

Service émetteur : Délégation Départementale de l'Hérault

Réf. : DD34

Date : 07/02/2025

N° PRIC Ms\_2024\_34\_CS\_05

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie  
et

Le Président du Conseil Département de l'Hérault

À

Gérant – EHPAD « les terrasses du Caroux »  
3 route de Thézan  
34 490 CORNEILHAN

Courrier RAR n°

**Objet :** Inspection conjointe de l'EHPAD « Les terrasses du Caroux »  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 22 mai 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention qui vous a été notifié le 06 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 06 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.

Nous attirons particulièrement votre attention sur la nécessité de veiller à reprendre l'intégralité des éléments pour lesquels les prescriptions et recommandations n'ont pas été levées et précisées dans le tableau de synthèse joint à ce courrier.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre aux services du Conseil Départemental et de l'ARS qui assurent le suivi habituel du fonctionnement de votre établissement, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions. Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

.../...

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

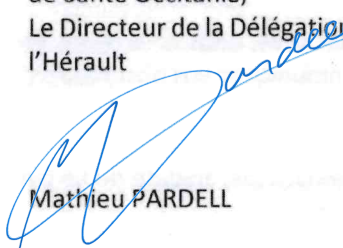
Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérecours 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 de l'Agence Régionale  
de Santé Occitanie,  
Le Directeur de la Délégation Départementale de  
l'Hérault

  
Mathieu PARDELL

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 et de l'Inspection Contrôle  
Pôle Régional Inspection Contrôle

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « les terrasses du Caroux » à Corneilhan 22 mai 2024

Inspection n ° PRIC : MS\_2024\_34\_CS\_05

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

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

Agence Régionale de Santé Occitanie

26-28 Parc-Club du Millénaire

1025, rue Henri Becquerel – CS 30001

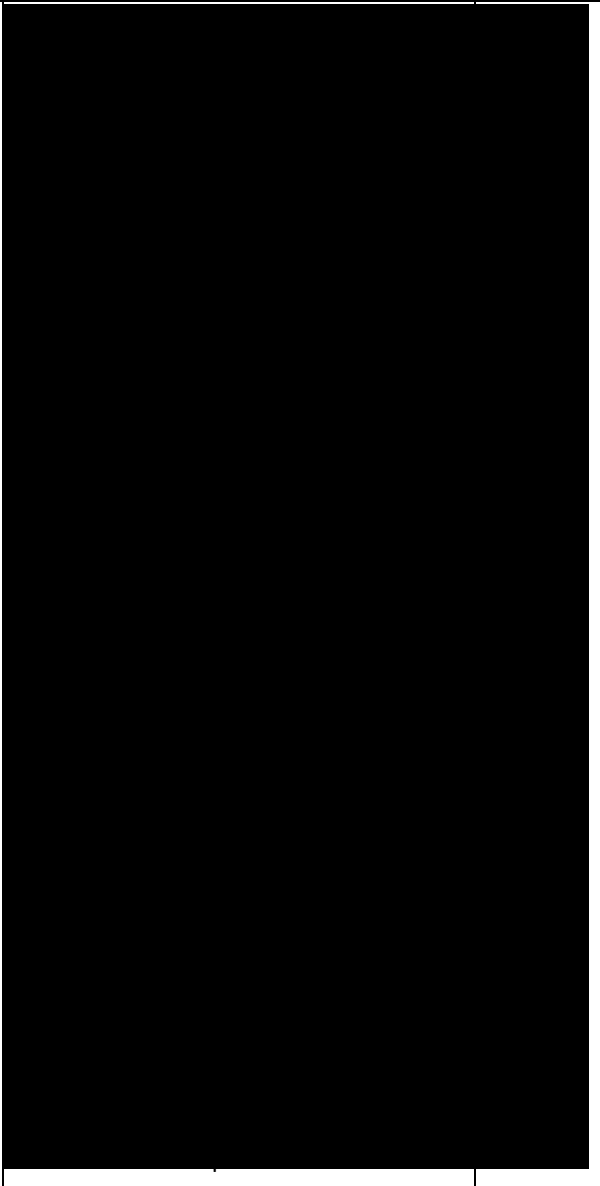
34057 MONTPELLIER CEDEX 2

ARS Occitanie - Inspection n° MS\_2024\_34\_CS\_05


EHPAD « Les Terrasses du Caroux » - Corneilhan

Inspection du 22 mai 2024

Ecarts	Rappel réglementaire	Mesure (Injonction, prescription) correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatif	Décision de l'ARS
<b>Ecart 1</b> Le règlement de fonctionnement réceptionné indique une mise à jour en 2022 mais n'est ni daté ni signé. Le Conseil Départemental n'a été destinataire d'aucune mise à jour documentaire depuis 2017. Le personnel connaît peu le document.	Art 1.311-7 du CASF Art R.311-33 à R-311-37-1 du CASF	<b>Prescription 1</b> Mettre en œuvre l'obligation de mise à jour quinquennale et les modalités de consultation préalable Instances du personnel et CVS et respecter l'obligation d'affichage du document à jour validé et approuvé des instances, et de transmission aux autorités.	1 mois			Les documents transmis en janvier et non remis lors de l'inspection (en infraction avec l'art L313-13-1 du CASF), attestent, de la mise à jour du RF postérieure à l'inspection le 13/3 /9 /24 après concertation des instances : 5 CVS et CSE ) <b>La prescription est levée avec un rappel de vigilance</b> sur les échéances de renouvellement des documents de la Loi 2002-2 et sur le respect de transmission aux instances et autorités

