

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

Le Directeur général de l'Agence Régionale  
de Santé Occitanie  
et  
Le Président du Conseil département de l'Hérault

Date : 19 juin 2025

À

N° PRIC : MS\_2024\_34\_CS\_13

Monsieur le Président du Conseil d'administration  
EHPAD Mathilde Lartigue  
125 place Thermidor  
34000 MONTPELLIER

**Courrier RAR n°** [REDACTED]

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

**Objet :** Inspection de l'EHPAD « Mathilde Lartigue » à Montpellier (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 Président,

À la suite de l'inspection réalisée au sein de l'EHPAD « Mathilde Lartigue », sis 50 rue Louis Pergaud à Montpellier (34080) en date des 04 et 05 septembre 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 30 octobre 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 des 19 novembre et 09 décembre 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.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

En application des articles 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 Mme la Ministre de l'Autonomie et du Handicap ainsi que 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](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.

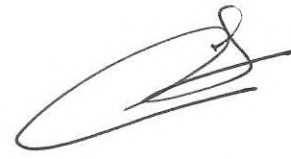
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

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 »  
Conseil départemental de l'Hérault

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

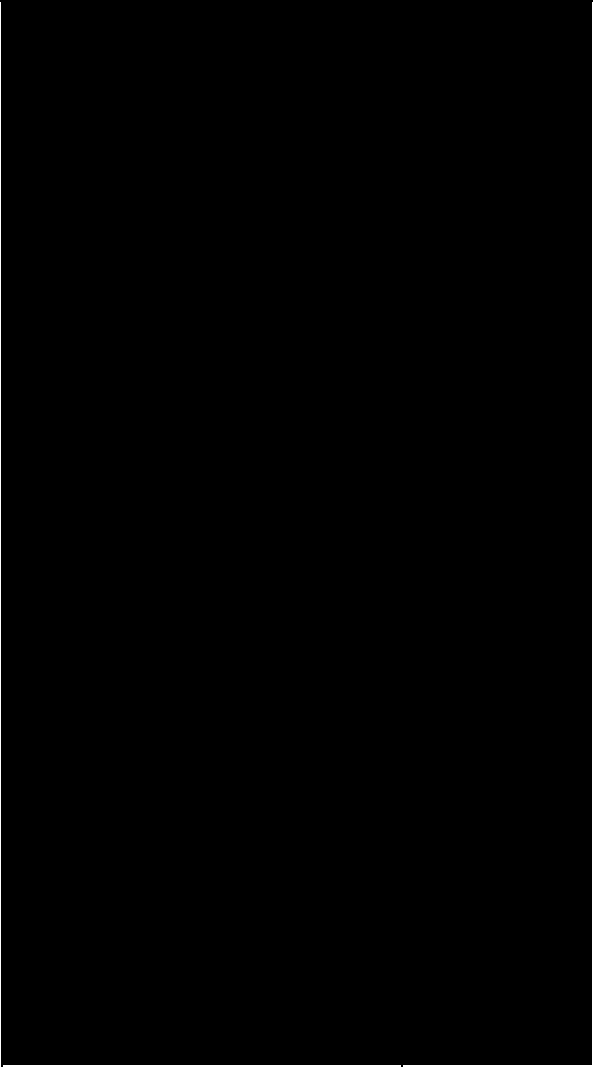
Inspection de l'EHPAD « Mathilde Lartigue » - 34080 Montpellier

