

Services émetteurs : Direction des usagers, des affaires juridiques et
De l'inspection-contrôle -Pôle Inspection Contrôle
Conseil département de l'Hérault

Monsieur le Président
CCAS de Thézan-lès-Béziers
Hôtel de Ville
14 rue Cap Nicolle Farret
34490 THÉZAN-LÈS-BÉZIERS

Réf. Interne : DUAJIC-PIC/2024-073

Date : 22 avril 2024

N° PRIC : MS-2023-34-CS-05

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'EHPAD « L'Orée du Pech »

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD « L'Orée du Pech » (34)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date des 17 et 18 octobre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention datée du 29 janvier 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 19 mars 2024.

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. En synthèse, 7 des 22 prescriptions et 17 des 39 recommandations sont maintenues.

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 les modalités de prise en charge médico-sociale des résidents hébergés.

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 départemental 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 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 ».

Nous savons pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

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

Le Directeur général

Pour le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation,
La Directrice Générale Adjointe


Sophie ALBERT
Didier JAFFRE

Pour le Président et par délégation,
La Directrice adjointe de la maison
départementale de l'autonomie


Florence ALDEBERT

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

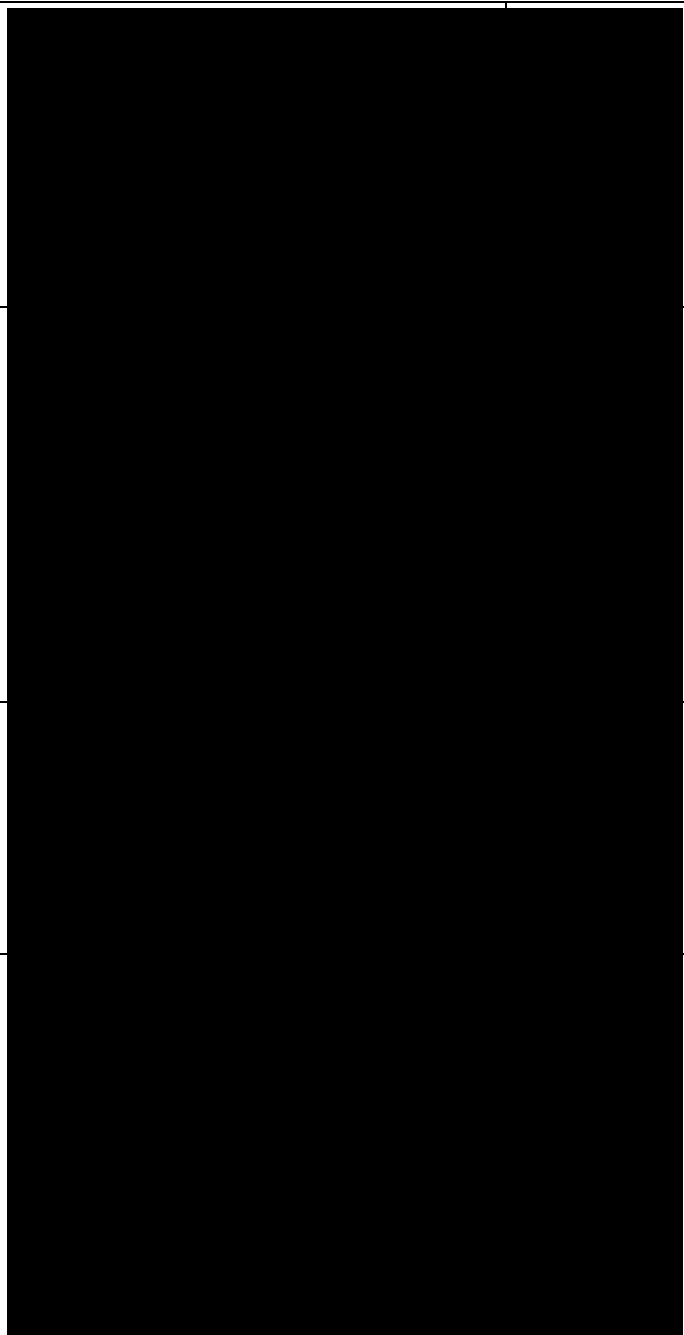
Inspection des 17 et 18 octobre à l'EHPAD « L'Orée du Pech »
9 avenue de Béziers - 34490 Thézan Lès Béziers

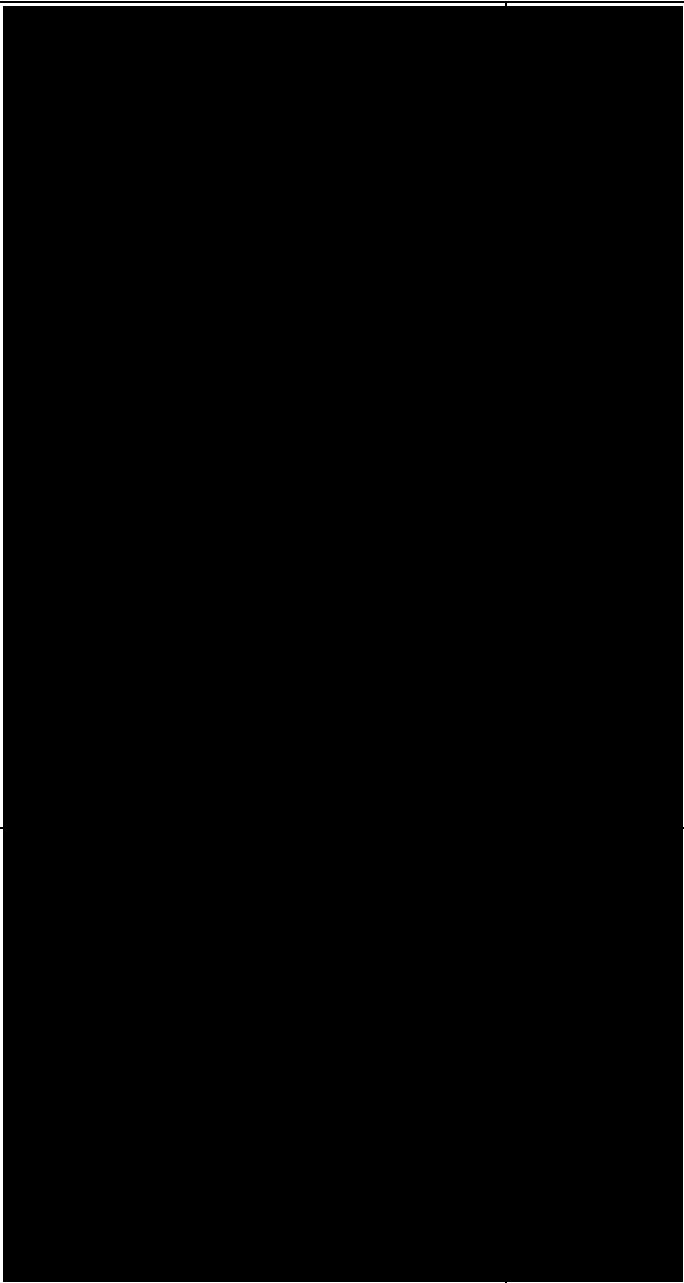
*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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.*


| Ecart (22) | Rappel de la réglementation | Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue | Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision des autorités | Réponses de l'inspecté | Justificatifs | Décision des autorités (ARS/CD34) |
|--|-----------------------------|--|---|------------------------|---------------|---|
| <u>Ecart 1 :</u> La gouvernance n'a pas transmis son règlement de fonctionnement, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de son existence. | Art.R311-33 du CASF | <u>Prescription 1 :</u> Le gestionnaire doit transmettre à l'ARS et au CD le règlement de fonctionnement en vigueur et conforme aux exigences réglementaires ainsi que ses modalités de diffusion. | Immédiat | | | Prescription 1 levée |
| <u>Ecart 2 :</u> Le projet d'établissement ne précise pas la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. | Art. L 311-8 du CASF | <u>Prescription 2 :</u> Le gestionnaire devra dans son projet d'établissement 2024-2028 préciser la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Transmettre aux autorités le projet d'établissement 2024-2028. | 6 mois | | | Prescription 2 maintenue Délai : 6 mois |