<p><b>Ecart 2</b></p> <p>Le défaut de transmission par le gestionnaire des documents attestant de la consultation des instances prévues par la réglementation ne permet pas d'établir son effectivité.</p>	<p>D311-38- 5 du CASF Art. D.312-158 du CASF D 311-38-3 CASF D311-38-4 CASE</p> <p>Recommandat ions HAS 2010 MAJ du 16.03.2018 : « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établisseme nt »)</p>	<p><b>Prescription 2</b></p> <p>Mettre en œuvre les modalités de consultation des instances personnels et usagers</p> <p>Fournir le Compte rendu du CVS de présentation du projet d'établissement 20222028 et inscrire cette date au document.</p> <p>Respecter d'affichage du jour validé et des instances, et de transmission aux autorités.</p>	<p>3 mois et dès adoption des documents De la loi 2002-2 mis à jour par les instances</p>		<p>Les documents transmis en janvier 2025, demandés par la mission n'avaient pas été communiqués lors de l'inspection (en infraction avec le CASF : L313-13-1).</p> <p>Ils attestent d'une information en CVS du 7 décembre 22, de la révision du PE approuvé lors du CVS du 20 9 23.</p> <p>Toutefois ce CVS du 20.9.23 n'est pas conforme aux obligations de représentation des usagers, qui doit être supérieure à 50% des membres présents (D311-17)</p> <p>Ce projet d'établissement a été transmis à l'ARS mais pas au Conseil départemental (co-autorité)</p> <p><b>La prescription est maintenue</b> avec : demande de présenter le projet d'établissement lors d'un prochain CVS conforme et rappel de vigilance au respect des obligations d'affichage et de transmission aux autorités (ARS et CD)</p>
--	--	--	---	---	---

--	--	--	--	--	--

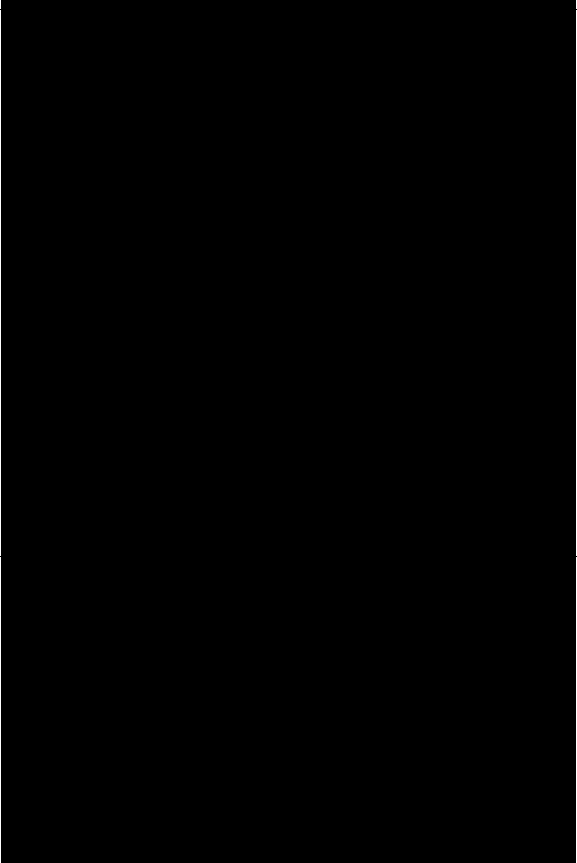
<p><b>Ecart 3</b></p> <p>Les documents remis à la mission concernant le fonctionnement du CVS ne ne permettent pas d'attester de la conformité de la composition, du fonctionnement, de l'adoption du règlement intérieur après son renouvellement.</p>	<p>Art D.311-3 à 20 du CASF Art D.311-26 à 32-1 du CASF</p>	<p><b>Prescription 3</b></p> <p>Fournir les documents (Comptes rendus et règlement intérieur) attestant de la conformité de la composition, le fonctionnement et l'organisation du CVS à la réglementation</p> <p>La composition, le fonctionnement et l'organisation du CVS ordre du jour, comptes rendus de conclusions, d'instauration, règlement intérieur du CVS doivent être revus et adoptés pour être conformes à la réglementation Les compte rendus d'instauration et de décisions ainsi que le rapport d'activité du CVS seront systématiquement transmis aux autorités conformément à l'art. D311-20 du CASF.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Les documents transmis en janvier 2025, demandés par la mission n'avaient pas été communiqués ni aux autorités ni lors de l'inspection (en infraction avec le CASF D311-20 et L313-13-1).</p> <p>Ils attestent des élections du CVS en mars 2023.</p> <p><b>La prescription est levée</b> avec un rappel de vigilance au respect des obligations d'affichage et de transmission des compte rendu de CVS aux autorités (ARS et CD)</p> <p><a href="mailto:cd34-cvs-essms@herault.fr">cd34-cvs-essms@herault.fr</a> <a href="mailto:ARS-OC-PERS-AGEES@ars.sante.fr">ARS-OC-PERS-AGEES@ars.sante.fr</a></p>
---	---	---	---------------	---	---

