ^{ème} étage, le local « lingerie » est réaffecté en salle de pause pour les salariés.	<u>Recommandation 21</u> : Mettre à jour la signalétique des locaux.	1 mois			<u>Recommandation 21</u> : maintenue dans l'attente de la transmission des photos attestant des travaux réalisés. Délai 1 mois.
<u>Remarque 22</u> : À la suite de l'avis défavorable de la commission de sécurité de 2022, celle-ci a émis, en juillet 2023, un nouvel avis favorable comportant les prescriptions à respecter.	<u>Recommandation majeure 22</u> : Mettre en œuvre les prescriptions émises par la commission de sécurité et avertir les autorités des avis de la commission de sécurité.	Immédiat			<u>Recommandation majeure 22</u> : maintenue dans l'attente des justificatifs de réalisation des prescriptions émises par la commission de sécurité. Délai immédiat.

<p><u>Remarque 23</u> : Les reports visuels de signalement dans les couloirs ne se déclenchent pas ou ne s'allument pas systématiquement en cas d'appel malade.</p>	<p><u>Recommandation 23</u> : Vérifier le bon fonctionnement de l'intégralité des dispositifs de signalements des appels malades.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Recommandation 23</u> : levée malgré l'absence de justificatifs d'intervention sur ce défaut fondamental.</p>
<p><u>Remarque 24</u> : La procédure formalisée d'admission d'une personne âgée n'a pas été transmise (la mission d'inspection a reçu la procédure d'accueil d'un nouveau résident).</p>	<p><u>Recommandation 24</u> : Transmettre la procédure d'admission telle définie par l'article D.312-155-1 CASF et l'arrêté du 25 novembre 2019 fixant le modèle de dossier de demande unique en vue d'une admission temporaire ou permanente en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.</p>	<p>1 mois</p>			<p><u>Recommandation 24</u> : levée. Il est recommandé de rappeler dans la procédure que la personne de confiance ne se substitue pas au représentant légal et ne peut signer le contrat de séjour.</p>
<p><u>Remarque 25</u> : Le projet d'établissement doit désormais être affiché (D.311-38-4 du CASF) et le règlement intérieur, détenu à l'accueil-sécrétariat, mis à disposition des salariés, de même que les coordonnées téléphoniques des représentants du personnel au CSE.</p>	<p><u>Recommandation 25</u> : Afficher au tableau dédié au personnel et mettre à disposition le règlement intérieur à jour, ainsi que les coordonnées des représentants du personnel au CSE, qui peuvent constituer un canal d'information, de communication et un lien important pour les salariés de l'établissement.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 25</u> : levée.</p>

<u>Remarque 26</u> : Le livret d'accueil n'est pas à jour. De même, en annexe du livret d'accueil, l'organigramme et la fiche des interlocuteurs privilégiés ne sont pas à jour.	<u>Recommandation 26</u> : Mettre à jour le livret d'accueil. Il convient de présenter distinctement et précisément du rôle, la mission et les modalités de saisine de la personne qualifiée qui est « d'accompagner l'usager ou son représentant légal afin de lui permettre de faire valoir ses droits » selon les termes de l'article L. 311-5 du CASF.	1 mois			<u>Recommandation 26</u> : maintenue. Délai 1 mois.
<u>Remarque 27</u> : La mention sur l'adhésion de fait à la mutuelle MBV lors de la signature du contrat de séjour questionne la mission d'inspection sur son objet et son impact auprès des résidents.	<u>Recommandation 27</u> : Apporter des explications sur cette mention. Après avis des services compétents (DGCCRF, DDPP) la mention pourra être maintenue ou retirée des contrats de séjour des établissements MBV, le cas échéant.	3 mois			<u>Recommandation 27</u> : maintenue. Délai : 3 mois.
<u>Remarque 28</u> : Absence d'ordonnance judiciaire de majeur protégé dans les dossiers des résidents.	<u>Recommandation 28</u> : Vérifier que les ordonnances judiciaires des majeurs protégés sont dans les dossiers des résidents concernés.	1 mois			<u>Recommandation 28</u> : levée. Il est rappelé d'être vigilant sur la vérification de la présence de l'ordonnance de mise sous protection juridique dans le dossier du résident concerné.
<u>Remarque 29</u> : Les PAP sont établis et réévalués selon l'article L.311-3 du CASF avec un rétro planning précis qui accuse un retard le jour de l'inspection. Au sein de l'équipe, seul le référent y participe.	<u>Recommandation 29</u> : Systématiser un temps de travail hebdomadaire avec l'ensemble des soignants pour discuter des PAP afin de rattraper le retard. Continuer à assurer la participation du résident et de son entourage.	6 mois			<u>Recommandation 29</u> : maintenue. Délai : 6 mois.
<u>Remarque 30</u> : Les comptes-rendus et liste d'émargement des commissions gériatriques ne sont pas disponibles.	<u>Recommandation 30</u> : Établir les comptes-rendus des commissions gériatriques et les diffuser à l'ensemble des invités, présents ou non.	3 mois			<u>Recommandation 30</u> : maintenue. Délai : 3 mois.
<u>Remarque 31</u> : La politique de formation de l'établissement est verticale et ne prend pas en compte les besoins exprimés des salariés.	<u>Recommandation 31</u> : Formaliser un plan de formation, y compris avec les ressources internes (psycho, IDEC, MEDEC, etc.), tenant compte des besoins des salariés.	6 mois et actualisation tous les ans			<u>Recommandation 31</u> : maintenue. Délai : 6 mois et actualisation tous les ans.