| | | | | | |
|--|--|--|----------|--|---|
| | | | | | |
| <u>Ecart 3 :</u> Le contrat de séjour signé a été retrouvé de façon irrégulière dans les dossiers. | Art. L 311-4 du CASF | <u>Prescription 3 :</u> Les contrats de séjour formalisés et signés doivent être intégrés à chaque dossier administratif de résidents et sur « TITAN » | 1 mois | | Prescription 3 maintenue Il est rappelé que le contrat de séjour doit être signé par le résident ou son représentant légal désigné par ordonnance judiciaire. Délai : 1 mois |
| <u>Ecart 4 :</u> Le recueil du consentement éclairé du résident a été irrégulièrement retrouvé dans les dossiers des résidents. | Art. L.311-3 du CASF –Charte des droits et libertés de la personne accueilli (art.4) | <u>Prescription 4 :</u> La structure doit garantir l’effectivité du recueil du consentement du résident. Transmettre à l’ARS les modalités du recueil. | Immédiat | | Prescription 4 levée |
| <u>Ecart 5 :</u> Le livret d’accueil ne comprend pas en annexe la charte des droits et libertés de la personne accueillie. | Art. L. 311-4 du CASF | <u>Prescription 5 :</u> Annexer la charte des droits et libertés de la personne accueillie au livret d’accueil. Transmettre aux autorités le livret d’accueil revu. | Immédiat | | Prescription 5 levée |

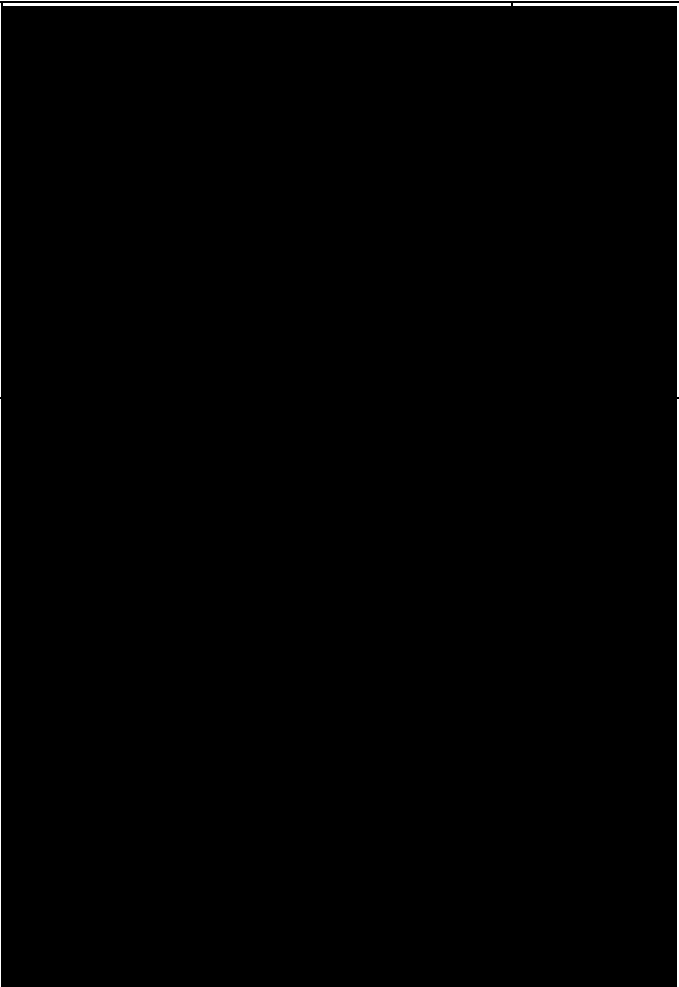
| | | | | | |
|---|-----------------------|--|----------|---|---|
| <u>Ecart 6 :</u> L'état des lieux n'a pas été trouvé dans les dossiers des résidents. | Art.L311-7-1 du CASF | <u>Prescription 6 :</u> Le gestionnaire doit réaliser un état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie du résident. Transmettre à l'ARS tout justificatif. | 1 mois |  | Prescription 6 maintenue dans l'attente de l'attestation d'effectivité pour l'ensemble des résidents Délai : 1 mois |
| <u>Ecart 7 :</u> Les données médicales sont trouvées dans les dossiers administratifs de certains résidents. Le secret médical n'est pas respecté. | Art. 4127-4 du CSP | <u>Prescription 7 :</u> La structure doit garantir le secret médical des données de chaque résident. Retirer les données médicales des dossiers administratifs. Transmettre à l'ARS la preuve de cette effectivité. | Immédiat | | Prescription 7 levée |
| <u>Ecart 8 :</u> Les CR des CVS ne sont pas signés par sa présidence. | Art.D.311-20 du CASF | <u>Prescription 8 :</u> La structure doit garantir la signature des CR des CVS par sa présidence, pour les prochaines séances. | Immédiat | | Prescription 8 levée |
| <u>Ecart 9 :</u> En l'absence de transmission de 3 CR de CVS pour 2021, 2022 et 2023, la mission ne peut s'assurer que le CVS se réunit à minima 3 fois par an conformément aux dispositions réglementaires. | Art. D 311-16 du CASF | <u>Prescription 9 :</u> Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF. Transmettre le calendrier de tenue des CVS pour 2023 à l'ARS. | Immédiat | | Prescription 9 levée |

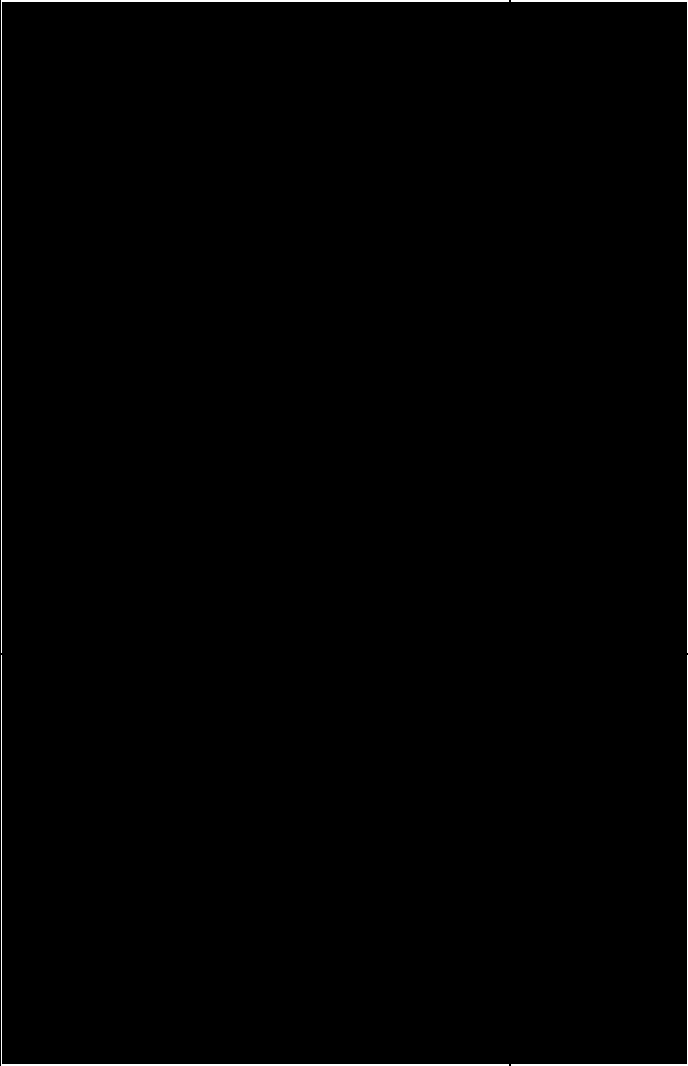
| | | | | | |
|---|--|---|---------------|---|---|
| <p><u>Ecart 10 :</u> La structure ne réalise pas chaque année d'enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé.</p> | <p>Art. D.311-15 du CASF</p> | <p><u>Prescription 10 :</u> Organiser une enquête de satisfaction chaque année à destination des résidents et des familles. En dresser le bilan et procéder à l'affichage des résultats de ces enquêtes dans l'espace d'accueil de la structure. Les adresser pour examen tous les ans par le conseil de vie sociale. Transmettre aux autorités tout document justifiant de la réalisation de cette enquête dont la méthodologie.</p> | <p>6 mois</p> |  | <p>Prescription 10 partiellement levée : en attente du bilan, de l'affichage des résultats et de son examen par le CVS. Délai : 6 mois</p> |
| <p><u>Ecart 11 :</u> L'établissement ne respecte pas l'ensemble des obligations en matière d'affichage tous publics à l'entrée de la structure.</p> | <p>L311-4, R311-32-1 et R311-34 du CASF - Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.3)</p> | <p><u>Prescription 11 :</u> Le tableau d'affichage doit comporter l'ensemble des documents d'information prévus réglementairement et à jour. Faire parvenir le justificatif aux autorités.</p> | <p>3 mois</p> | | <p>Prescription 11 levée</p> |