<b>Ecart 4</b> Le plan bleu ne comprend pas les rubriques prévues à la réglementation	Art D.312-60 du CASF	<b>Prescription 4</b> Compléter le plan pour répondre aux attentes posées par la réglementation	3 mois		Le document fourni ne concerne que le plan de gestion des vagues de fortes chaleurs. Le plan bleu doit intégrer les différents items prévus par la réglementation. Le plan bleu conforme devra être communiqué au service en charge du suivi de l'EHPAD : ARS-OC-PERS-AGEES@ars.sante.fr <b><u>La prescription est maintenue</u></b>

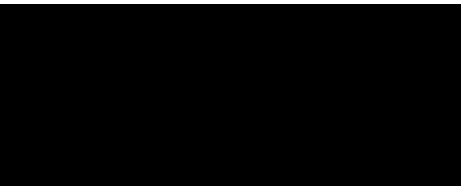



<p><b>Ecart 5</b></p> <p>La démarche qualité n'est pas conforme aux dispositions de l'article D344-5-5 (6)<sup>0</sup> du CASF concernant la formalisation de procédures relatives à l'amélioration de la qualité de fonctionnement de l'établissement.</p> <p>Les documents de la loi 2002-2 ne sont pas à jour : hormis le PE 2023-2028.</p>	<p>Art D.344-5-5 (6) du CASF</p>	<p><b>Prescription 5</b></p> <p>Elaborer et transmettre un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) planifiant et organisant les actions d'amélioration continue, notamment la révision régulière des documents et procédures pour leur conformité</p>	<p>3 mois puis une fois par an</p>	<div></div>	<p>Le gestionnaire a fourni un plan d'action qui comprend 7 axes d'amélioration de la qualité.</p> <p>L'axe 2 « <i>Droits, libertés, expression et participation de la personne accompagnée</i> » prévoit une mise à jour régulière des outils de la loi 2002.2.</p> <p><b><u>La prescription est levée</u></b></p>
--	----------------------------------	---	------------------------------------	-------------	---

<b>Ecart 6</b> Certains personnels n'ont pas le niveau de diplôme requis par la réglementation notamment des AS	Art L.4391-1 du code de la Santé Publique	<b>Prescription 6</b> Recruter des AS avec le diplôme ad hoc et fournir la liste à jour du personnel en poste et les diplômes requis	1 mois		Les personnes positionnées sur une VAE dont le dossier de recevabilité n'est pas validé ne peuvent exercer les fonctions d'aide-soignante. Le gestionnaire doit procéder au recrutement de personnel remplaçant en mesure d'exercer ces fonctions : il fournira le nom et le diplôme des personnes recrutées <b>La prescription est maintenue</b>
<b>Ecart 7</b> Les affichages exigés par la réglementation (art L.311-4 casf, art L.311-5 casf, art D 311-38-4 casf, art R.311-32-1 casf, art L.112-1 code de la consommation, art R1321-1 code du travail) ne sont pas complets et ne permettent pas d'attester du respect des droits des résidents et des personnels	Art L.311-4 du CASF, art L.311-5 du CASF, art D 311384 du CASF, art R.311-32-1 du CASF, art 1.112-1 code de la consommation, art R1321-1 code du travail	<b>Préconisation 7</b> L'intégralité des affichages obligatoires doit être vérifié et mis à jour systématiquement.	1 mois		Les réponses indiquent l'attention du gestionnaire au respect des affichages obligatoires <b>La prescription est levée</b>

					
<p><b>Ecart 8</b></p> <p>La procédure d'admission formalisée transmise par la direction ne prévoit pas de procédure de recueil du consentement éclairé</p>	<p>Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.4)</p>	<p><b>Prescription 8</b></p> <p>Élaborer une procédure permettant de recueillir le consentement éclairé de la personne</p>	<p>1 mois</p>		
					<p>Le document E.8 communiqué (suite au rapport d'inspection) sur la procédure de pré admission /admission du résident version 2 du 23/12/2024 fait référence aux modalités de recherche du consentement du résident ;</p> <p>une annexe 1 « <i>formulaire de recherche du consentement en vue d'une admission en EHPAD</i> » est aussi complétée et signée par le résident</p> <p><b><u>La prescription est levée</u></b></p>