<u>Remarque 32</u> : La dispensation des soins n'est pas systématiquement documentée dans le dossier de soins.	<u>Recommandation 32</u> : Enregistrer systématiquement tous les actes effectués dans le plan de soins.	3 mois			<u>Recommandation 32</u> : maintenue. Transmettre tout document justifiant de l'enregistrement systématique de tous les actes effectués dans le plan de soins. Délai : 3 mois.
<u>Remarque 33</u> : Un travail de remise à jour des procédures et protocoles sera à mener et à inscrire au plan de suivi d'amélioration de la qualité.	<u>Recommandation 33</u> : Travailler en équipe une adaptation et mise à jour des fiches de procédures en fonction des situations et RETEX de l'établissement, avec en priorité les CAT contention et chute. Inscrire cette adaptation et mise à jour au plan de suivi d'amélioration de la qualité	2 mois			<u>Recommandation 33</u> : maintenue. Dans le cadre de la procédure contradictoire, les fiches de procédures n'ont pas été transmises ni l'attestation d'inscription de cette adaptation et mise à jour dans le plan de suivi d'amélioration de la qualité. Délai : 2 mois.
<u>Remarque 34</u> : Le protocole de prévention et de prise en charge des chutes doit être revu en équipe et en priorité. Le recours à la contention comme prévention de la chute est	<u>Recommandation 34</u> : Revoir le protocole chute avec l'appui d'un professionnel externe (par ex., un ergothérapeute) et analyser en équipe le recours à la contention et les alternatives.	2 mois			<u>Recommandation 34</u> : levée sur déclaratif (dans l'attente des protocoles de la recommandation 33).

beaucoup trop systématique sans questionnement sur la pratique ni recherche d'alternative.					
<u>Remarque 35</u> : Il n'y a pas de prescription médicale du broyage des médicaments.	<u>Recommandation 35</u> : Le broyage des médicaments doit être prescrit par le médecin traitant, sur troubles avérés de la déglutition. Le MT est responsable de l'adaptation du traitement en cas d'alerte de la pharmacie que le traitement ne peut être broyé.				<u>Recommandation 35</u> : levée.
<u>Remarque 36</u> : Certains points des comptes- rendus sont identiques d'une commission menus à l'autre, ce qui questionne sur leur fidélité.	<u>Recommandation 36</u> : Les comptes-rendus des commissions menus doivent veiller à être fidèles et les remarques des résidents notées pour permettre d'élaborer des réponses aux attendus.	Dès la prochaine commission menus			<u>Recommandation 36</u> : levée.
<u>Remarque 37</u> : Une liste des résidents les plus à risque de décompensation et les conduites à tenir n'est pas disponible.	<u>Recommandation 37</u> : Établir et partager avec l'équipe de soins une liste des résidents les plus à risque de décompensation et la conduite à tenir spécifique pour chaque résident.	1 mois			<u>Recommandation 37</u> : maintenue. Délai : 1 mois.
<u>Remarque 38</u> : L'établissement n'utilise pas la télémedecine pour les consultations spécialisées.	<u>Recommandation 38</u> : Faciliter le recours à la télémedecine pour des consultations de suivi spécialisées afin d'éviter le déplacement des résidents. Pour le suivi en cardiologie, s'équiper d'un ECG pour télé expertise.	2025			<u>Recommandation 38</u> : levée.