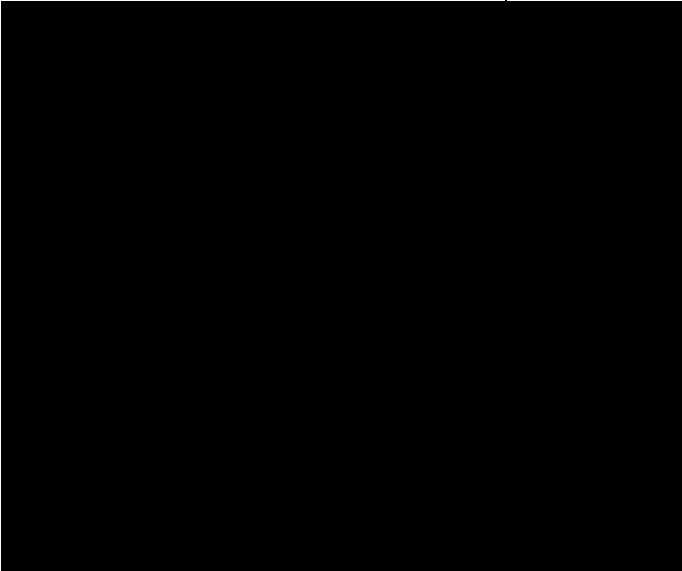
| | | | | | |
|--|---|---|---------------|--|---|
| <p><u>Ecart 12 :</u> La procédure de déclaration des évènements indésirables ne précise pas l'obligation de déclarer sans délai aux autorités de tutelles. L'adresse des autorités de contrôle n'est pas indiquée.</p> | <p>Art. L 331-8-1 du CASF Art.1 de l'arrêté du 28 décembre 2016</p> | <p><u>Prescription 12 :</u> Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements graves dont les EIAS et les EIGS et des événements en y intégrant l'obligation de déclarer sans délai les dysfonctionnements graves et les événements et les adresses mail des autorités de contrôle.</p> | <p>1 mois</p> | | <p>Prescription 12 levée</p> |
| <p><u>Ecart 13 :</u> Le plan bleu n'est pas intégré dans le projet d'établissement 2018-2023. Les modalités d'anticipation et gestion des situations sanitaires à risque, tendues et exceptionnelles ne sont pas intégrées dans le projet d'établissement 2018-2023.</p> | <p>Art. D312-160 du CASF</p> | <p><u>Prescription 13 :</u> La gouvernance devra intégrer dans le projet d'établissement en cours de rédaction, les plans d'anticipation et de gestion des situations de crises sanitaires notamment climatique (Canicule) ainsi que le plan bleu élargi.</p> | <p>6 mois</p> | | <p>Prescription 13 maintenue : En l'attente du projet d'établissement 2024-2029 Délai : 6 mois</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|--|-----------------|---|---|
| <p><u>Ecart 14 :</u> La mission n'a pas eu connaissance de la désignation par le Directeur d'un référent pour l'activité physique et sportive, parmi ses personnels</p> | <p>Art. D311-40 du CASF</p> | <p><u>Prescription 14 :</u> Le directeur doit désigner parmi ses personnels le référent pour mentionnée à l'article L.311-12 Transmettre aux autorités le justificatif</p> | <p>Immédiat</p> |  | <p>Prescription 14 levée</p> |
| <p><u>Ecart 15 :</u> Le recours aux faisant fonctions d'AS contrevient à la réglementation. Le statut de « faisant fonction AS » est inconnu réglementairement.</p> | <p>Art. D.312-155-0 du CASF</p> | <p><u>Prescription 15 :</u> Le gestionnaire doit élaborer un plan d'actions sous 6 mois visant à augmenter la qualification des personnels « faisant fonction » AS via la VAE, la formation, l'apprentissage... Transmettre le justificatif à l'ARS et au CD.</p> | <p>6 mois</p> | | <p>Prescription 15 levée.</p> |
| <p><u>Ecart 16 :</u> Les dossiers des salariés ne comportent pas le bulletin n°3 du casier judiciaire ou la preuve de la vérification de l'extrait du casier judiciaire avant signature du contrat d'embauche ni après l'embauche.</p> | <p>Art. L.133-6 du CASF</p> | <p><u>Prescription 16 :</u> La structure doit demander de façon systématique lors du recrutement du personnel le bulletin n°3 du casier judiciaire afin de s'assurer du droit de ce dernier à exercer dans la structure. Transmettre le justificatif aux autorités. Il est rappelé à la structure que le</p> | <p>Immédiat</p> | | <p>Prescription 16 maintenue Il est demandé à la direction d'adresser la preuve qu'elle demande bien le bulletin n°3 avant le recrutement et qu'un contrôle des antécédents est bien réalisé après l'embauche. <u>Il peut s'agir d'une attestation de la direction.</u> En effet, les bulletins n'ont pas vocation à être</p> |

| | | | | | |
|---|-----------------------|--|----------|--|--|
| | | contrôle des antécédents doit, par ailleurs, être réalisé après l'embauche. | | | conservés. Délai : 6 mois |
| <u>Ecart 17 :</u> Le médecin coordinateur ne dispose pas de qualifications réglementaires pour l'exercice de cette fonction. | Art. D312-156 du CASF | <u>Prescription 17 :</u> Le médecin coordinateur doit valider sa formation DU de médecin coordinateur au plus tard mi 2024. Transmettre le justificatif aux autorités. | 6 mois | | Prescription 17 levée. Le médecin coordinateur devra disposer de qualifications nécessaires au plan réglementaire au plus tard dans <u>un délai de 3 ans</u> après son recrutement. |
| | | Dans l'attente de l'obtention de ce DU, l'établissement devra transmettre à l'ARS les attestations de participation et validation des actions de Formation Médicale Continue (FMC) dans le champ de la gériatrie et gériatrie sur l'année 2023 et 2024 | Immédiat | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------------------|
| <p><u>Ecart 18 :</u> La quotité réelle du temps de travail du médecin coordinateur (0.4 ETP) est inférieure à la quotité réglementaire (0.6 ETP) pour la capacité autorisée de 60 places.</p> | <p>Art. D.312-156 du CASF</p> | <p><u>Prescription 18 :</u> La quotité réelle du temps de travail du médecin coordinateur doit être majorée pour atteindre un temps de présence effective de 0,6 ETP. Transmettre aux autorités le justificatif.</p> | <p>6 mois</p> |  | <p>Prescription 18 levée</p> |
| <p><u>Ecart 19 :</u> Absence d'organisation et de tenue effective de la commission de coordination gériatrique ou de pratiques de concertations formalisées et régulières associant les professionnels de santé libéraux en particulier les médecins traitants depuis 01/23</p> | <p>Art.D312-158 du CASF</p> | <p><u>Prescription 19 :</u> Une commission de coordination gériatrique doit être organisée de manière formelle et réunie au moins 1 fois/an par le médecin coordonnateur avec l'appui de la direction de l'EHPAD. Ces réunions doivent donner lieu à un compte rendu écrit, daté. La direction doit inclure la participation aux réunions de cette commission dans les contrats établis avec les professionnels de santé libéraux en particulier les médecins traitants intervenant et appuyer auprès de ces professionnels les invitations lancées par</p> | <p>1^{er} trimestre 2024</p> | | <p>Prescription 19 levée</p> |