<p><b>Ecart 9</b></p> <p>Le registre n'est pas tenu conformément à la réglementation, qui prévoit :</p> <p>Art. L. 331-2 "l/ est tenu dans tout établissement un registre, coté et paraphé dans les conditions fixées par voie réglementaire, où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie. "</p>	<p>Art L.331-2 du CASF</p>	<p><b>Prescription 9</b></p> <p>Mettre en place un registre des entrées et sorties conforme à la réglementation, coté et paraphé par le maire, conformément aux exigences réglementaires.</p>	<p>1 mois</p>	<div data-bbox="1176 76 1727 343" data-label="Image"> </div>	<p>Les éléments communiqués ne permettent pas d'établir que le registre est dûment renseigné</p> <p><b><u>La prescription est maintenue</u></b></p> <p>Le gestionnaire transmettra la copie de l'intégralité du registre depuis le 1<sup>er</sup> juin 2024</p>
---	----------------------------	---	---------------	--	---

<p><b>Ecart 10</b></p> <p>Les contrats de séjour consultés ne sont pas conformes aux dernières évolutions réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence d'avenants prévus à l'art D311 du CASF (et prévus à l'art. IV du contrat de séjour) aux dossiers des résidents</li> <li>- Conditions de facturation après décès ne respectant pas les dispositions de l'art. R314149 du CASF modifié par décret 2002-734 du 28 avril 2022.</li> <li>- Absence d'avenant portant sur les nouvelles dispositions réglementaires issues des décrets de 2022 à 2024.</li> </ul>	<p>Art L.311-4-1, D.311 ; R.311-0-6, R.311-0-7, R.311-0-9 du CASF</p>	<p><b>Prescription 10</b></p> <p>Mettre en conformité les contrats avec la réglementation en vigueur, avec :</p> <p>Mise en en place les avenants prévus contractuellement et à l'article D311 du CASF pour tous les résidents, actualiser ces avenants annuellement</p>	<p>6 mois pour tous les contrats</p>		<p><b>La prescription est maintenue</b></p>
<p><b>Ecart 11</b></p> <p>L'article R1413-68 rappelle que tout EIGS, quel que soit la gravité, doit être déclaré par tout professionnel de santé au directeur de l'ARS à l'adresse suivante : ars-oc-alerte@ars.sante.fr.</p>	<p>Art R.1413-68 du CSP</p>	<p><b>Prescription 11</b></p> <p>Etablir une procédure interne de déclaration des EIGS (quel que soit le niveau de gravité) et de RETEX sur les EIGS</p>	<p>3 mois</p>		<p>L'établissement fournit la procédure de déclaration des EI et EIG. Cette procédure n'inclut pas la déclaration des EIGS sur le portail national de signalement (à compléter).</p> <p><b><u>La prescription est levée</u></b></p>

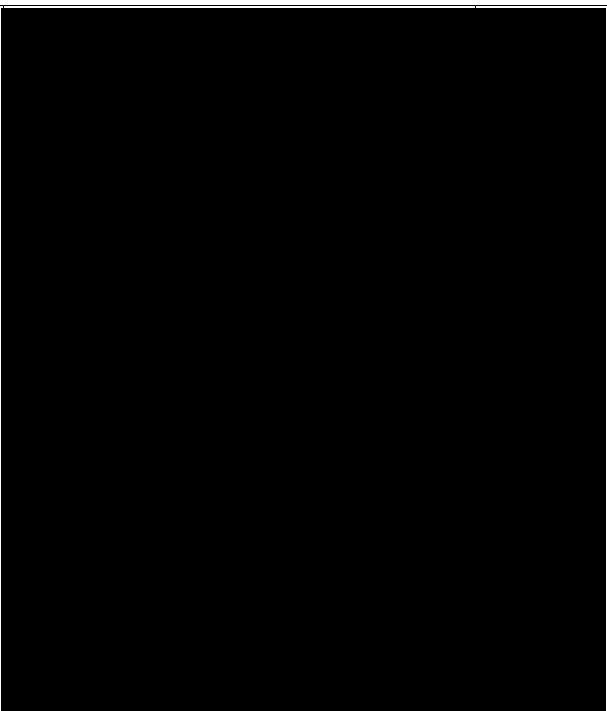
<p><b>Ecart 12</b></p> <p>L'article D.312-156 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise « le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ». Le MEDEC est actuellement à 0.2 ETP pour une capacité autorisée de 26 places</p>	<p>Art 1.313-12 V du CASF</p> <p>Art D.312-156 à D.312-159-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles</p> <p>Art R.311-0-7 du CASF</p>	<p><b>Prescription 12</b></p> <p>Selon les textes en vigueur, au regard du nombre de résidents accueillis, correspondant à une quotité de travail du MEDEC à 0,4 ETP, mettre tout en œuvre pour augmenter le temps de travail à 0,4 ETP</p>	<p>6 mois</p>	<div data-bbox="1167 81 1742 229" data-label="Image"> </div>	<p>L'établissement fournit l'avenant au contrat de travail du MEDEC augmentant son temps de travail à 0.4 ETP</p> <p><b><u>La prescription est levée</u></b></p>
---	---	---	---------------	--	--

<p><b>Ecart 13</b></p> <p>Contrairement à l'article D312-158, le MEDEC n'a pas contribué à la rédaction du projet général de soins en lien avec l'équipe soignante</p>	<p>Art L-6143-2-2 du CSP</p> <p>Article D312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 13</b></p> <p>Etablir un projet général de soins en lien avec le MEDEC, l'équipe soignante et les professionnels intervenant dans l'établissement, tenant compte des spécificités et besoin de la population accueillie en forte dépendance dans les gestes de la vie quotidienne, et tenant compte de l'importance du secteur protégé (plus de la moitié des places)</p>	<p>6 mois</p>	<div data-bbox="1167 75 1758 466" data-label="Image"> </div>	<p>Le CR de la commission de coordination gériatrique du 19/12/2024 atteste de la présentation et discussion autour du projet général de soins.</p> <p><b><u>La prescription est levée</u></b></p>
--	---	--	---------------	--	--

<b>Ecart 14</b> L'article D312-158 du CASF stipule que le médecin coordonnateur veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, à la qualité des soins et à la coordination des parcours de santé. Hors il n'existe pas de temps d'échange en interne pour discuter en équipes des besoins, des soins des résidents, ainsi que des pratiques de soins.	Art D.312-158 du CASF Recommandation Circulaire DGCS/SD3A n° 2012-404 du 7 décembre 2012 relative aux missions du MEDEC	<b>Prescription 14</b> Formaliser des temps d'échanges et de coordination entre l'équipe pluridisciplinaire de façon régulière.	Immédiat		L'établissement fait part d'une feuille d'émergence sans précision sur le contenu ni la régularité des réunions. <u><b>La prescription est maintenue</b></u>
<b>Ecart 15</b> L'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles introduit la possibilité de joindre une annexe au contrat de séjour définissant les mesures particulières à prendre pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Aucun résident, y compris dans	Art L.311-4-1 du CASF Art. R.311-0-6 et R.311-0-7 du CASF	<b>Prescription 15</b> Etablir une annexe au contrat de séjour sur l'intégrité physique et la sécurité, dès lors que des mesures de privation de liberté tels que l'hébergement en secteur protégé et/ou la contention, sont mis en œuvre dans le plan de soins du résident.	Immédiat		<u><b>La prescription est levée</b></u>



<p>l'unité protégé, ne dispose d'une annexe à son contrat de séjour.</p>						
<p><b>Ecart 16</b></p> <p>Toutes les missions de médecin coordonnateur définies dans l'article D312158 du CASF, ne sont pas remplies en particulier celles relatives l'analyse des risques et à l'appropriation de bonnes pratiques.</p>	<p>D.312-158 du CASF</p>	<p><b>Prescription 16</b></p> <p>Le temps de coordination du MEDEC étant limité, envisager l'appui d'une infirmière de coordination à temps partiel pour appuyer la gestion du risque et des bonnes pratiques.</p>	<p>1 an</p>			<p>Le temps de travail du MEDEC est conforme à la capacité de l'établissement</p> <p><u>La prescription est levée</u></p>

<p><b>Ecart 17</b></p> <p>Les conventions avec les 11 médecins traitants n'ont pas été transmises et la liste des conventions ne mentionne aucune date de signature. L'article 1314-12 du CASF prévoit la signature d'un contrat sur les conditions d'exercice entre le professionnel de santé libéral et l'établissement</p>	<p>L314-12 du CASF</p>	<p><b>Prescription 17</b></p> <p>Etablir des conventions signées individuelles avec tous les médecins traitants et tous les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement selon modèle de contrats types fixé par arrêté du 30 décembre 2010</p>	<p>3 mois</p>		<p>L'établissement doit avoir une démarche active et individualisée auprès des médecins traitants pour inciter la signature d'une convention. L'envoi d'un email par le secrétariat n'est pas suffisant.</p> <p><b><u>La prescription est maintenue</u></b></p>
---	------------------------	---	---------------	--	---