| | | | | | | |
|--|----------------------------|--|----------|--|--|--|
| | | le Médecin coordonnateur. Transmettre à l'ARS la date de la prochaine commission. | | | | |
| <u>Ecart 20 :</u> L'établissement n'a pas conclu de conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité portant sur les champs de la prise en charge des urgences, de la médecine et de la gériopsychiatrie. | Art. D312-155-0 5° du CASF | <u>Prescription 20 :</u> Il est rappelé à la structure l'obligation de conclure des conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité portant sur les champs de la prise en charge des urgences, de la médecine et de la gériopsychiatrie. Transmettre aux autorités les conventions. | 3 mois |  | | Prescription 20 levée. Une attention particulière doit être portée à la conclusion de conventions portant sur les urgences et la gériopsychiatrie avec le CH de Béziers |
| <u>Ecart 21:</u> La procédure d'élimination des DASRI, la convention signée avec une société de collecte des DASRI, ni le bordereau d'élimination des DASRI n'ont été communiqués à la mission lors de la visite sur place. | Art.R1335-1 à 5 du CSP | <u>Prescription 21 :</u> Cette procédure datée, validée et signée ainsi que la convention signée avec une société agréée pour le ramassage, collecte et traitement des DASRI et le bordereau de traçabilité des opérations de collecte des DASRI doivent être transmis à l'ARS. | Immédiat | | | Prescription 21 levée |

| | | | | | |
|--|--|--|---------------|--|---|
| <p><u>Ecart 22 :</u> En l'absence d'adhésion à un réseau d'expertise ou filière locale de soins gériatrique, de relations formalisées et formelles établies avec le DAC, les CLIC, l'EHPAD n'inscrit pas son action au sein de la coordination gériatrique locale.</p> | <p><u>Art. D 312-155-0 du CASF</u></p> | <p><u>Prescription 22 :</u> L'EHPAD doit adhérer de manière formalisée, par la signature d'une convention d'adhésion à la filière locale de soins gériatriques incluant le DAC, les CLIC, les établissements de santé, médicosociaux de proximité de prise en charge des personnes âgées. Transmettre à l'ARS les conventions.</p> | <p>3 mois</p> |  | <p>Prescription 22 partiellement levée : elle est maintenue pour ce qui concerne le DAC, les établissements médicosociaux de proximité, Délai : 1 an</p> |
|--|--|--|---------------|--|---|

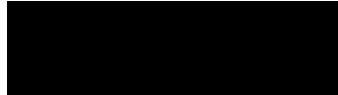
| Remarques (39) | Recommandations mesures attendues | Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponses de l'inspecté | Justificatifs | Décision de l'ARS |
|--|--|---|------------------------|---------------|---|
| <p><u>Remarque 1 :</u> La mission constate une occupation de 57 places sur les 60 places autorisées et l'absence d'occupation sur les places d'hébergement temporaire.</p> | <p><u>Recommandation 1 :</u> Le gestionnaire est invité à optimiser le taux d'occupation et à poursuivre sa réflexion sur la transformation des places d'hébergement temporaire conformément aux dispositions du CPOM 2023-2027.</p> | 2024 | | | <p>Recommandation 1 maintenue 2024</p> |

| | | | | |
|---|---|----------|--|------------------------|
| <p><u>Remarque 2 :</u> Il n'existe pas de procédure formalisée de gestion des dossiers administratifs des résidents.</p> | <p><u>Recommandation 2 :</u> Une procédure de gestion des dossiers administratifs et médicaux doit être élaborée, formalisée pour garantir la complétude, la bonne tenue et l'accessibilité de ces dossiers et de leurs pièces constitutives y compris sur « TITAN ».</p> | 3 mois | | Recommandation 2 levée |
| <p><u>Remarque 3 :</u> L'effectif mentionné sur l'organigramme diffère de celui budgété en 2023.</p> | <p><u>Recommandation 3 :</u> Le gestionnaire est invité à argumenter les raisons de cet écart et à ajuster, le cas échéant, l'organigramme.</p> | Immédiat | | Recommandation 3 levée |
| <p><u>Remarque 4 :</u> Le directeur de la structure ne dispose pas de document de délégation et/ou subdélégation du Président du CCAS. Les modalités de mise à disposition du Directeur n'ont pas été adressées à la mission.</p> | <p><u>Recommandation 4 :</u> Le gestionnaire est invité à formaliser les délégations et/ou subdélégations consenties par le président du conseil d'administration au directeur de la structure. Transmettre aux autorités les modalités de mise à disposition du Directeur. Transmettre le document à l'ARS et au CD34.</p> | 3 mois | | Recommandation 4 levée |
| <p><u>Remarque 5 :</u> L'établissement n'a pas fourni l'arrêté de nomination du Directeur.</p> | <p><u>Recommandation 5 :</u> Transmettre aux autorités l'arrêté de nomination du directeur.</p> | Immédiat | | Recommandation 5 levée |

| | | | | | |
|---|---|--------|--|--|--|
| <p><u>Remarque 6 :</u> La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée.</p> | <p><u>Recommandation 6 :</u> Formaliser, mettre en œuvre et diffuser l'organisation de la continuité de la fonction de direction. Transmettre le calendrier d'astreinte du 1^{er} semestre 2024 à l'ARS et au CD34.</p> | 1 mois | | | <p>Recommandation 6 maintenue : Délai : 2nd semestre 2024</p> |
| <p><u>Remarque 7 :</u> Le bilan des plaintes et des réclamations n'a pas été présenté au CVS.</p> | <p><u>Recommandation 7 :</u> Le gestionnaire est invité à réaliser le bilan des plaintes et des réclamations, le cas échéant, et le présenter au CVS.</p> | 3 mois | | | <p>Recommandation 7 levée</p> |
| <p><u>Remarque 8 :</u> L'établissement ne dispose pas d'instance représentative du personnel. La mission a été informée d'un climat social tendu au sein de la structure en raison des difficultés dans la gestion des ressources humaines et de difficultés relationnelles entre le personnel et la direction.</p> | <p><u>Recommandation 8 :</u> Le gestionnaire doit engager une réflexion pour améliorer le climat social au sein de la structure. Transmettre aux autorités le plan d'actions visant à l'amélioration du climat social.</p> | 3 mois | | | <p>Recommandation 8 partiellement levée : Une enquête de satisfaction est à construire et à mener auprès de l'ensemble du personnel – Adresser aux autorités le bilan et les actions en découlant. Délai : 6 mois</p> |