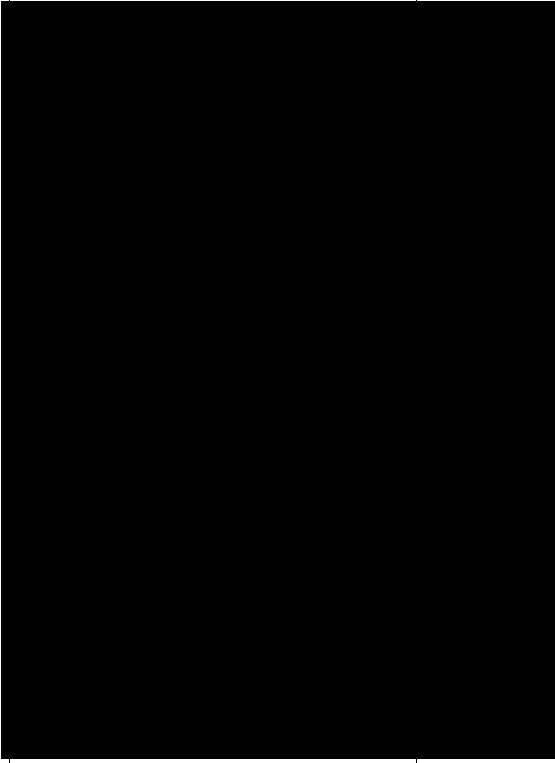
<sup>1</sup> Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://legifrance.gouv.fr))

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° justificatifs	Décision de l'ARS
Remarque 1 La connaissance du projet d'établissement et notamment du projet de soin n'est pas suffisamment connue du personnel	Recommandation 1 L'organisation de réunions de concertation autour du projet d'établissement est à systématiser en tant que support de pilotage stratégique de l'organisation et du fonctionnement de l'EHPAD (conformément à la recommandation HAS)	6 mois puis 2 fois par an			Dans l'attente du CR de la réunion du 20/3/25 <b><u>La recommandation est maintenue</u></b>
Remarque 2 Le gérant est positionné comme directeur dans les documents notamment budgétaires fournis aux autorités de tarification. A ce titre, il doit présenter le niveau de qualification requis par la réglementation (Art D312-176-6-CASF).	Recommandation 2 Fournir le(s) diplôme(s) du directeur gérant	15 jours			L'attestation de réussite à la maîtrise de droit des affaires a été produite. Le gérant s'est engagé dans une procédure de validation des acquis de l'expérience pour la validation du titre de niveau 7 « Dirigeant de l'économie médico-sociale ». <b><u>La recommandation est levée</u></b>

<p><b>Remarque 3</b></p> <p>Les missions du directeur ne sont pas définies dans un DUD, le directeur étant gérant. Cependant, il apparaît comme « directeur » dans divers documents (documents budgétaires notamment, organigramme). Les fonctions assurées par le directeur ne sont définies dans aucun document</p>	<p><b>Recommandation 3</b></p> <p>Élaborer une fiche de fonction précisant le rôle dévolu au gérant directeur dans l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD</p>	1 mois		<p>Une fiche de fonction signée précisant le rôle du gérant dans l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD a été produite. Cette fiche de fonction est signée et paraphée. Cependant, il est à noter que le document n'a pas d'en-tête.</p> <p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>
<p><b>Remarque 4</b></p> <p>Il n'y a pas d'organisation formalisée de la continuité de la fonction de direction. Le personnel ne sait pas s'il existe un planning des astreintes.</p>	<p><b>Recommandation majeure 4</b></p> <p>Formaliser une fiche d'organisation de l'astreinte pour garantir la continuité de la fonction de direction</p>	1 mois		<p>Une fiche organisant la permanence et la continuité de la fonction de direction a été produite. Elle est signée par les personnes assurant cette permanence.</p> <p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>

<p>Remarque 5</p> <p>Les PV de séances du CSE doivent être signés et mis à disposition des salariés. Ils ne sont pas affichés ou tenus dans un registre accessible aux salariés. Les modalités de fonctionnement de cette instance et de diffusion des PV aux salariés ne sont pas précisées au règlement intérieur.</p>	<p>Recommandation 5</p> <p>Les PV des réunions du CSE doivent être mis à disposition des salariés selon les modalités prévues à définir au règlement intérieur</p>	1 mois		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p>
<p>Remarque 6</p> <p>Le règlement intérieur comprend des dispositions contraires au code du travail (L1121-1 ; L3121-3 ; R4323-95.)</p>	<p>Recommandation 6</p> <p>La rédaction du règlement intérieur doit respecter les dispositions prévues par la convention collective, le code du travail, le droit des personnes et le respect des libertés individuelles. Une révision est préconisée en lien avec les représentants du personnel puis d'une transmission aux services de l'inspection du travail, pour information et avis.</p>	6 mois		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b> dans l'attente de la transmission</p>

<p><b>Remarque 7</b></p> <p>Le CSE n'a pas vocation à réaliser la diffusion du plan de formation mais il peut recueillir l'avis des salariés sur son contenu. Il appartient à l'équipe de direction d'identifier, recueillir les besoins et d'élaborer en réponse un plan de formation adapté et en informer le personnel</p>	<p><b>Recommandation 7</b></p> <p>Partager le plan de formation annuel arrêté avec le personnel a minima une fois par an et informer de son contenu les nouveaux arrivants.</p>	1 fois par an		<p>Le document transmis (fiche de vœux de formation) atteste qu'une demande établie pour les personnels aux souhaits de formations sera proposée à compter de 2025</p> <p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>
<p><b>Remarque 8</b></p> <p>Les plans de formation sollicités au titre des pièces à fournir n'ont pas communiqués</p>	<p><b>Recommandation 8</b></p> <p>Fournir les plans de formation de 2022 à 2024, la liste des personnes ayant suivi une formation ainsi que les attestations de présence</p>	1 mois		<p>Les plans de formation ont été fournis pour les années 2020/2021/2022 et 2024 Il manque le plan de formation pour l'année 2023</p> <p>Les feuilles d'émargement fournies attestent que la tenue de formations flash sur les thèmes suivants : (exercice, sécurité déclenchement ; formation sur AVC, démence dispensées par le méd co ; nouveau classeur sur les plans de soins + zapette ; chute et gestion des chutes et déclaration ; procédure de déclenchement de l'alarme incendie ; tri des déchets ; procédure de réinitialisation SSI) ont été dispensées)</p> <p><b><u>La recommandation est levée</u></b> avec demande de fourniture du plan 2023</p>

<p>Remarque 9</p> <p>Directeur doit s'assurer de la mise en œuvre de la formation du personnel ce qui n'est pas garanti au vu des informations communiquées lors de l'entretien avec le directeur et l'absence de fourniture des documents requis</p>	<p>Recommandation 9</p> <p>Fournir la liste des personnes ayant suivies les formations de 2022 à 2024 ainsi que les attestations de présence des formations bientraitance</p>	<p>15 jours</p>		<p>Les documents demandés ont été fournis  <b><u>La recommandation est levée</u></b></p>
---	---	-----------------	--	--

<p><b>Remarque 10</b></p> <p>Les formations et exercices incendie ne sont pas systématiquement reportés au registre de sécurité et la fréquence de ceux ci- n'a pas été respectée entre 2021 et 2024 en écart avec les consignes de sécurité (art J39 du code de la construction) rappelées par le PV de la commission de sécurité du 3/8/21</p>	<p><b>Recommandation majeure 10</b></p> <p>La mission rappelle l'obligation de se conformer aux prescriptions réglementaires incendie pour les établissements de type J4 et rappelées à l'avis de la commission de sécurité, en organisant semestriellement (conformément à l'art J39 code de la construction et R4141 et 4227 du code du travail), des formations et instructions semestrielles destinées à l'instruction de l'ensemble des professionnels.</p> <p>Ces formations réalisées doivent figurer au registre de sécurité.</p>	1 mois		<p>Le gestionnaire atteste avoir inscrit les formations incendie réalisées au registre de sécurité</p> <p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>
<p><b>Remarque 11</b></p> <p>Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) date d'avril 2022 et n'a pas été révisé annuellement</p>	<p><b>Recommandation 11</b></p> <p>Mettre à jour le document annuellement pour établir les risques professionnels de façon exhaustive, et inclure les axes de prévention pour les risques psychosociaux.</p>	6 mois		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p>



<b>Remarque 12</b> Les dossiers consultés lors de l'inspection ne comportaient pas d'éléments relatifs à la personne de confiance	<b>Recommandation 12</b> Mettre à jour l'ensemble des dossiers des usagers en complétant l'annexe 8 relative à la personne de confiance	3 mois		Il est juste noté que l'annexe 8 est en cours de révision <b><u>La recommandation</u></b> de mise à jour des dossiers des usagers intégrant la complétude de l'annexe 8 désignant la personne de confiance <b><u>est maintenue.</u></b>
<b>Remarque 13</b> Les contrats peuvent comporter des anomalies sur certaines annexes. (Exemple désignation de la personne de confiance : le résident Lui-même )	<b>Recommandation 13</b> Corriger les anomalies constatées (facturation, désignation des personnes de confiance) et mettre en place une veille juridique des documents en vue de leur modification en fonction des évolutions réglementaires et des besoins des personnes	3 mois		<b><u>La recommandation est maintenue</u></b> dans l'attente des éléments attestant des corrections apportées
<b>Remarque 14</b> Aucune convention n'a été transmise par l'établissement, seulement un sommaire de conventions	<b>Recommandation 14</b> Etablir des conventions avec un réseau d'expertise ou une filière de soins gériatrique, soins palliatifs, soins urgents et non programmés	6 mois		<b><u>La recommandation est levée</u></b>