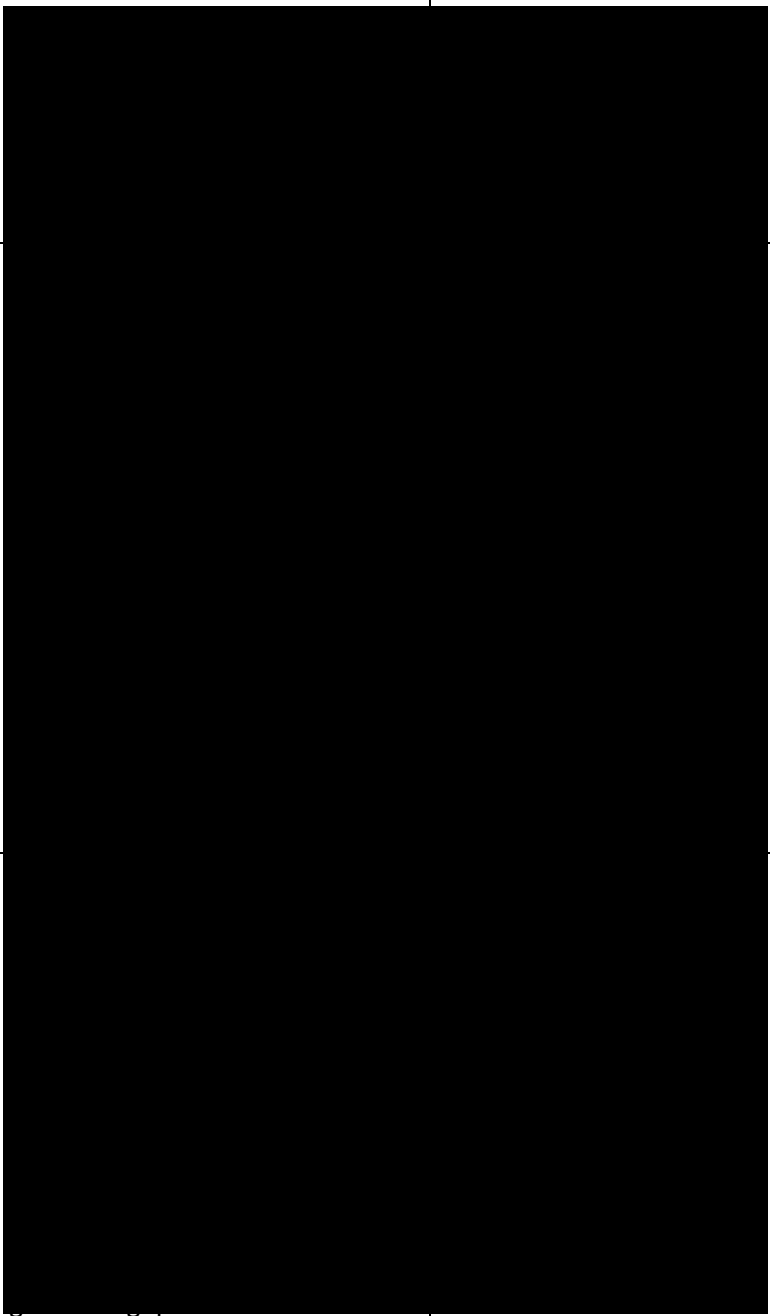
| | | | | | |
|---|---|--------|--|--|--|
| | | | | | |
| <u>Remarque 9 :</u> Les comptes rendus de l'analyse des fiches d'évènement indésirables ne sont pas systématiquement diffusés au personnel. | <u>Recommandation 9 :</u> La gouvernance devra réviser sa procédure de gestion des risques de manière à diffuser son acculturation à l'ensemble de agents. Transmettre le document et les modalités de diffusion aux autorités. | 3 mois | | | Recommandation 9 levée |
| <u>Remarque 10 :</u> Les protocoles ou procédures de déclaration et gestion des événements indésirables et de gestion du risque de maltraitance ne sont pas signés par le médecin coordonnateur. | <u>Recommandation 10 :</u> Transmettre à l'ARS les protocoles signés par le médecin coordonnateur. | 1 mois | | | Recommandation 10 partiellement levée. La rédaction de cette procédure devra être améliorée en décrivant précisément le qui fait quoi quand et |

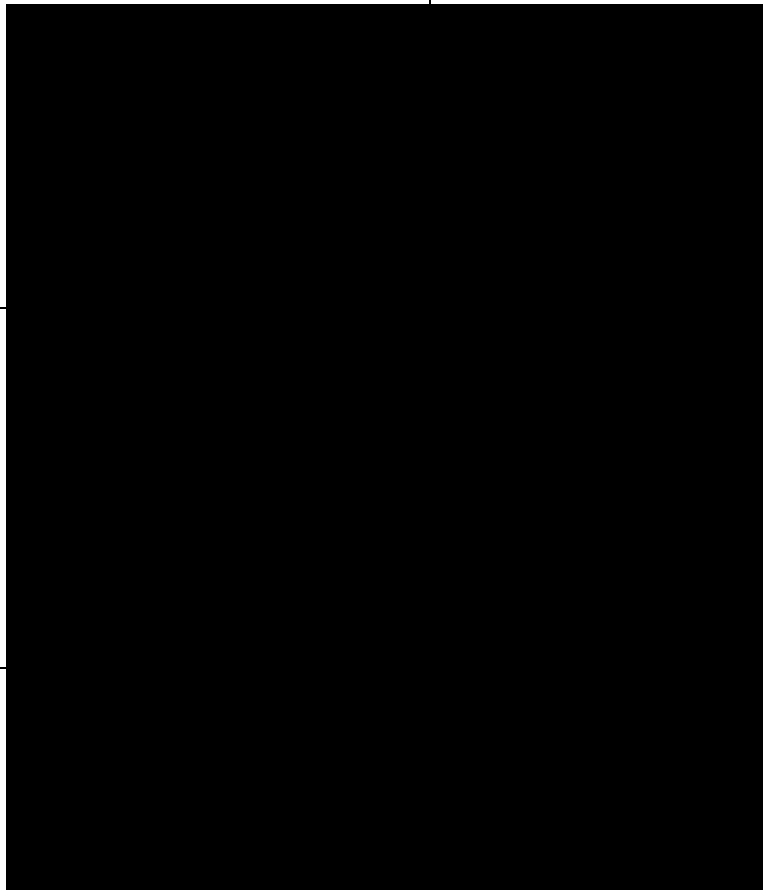
| | | | | | |
|---|--|--------|--|--|--|
| | | | | | comment à chaque étape. La procédure revue est à transmettre à l'ARS. Délai : 1 mois |
| <u>Remarque 11 :</u> La structure a un recours aux CDD de 50%. | <u>Recommandation 11 :</u> La gouvernance est invitée poursuivre ses actions pour stabiliser ses équipes. Adresser aux autorités le plan d'actions. | 3 mois | | | Recommandation 11 levée |

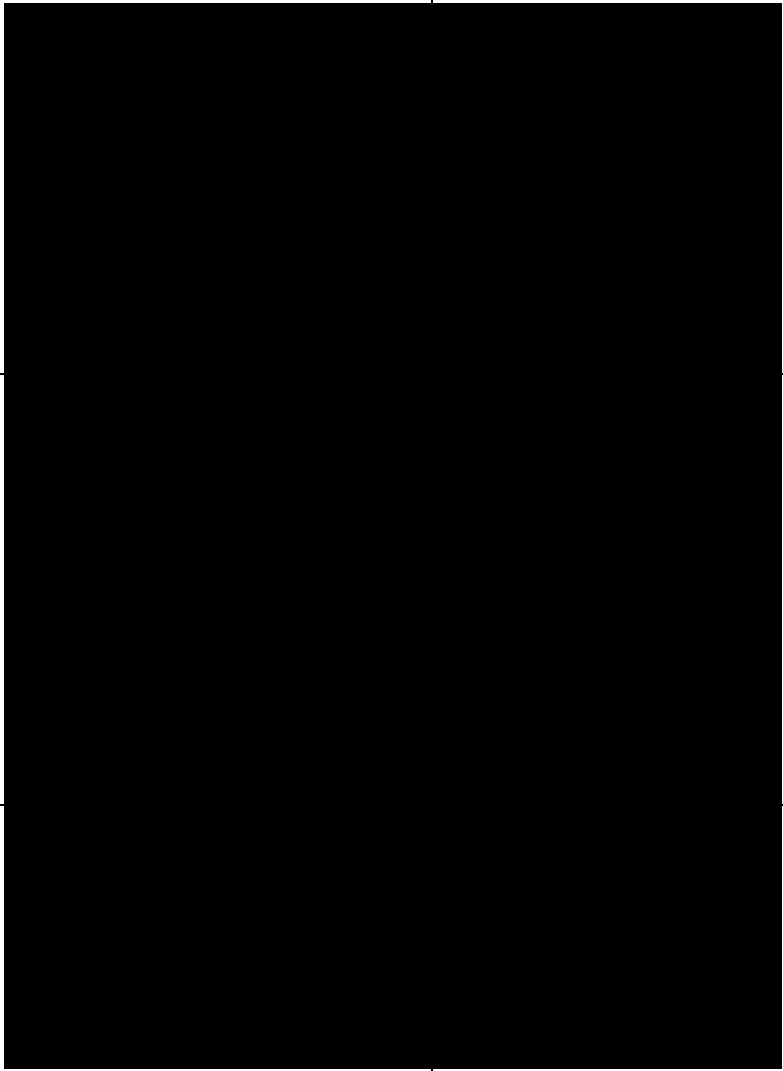
| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| <p><u>Remarque 12 :</u> Le personnel en place le jour de l'inspection (45.61 ETP) n'est pas conforme au personnel prévu au budget (EPRD 2023) de 44 ETP.</p> | <p><u>Recommandation 12 :</u> Poursuivre les efforts pour transmettre à l'ARS un budget prévisionnel proche de la réalité.</p> | <p>Lors de la transmission de l'EPRD 2024 à l'ARS.</p> | | | <p>Recommandation 12 levée</p> |
| <p><u>Remarque 13 :</u> Les contrats de travail ne sont pas systématiquement dans les dossiers individuels des salariés, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que tout agent dispose d'un contrat de travail.</p> | <p><u>Recommandation 13 :</u> La gouvernance est invitée à veiller à ce que chaque professionnel dispose d'une fiche de poste ou de fonction et d'un contrat ; bénéficie d'un entretien professionnel annuel et du diplôme requis. Procéder à la complétude des dossiers du personnel et adresser aux autorités tout justificatif.</p> | <p>1 mois</p> | | | <p>Recommandation 13 levée</p> |
| <p><u>Remarque 14 :</u> Les dossiers du personnel ne comprennent pas systématiquement les fiches de poste, les diplômes requis et les entretiens annuels d'évaluation.</p> | | | |  | <p>Observation : La fiche de poste (datée de 2016) est à signer par la psychologue employée par l'établissement.</p> |