<p>Remarque 15</p> <p>Il n'y a pas de procédure formalisée pour assurer la permanence des soins. D'autre part le réseau médical repose sur les contacts du MEDEC.</p>	<p>Recommandation 15</p> <p>Prioriser les ressources territoriales pour assurer la permanence des soins ambulatoires hors urgence et formaliser un réseau de partenaires pour les soins programmés ou les consultations spécialisées.</p>	6 mois		<p>L'établissement n'a pas transmis de procédure formalisée pour la permanence des soins, ni de convention avec un établissement de santé pour des soins programmés ou non programmés</p> <p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p>
<p>Remarque 16</p> <p>Les documents relatifs à la commission de coordination gériatrique ne sont pas disponibles</p>	<p>Recommandation 16</p> <p>Rédiger les convocations, ordre du jour et compte rendu, avec la liste des participants, des commissions de coordination gériatrique</p>	immédiat		<p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>
<p>Remarque 17</p> <p>Le projet d'accompagnement personnalisé n'est pas systématiquement signé par le résident ou son représentant légal</p>	<p>Recommandation 17</p> <p>Faire signer le projet d'accompagnement personnalisé par le résident ou son représentant légal</p>	immédiat		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p> <p>dans l'attente d'éléments de preuve</p>
<p>Remarque 18</p> <p>La politique de formation de l'établissement est limitée ne proposant que des formations flash en interne.</p>	<p>Recommandation 18</p> <p>Formaliser un plan de formation, y compris avec des ressources externes, assurer un recueil des besoins en formation ainsi qu'un suivi des demandes.</p>	6 mois avec actualisation annuelle		<p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>

<p>Remarque 19</p> <p>Des personnes non habilitées ont accès à des données personnelles sensibles d'ordre médical</p>	<p>Recommandation 19</p> <p>Veiller constamment au respect et à la sécurité des données sensibles</p>	<p>immédiat</p>		<p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>
<p>Remarque 20</p> <p>La dispensation des soins est difficile à documenter dans le dossier de soins, entre la réalisation du plan de soins et les transmissions écrites</p>	<p>Recommandation 20</p> <p>Être plus systématique pour enregistrer dans le dossier patient, tous les actes effectués selon le plan de soins.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>L'établissement n'amène pas la preuve d'un changement de pratique pour que les soins effectués soient systématiquement enregistrés.</p> <p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p>
<p>Remarque 21</p> <p>Un travail de remises à jour des procédures et protocoles sera à mener.</p>	<p>Recommandation 21</p> <p>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 chute, contention, troubles du comportement, urgence ...</p>	<p>1 an</p>		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p>
<p>Remarque 22</p> <p>L'approche de la contention est peu questionnée en équipe sans analyse du risque et des alternatives</p>	<p>Recommandation 22</p> <p>Revoir en équipes les protocoles relatifs aux chutes et à la contention. Systématiser une réunion de staffs pour une analyse pluridisciplinaire des</p>	<p>Immédiat</p>		<p>L'établissement fourni des éléments attestant d'une réflexion sur les pratiques de contention et sur le partage d'information</p> <p><b><u>La recommandation est levée</u></b></p>

	chutes et du renouvellement de la prescription de la contention (bien-fondé, implication du résident/famille, bénéfice/risque, alternatives)				
Remarque 23 Le local à DASRI n'était pas nettoyé.	Recommandation 23 Nettoyer le local à DASRI	immédiat			<u>La recommandation est levée</u>
Remarque 24 Il n'y a pas de prescription médicale du broyage des médicaments.	Recommandation 24 Le broyage des médicaments doit être prescrit par le médecin traitant, sur troubles avérés de la déglutition ; le médecin traitant est responsable de l'adaptation du traitement en cas d'alerte de la pharmacie et/ou du logiciel de soin que le traitement ne peut être broyé.	Immédiat			<u>La recommandation est levée</u>

<p>Remarque 25</p> <p>La péremption des médicaments stupéfiants n'est pas vérifiée régulièrement.</p>	<p>Recommandation 25</p> <p>Mettre en place une procédure trimestrielle de vérification des stupéfiants</p>	<p>3 mois</p>		<p>Le protocole transmis est ancien (2015), s'adresse aux directions, ne précise pas les rôles de chacun, et les procédures de gestion décrites ne correspondent pas au relevé transmis (qui est un relevé ponctuel , unique (mai 2024), sans suivi des entrées/sorties.</p> <p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p>
<p>Remarque 26</p> <p>Il n'y a pas de temps d'échange formalisé de l'équipe soignante (réunion de staff pour échange sur les résidents, les bonnes pratiques, RETEX et adaptations de protocole etc.)</p>	<p>Recommandation 26</p> <p>Mettre en place une réunion de staff et établir des comptes rendus écrits au moins hebdomadaire réunissant l'équipe soignante, hors CODIR ; ce temps pourrait être animé par une IDEC</p>	<p>3 mois</p>		<p><b><u>La recommandation est maintenue</u></b></p> <p>dans l'attente d'éléments de preuve de la mise en place en janvier 2025</p>