| | | | | | |
|---|--|--------|--|--|---|
| <p><u>Remarque 15 :</u> En l'absence de transmission à la mission du DUERP 2023, la mission ne peut pas s'assurer de son existence.</p> | <p><u>Recommandation 15 :</u> Transmettre à l'ARS le DUERP 2023 signé par les instances impliquées (médecine du travail, services de prévention des organismes de sécurité sociale).</p> | 3 mois | | | <p>Recommandation 15 maintenue en attente du DUERP 2024 Délai : 3 mois</p> |
| <p><u>Remarque 16 :</u> La mission a été informée de difficultés rencontrées par la structure avec le centre de gestion pour proposer au personnel des formations adaptées.</p> | | | | | <p>Dont acte. Il serait utile de proposer au CNFPT des actions de formation mutualisées avec d'autres établissements.</p> |
| <p><u>Remarque 17 :</u> La gouvernance n'a pas élaboré de dispositif institutionnel de soutien professionnel.</p> | <p><u>Recommandation 17 :</u> La gouvernance est invitée à rédiger un dispositif de soutien professionnel du personnel et à veiller à sa mise en place. Transmettre le justificatif aux autorités.</p> | 3 mois | | | <p>Recommandation 17 levée</p> |
| <p><u>Remarque 18 :</u> La structure présente une situation déficitaire récurrente depuis 3 ans.</p> | <p><u>Recommandation 18 :</u> La gouvernance est invitée à poursuivre ses réflexions sur ses perspectives d'évolution et de mutualisation de moyens. Les présenter aux autorités.</p> | 3 mois | | | <p>Recommandation 18 maintenue Délai : 2024</p> |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|--|--------------------------------|
| | | | | |
| <p><u>Remarque 19 :</u> Une commission de sécurité a eu lieu quelques semaines avant la mission d'inspection. Son compte rendu n'est donc pas encore connu.</p> | <p><u>Recommandation 19 :</u> Transmettre aux autorités le PV de la dernière commission de sécurité (2nd semestre 2023).</p> | <p>Dès réception du PV</p> | | <p>Recommandation 19 levée</p> |

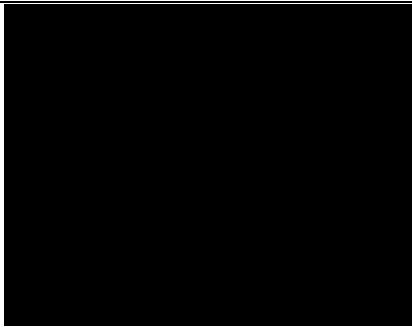
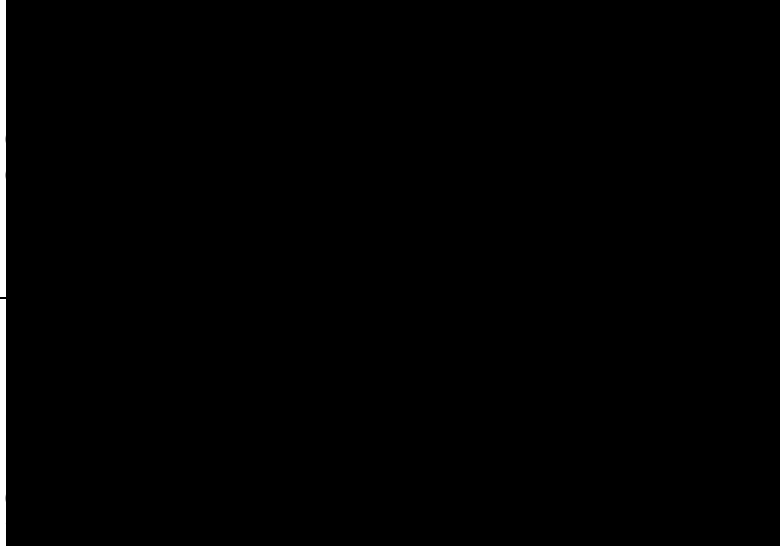
| | | | | |
|---|---|--------|---|---|
| <p><u>Remarque 20 :</u> La procédure d'admission formalisée, diffusée, datée et signée n'a pas été communiquée à la mission d'inspection.</p> | <p><u>Recommandation 20 :</u> Transmettre aux autorités la procédure d'admission formalisée.</p> | 1 mois |  | <p>Recommandation 20 levée</p> |
| <p><u>Remarque 21 :</u> Il n'existe pas de procédure formalisée de gestion des dossiers médicaux des résidents.</p> | <p><u>Recommandation 21:</u> <u>En lien avec la recommandation 2</u> Une procédure de gestion des dossiers médicaux doit être élaborée, formalisée pour garantir la complétude, la bonne tenue et l'accessibilité de ces dossiers et de leurs pièces constitutives y compris sur « TITAN ».</p> | 3 mois | | <p>Recommandation 21 maintenue. La procédure transmise doit être améliorée en décrivant les modalités d'archivage et d'accès à ces dossiers et le rôle des différents professionnels concernés dans ce cadre. La procédure ainsi complétée est à transmettre à l'ARS. Délai : 3 mois</p> |
| <p><u>Remarque 22 :</u> Le projet général des soins expire fin 2023.</p> | <p><u>Recommandation 22 :</u> Dans le cadre des travaux de révision du nouveau projet d'établissement, le médecin coordonnateur doit élaborer en fonction des conclusions de l'évaluation de l'actuel projet général de soins, un nouveau projet avec les médecins traitants, l'équipe de professionnels de santé de l'établissement et libéraux et les représentants des usagers. Ce nouveau projet est à intégrer au projet d'établissement révisé, diffusé</p> | 3 mois | | <p>Recommandation 22 maintenue Délai : 3 mois</p> |

| | | | | | |
|--|---|----------|--|--|--|
| | et porté à l'attention de l'ensemble des professionnels de santé intervenants. Transmettre à l'ARS l'évaluation de l'actuel projet général de soins et le nouveau projet. | | | | |
| <u>Remarque 23 :</u> La procédure d'accès aux soins urgents, programmés ou non n'est pas visée et signée par le MEDEC et la Direction. | <u>Recommandation 23 :</u> La procédure d'accès aux soins urgents, programmés ou non doit être visée et validée par le MEDEC, le Cadre de Santé et la Direction. Elle doit être affichée à la salle de soins IDE ainsi que les locaux d'implantation des personnels de nuit, intégrée au « TITAN » et diffusée à l'ensemble des personnels soignants contre émargement par note de service de Direction. | 1 mois |  | | Recommandation 23 levée |
| <u>Remarque 24 :</u> Il n'existe pas d'astreinte mutualisée IDE de nuit mis en œuvre avec les autres EHPAD de proximité et partenaires du territoire. | <u>Recommandation 24 :</u> Un travail doit être mis en œuvre avec les autres EHPAD de proximité du territoire en vue de la définition des modalités et mise en œuvre effective d'une astreinte mutualisée IDE de nuit. Ce travail doit aboutir à la conclusion d'une convention de partenariat. Transmettre à l'ARS la convention. | Fin 2024 | | | Recommandation 24 maintenue Délai : Fin 2024 |
| <u>Remarque 25 :</u> La mission a été informée de dysfonctionnements du dispositif d'appel relevant de la gestion des appels et de la maintenance. | <u>Recommandation 25 :</u> Garantir le fonctionnement du dispositif d'appel. Transmettre aux autorités tout justificatif. | Immédiat | | | Recommandation 25 levée |

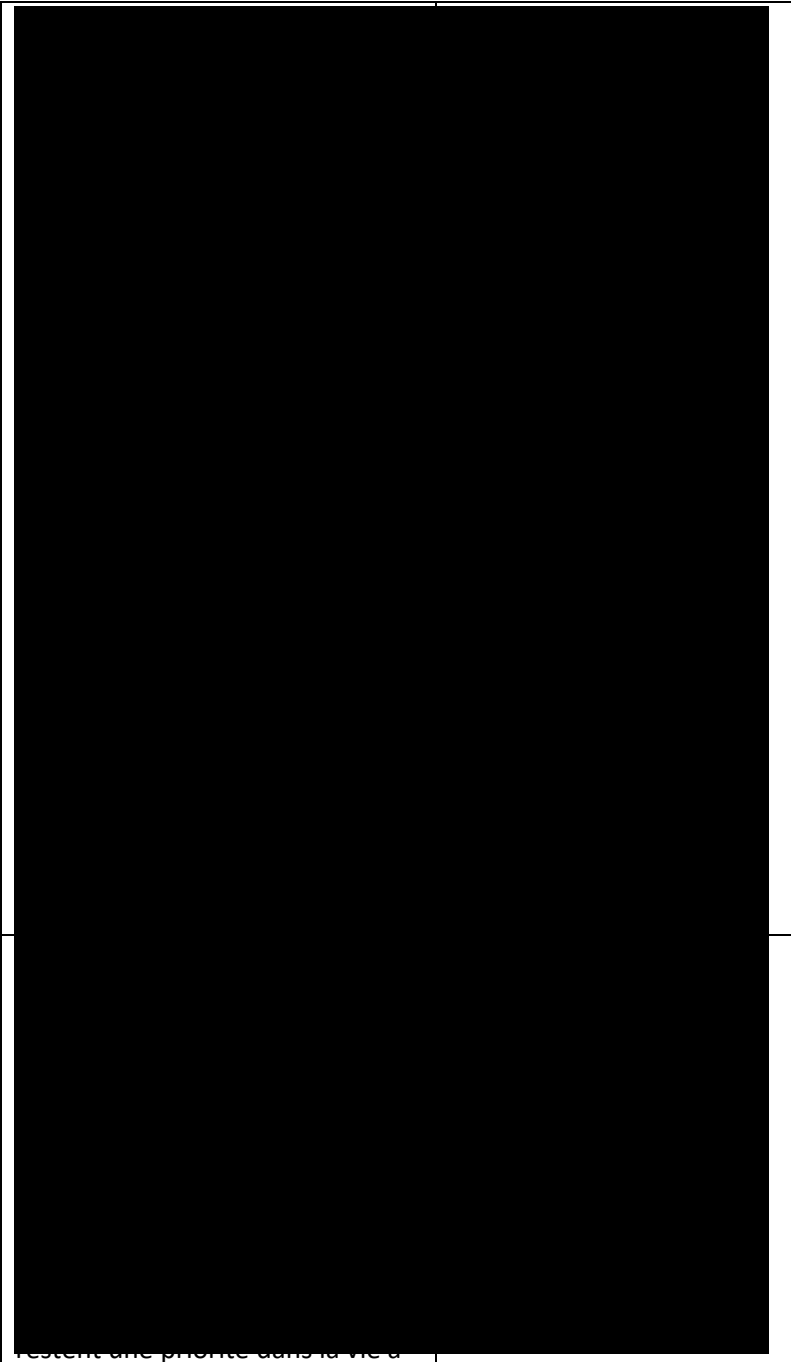
| | | | | | |
|---|---|--------|--|--|--|
| <p><u>Remarque 26 :</u> La vérification, la mise à jour du chariot d'urgence sont réalisées de manière aléatoire et non systématique. Il n'existe pas de procédure datée, signée et diffusée définissant les modalités et la fréquence de vérification du chariot et de son contenu et de la traçabilité des opérations effectuées.</p> | <p><u>Recommandation 26 :</u> Systématiser la vérification du chariot et trousse d'urgence par l'élaboration, la validation d'une procédure datée et signée et sa diffusion à l'ensemble des IDE. Transmettre le justificatif à l'ARS.</p> | 1 mois |  | | Recommandation 26 levée |
| <p><u>Remarque 27 :</u> Il n'existe pas de trousse d'urgence placées au niveau des étages permettant d'accélérer lors de la survenue des urgences la prise en charge des résidents concernés.</p> | <p><u>Recommandation 27 :</u> Placer à défaut d'un chariot d'urgence, une trousse d'urgence au niveau de chaque étage dans un local avec accès sécurisé accessible aux médecins, IDE et AS. Transmettre à l'ARS tout justificatif.</p> | 3 mois | | | Recommandation 27 levée |
| <p><u>Remarque 28 :</u> Les procédures de repérage, suivi et lutte contre les risques de déshydratation et dénutrition sont anciennes, non validées et signées par en particulier le MEDEC.</p> | <p><u>Recommandation 28 :</u> Les procédures de repérage, suivi et lutte contre les risques de déshydratation et dénutrition doivent être réactualisées, signées, validées en particulier par le MEDEC et portées à l'attention de l'ensemble des personnels soignants concernés sur « TITAN » et dans des classeurs de procédures.</p> | 3 mois | | | <p>Recommandation 28 partiellement levée : La procédure déshydratation doit être améliorée en indiquant le qui fait quoi quand comment, les modalités de surveillance des</p> |

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| | | | | | apports et pertes et leur fréquence. L'adresser à l'ARS Délai : 3 mois |
| <u>Remarque 29 :</u> La procédure relative à la prise en charge des troubles psycho comportementaux existante n'est pas datée, signée, validée. | <u>Recommandation 29 :</u> Cette procédure doit être revue, datée, validée et signée en particulier par le MEDEC et diffusée à l'ensemble des personnels concernés et intégrés au « TITAN ». | 3 mois | | | Recommandation 29 maintenue : la procédure transmise est un catalogue de nature médicale, elle doit être améliorée en précisant le rôle, la place des différents professionnels concernés dans le repérage, le suivi de ces troubles. Délai : 3 mois |
| <u>Remarque 30 :</u> Les procédures d'hygiène et gestion du risque infectieux existant au sein de l'EHPAD ne sont pas toutes actualisées, et adaptées aux spécificités de l'EHPAD, validées et signées par en particulier le MEDEC. | <u>Recommandation 30 :</u> Ces procédures doivent être revues réactualisées, adaptées aux spécificités de l'EHPAD, datées et signées par en particulier le MEDEC et portées à la connaissance de l'ensemble des personnels en particulier sur « TITAN » et dans des classeurs de procédures placés au sein de la salle de soins et des locaux de personnels soignants à chaque étage. | 3 mois | | | Recommandation 30 maintenue. Les résultats de l'état des lieux ainsi que les procédures actualisées au regard de celui-ci et en lien avec l'EOHH du CH de Béziers sont à transmettre à l'ARS. Délai : 3 mois |
| <u>Remarque 31 :</u> La procédure relative au circuit du médicament élaborée, validée en 2023 n'a pas été signée par l'ensemble des rédacteurs et valideurs concernés en | <u>Recommandation 31 :</u> La procédure établie en 2023 doit être revue et complétée, définir précisément et en détail les modalités pratiques pour chaque professionnel concerné en particulier IDE et Aide-Soignant de réalisation de chaque | 1 ^{er} trimestre 2024 | | | Recommandation 31 partiellement levée. Transmettre à l'ARS les résultats du 1 ^{er} audit interne envisagé. Délai : 3 mois |

| | | | | |
|---|---|--------|--|---|
| particulier le MEDEC et au-delà d'une description générale ne définit pas de manière précise et détaillée pour chaque étape de ce circuit les modalités pratiques de sa réalisation par chaque professionnel concerné. En particulier, elle ne définit pas les modalités pratiques d'administration des traitements la nuit par des aides-soignants, du suivi de leurs effets, ni les aspects pratiques portant sur les traitements destinés aux résidents présentant des troubles comportementaux. | <p>étape du circuit des médicaments.</p> <p>Cette procédure qui doit aborder aussi les aspects relatifs au traitement des résidents porteurs de troubles comportementaux ainsi complétée doit être datée, signée, validée par le MEDEC, le pharmacien gérant de la pharmacie des Masselettes de Thézan les Béziers, l'IDEC et la Direction de l'EHPAD, intégrée dans « TITAN » et diffusée et portée à la connaissance des médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD, l'ensemble des personnels concernés de l'EHPAD (IDE et AS).</p> <p>Transmettre à l'ARS la procédure.</p> | | | |
| <p><u>Remarque 32 :</u></p> <p>Le stock tampon non nominatif de médicaments conservés dans une armoire de la salle de soins de l'EHPAD est trop important en quantité et contient des médicaments autres que ceux de premières nécessités.</p> | <p><u>Recommandation 32 :</u></p> <p>Ce stock, sa quantité et la nature des produits ou médicaments en faisant partie doit faire l'objet d'une réflexion associant le MEDEC, l'IDEC et le pharmacien gérant de la pharmacie « les Masselettes » de Thézan les Béziers afin de déterminer les médicaments et produits susceptibles d'être conservés au regard notamment des besoins de premières nécessités. Cette réflexion doit être formalisée par un document écrit daté, validé et signé par le MEDEC, l'IDEC et le pharmacien gérant de la pharmacie « les Masselettes » précisant la liste des médicaments et produits en particulier de 1^{ière} nécessité susceptibles d'être</p> | 1 mois | | <p>Recommandation 32 partiellement levée :</p> <p>Transmettre à l'ARS de la note de service de la Direction diffusée à l'ensemble des IDE rendant exécutoire le respect de la liste des produits à conserver de 1^{ière} nécessité ou « si besoin » et le retour à la pharmacie des autres produits.</p> <p>Délai : 1 mois</p> |

| | | | | | |
|---|--|--------|--|--|--|
| | <p>conservés. Ce document doit être porté à l'attention des IDE de l'EHPAD sur « TITAN » et par une note de service de la Direction. La Direction de l'EHPAD devra transmettre à l'ARS cette note de service ainsi que le document susvisé daté, signé et validé par l'ensemble des signataires ci-dessus.</p> <p>Suite à la diffusion de cette liste, l'EHPAD doit rendre à la pharmacie « les Masselettes » les médicaments et produits médicamenteux conservés ne faisant pas partie de cette liste. Un document signé par la pharmacie attestant du retour effectif des médicaments et produits médicamenteux ne faisant pas partie de cette liste et listant les produits restitués doit être transmis à l'ARS.</p> | |  | | |
| <p><u>Remarque 33 :</u> L'organisation de la présence des IDE ne permet pas la réalisation de transmissions directes entre les IDE et l'équipe de nuit et vice versa.</p> | <p><u>Recommandation 33 :</u> L'organisation et le planning de présence des IDE sont à adapter afin de permettre la réalisation de transmission directes les matins et les soirs entre les IDE et l'équipe de nuit. Transmettre à l'ARS la nouvelle organisation.</p> | 3 mois |  | | <p>Recommandation 33 maintenue Délai : 3 mois</p> |
| <p><u>Remarque 34 :</u> Les plannings de présence des personnels AS/AMP ne comportent pas de légendes explicatives des sigles et couleurs utilisés, cela</p> | <p><u>Recommandation 34 :</u> Le planning de présence des personnels AS/AMP doit être élaboré de manière à éviter, en tenant compte des absences programmées, la présence de moins de 5 AS/AMP diplômés au sein de l'EHPAD en</p> | 1 mois | | | <p>Recommandation 34 levée</p> |

| | | | | | |
|--|--|---------------|--|--|--------------------------------|
| <p>rendant leur lisibilité amoindrie.</p> <p>Le planning de présence de ces personnels pour octobre 2023 met en évidence une insuffisance de leur présence 4 jours en octobre 2023 rendant difficile la mise en œuvre de prises en charge adaptées et de qualité pour les résidents.</p> | <p>journée. De plus, ce planning doit comporter une légende explicative des sigles et couleurs utilisés en vue de sa plus grande lisibilité.</p> | | | | |
| <p><u>Remarque 35 :</u></p> <p>Aucun ergothérapeute n'intervient au sein de l'EHPAD alors que l'EPRD 2023 prévoit l'intervention de ce professionnel à hauteur de 0,3 ETP.</p> | <p><u>Recommandation 35 :</u></p> <p>L'EHPAD doit prendre les mesures nécessaires afin de faire bénéficier ses résidents de l'intervention d'un ergothérapeute comme prévu par l'EPRD 2023 à hauteur de 0,3 ETP.</p> | <p>3 mois</p> | | | <p>Recommandation 35 levée</p> |

| | | | | |
|--|--|---------------|---|---|
| <p><u>Remarque 36 :</u> Le bilan des activités d'animation transmis pour 2022 ne permet pas d'apprécier le niveau de participation de chaque type d'animation, le ressenti des résidents (...). Il est constaté une attente et un besoin d'animation le week-end pour les résidents.</p> | <p><u>Recommandation 36 :</u> Le gestionnaire est invité à revoir les modalités de réalisation du bilan d'animation et à mettre en place une animation le weekend. Transmettre aux autorités le bilan complété et les actions envisagées pour mettre en place une animation le week-end.</p> | <p>3 mois</p> |  | <p>Recommandation 36 levée</p> |
| <p><u>Remarque 37 :</u> La gouvernance devra s'attacher à améliorer la qualité du service des repas en termes de quantité.</p> | <p><u>Recommandation 37 :</u> La gouvernance est invitée à reconsidérer la quantité des repas. Transmettre le document justificatif des améliorations apportées aux autorités.</p> | <p>3 mois</p> | | <p>Recommandation 37 partiellement levée : en l'attente du bilan annuel de satisfaction 2024. Délai : Fin 2024</p> |

| | | | | |
|---|---|--------|--|--|
| | | | | |
| <p><u>Remarque 38 :</u> <u>En lien avec l'écart 20 :</u> L'EHPAD ne dispose pas à ce jour de conventions établies avec le secteur hospitalier portant en particulier sur la médecine, les Soins de Suite et réadaptation et la gériopsychiatrie (équipes mobiles, hospitalisations directes, retours d'hospitalisation.</p> | <p><u>Recommandation 38 - en lien avec la prescription 20 :</u> L'EHPAD doit prendre les mesures nécessaires en vue de signature d'une convention de partenariat avec le secteur hospitalier pour la médecine, les soins de suite et réadaptation, et la gériopsychiatrie.</p> | 3 mois | | <p>Recommandation 38 partiellement levée pour la médecine et les soins de suite et réadaptation Maintenue pour gériopsychiatrie.</p> <p>Délai : 3 mois.</p> |
| <p><u>Remarque 39 :</u> Les interventions d'associations extérieures et de personnes physiques au titre du bénévolat ne sont pas formalisées.</p> | <p><u>Recommandation 39 :</u> Formaliser les interventions mentionnées en remarque 39.</p> | 6 mois | | <p>Recommandation 39 levée En complément, merci de préciser si les intervenants et bénévoles ont accès et signent le règlement de fonctionnement.</p> |