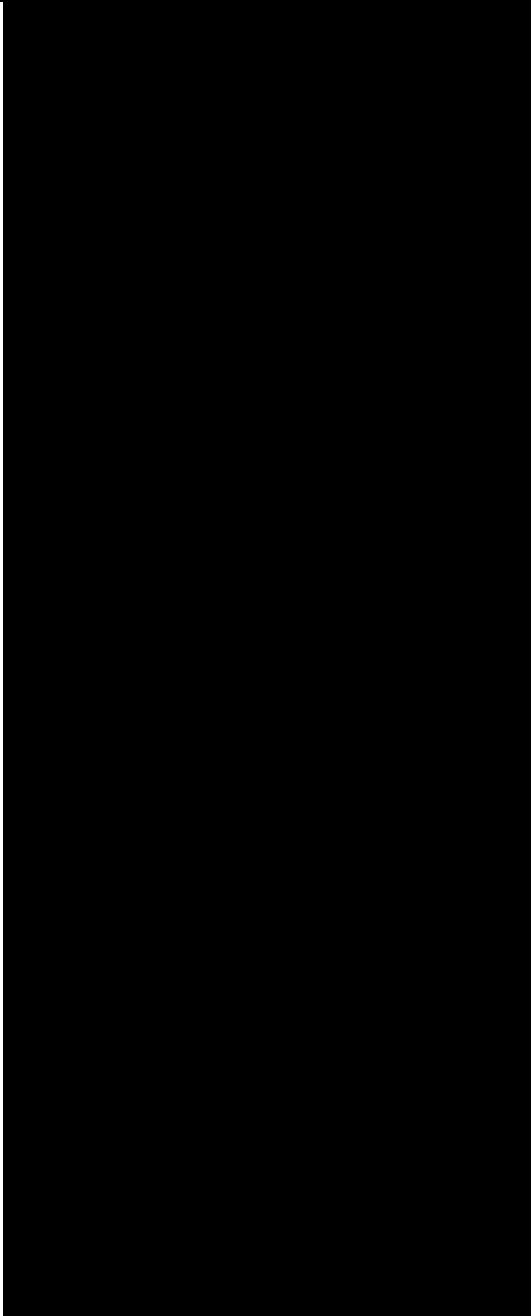
N° PRIC : MS\_2024\_34\_CS\_13

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

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

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure 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 justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 34)
<b>Écart 1</b> : Absence de registre réglementaire des admissions et des sorties des résidents côté et paraphé par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD.	L.313-1 à 9, L.331-2, R331-5 CASF PASA (D312-155-0-1 CASF) UHR (D312-155-0-2 CASF) L.314-5 CASF	<b>Prescription 1</b> : Se doter d'un registre réglementaire des admissions et des sorties des résidents qui devra être côté et paraphé par le maire de la commune de Montpellier, conformément aux dispositions de l'article R.331-5 du CASF. Adresser la preuve aux autorités.	Immédiat			<u><b>Prescription 1 levée.</b></u>
<b>Écart 2</b> : Le règlement de fonctionnement n'indique pas la date de soumission aux instances et ne mentionne pas sa durée de validité.	L.311-7, R.311-33 à R.311-37 -1 CASF	<b>Prescription 2</b> : Présenter le règlement de fonctionnement aux instances de participation. Préciser la durée de validité du document. Transmettre le compte rendu du CVS aux autorités.	Au prochain CVS			<u><b>Prescription 2 maintenue</b></u> car il manque le CR du CVS du 18 octobre 2024.

<p><b>Écart 3</b> : Le projet d'établissement est arrivé à échéance. La mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'il ne décrit pas précisément la politique de promotion de la bientraitance installée au sein de l'établissement.</li> <li>La référence aux personnes qualifiées et leurs identifications ne figurent pas dans le projet d'établissement.</li> <li>Le plan bleu n'est pas intégré dans le projet d'établissement.</li> </ul>	<p>L.311-8, D.311-38-5, D.312-158, D.311-38-3, D.311-38-4 CASF Recommandations HAS 2010 MAJ du 16.03.2018 : « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement »</p>	<p><b>Prescription 3</b> : Engager sans délai le travail préparant le nouveau projet d'établissement. Pour ce faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer une information à destination de l'ensemble du personnel</li> <li>Veiller à la production d'un rétro-planning</li> <li>Garantir une organisation qui prendra en compte l'association du personnel, mais aussi des résidents et des familles.</li> </ul>	<p>Immédiat</p>		<p><u><b>Prescription 3 levée.</b></u></p>
--	---	---	-----------------	---	--

<p><b>Écart 4 :</b> La cadre de santé occupe des fonctions de direction adjointe. La mission n'ayant pas eu accès aux dossiers RH des personnels, il n'a pas été possible de vérifier l'existence d'une formation à l'encadrement et d'une expérience professionnelle de 3 ans dans le secteur.</p>	<p>Décret n° 2007-22 du 19 février 2007</p>	<p><b>Prescription 4 :</b> Transmettre aux autorités la copie des diplômes de la cadre de santé, son inscription à l'ordre si justifié, tout autre diplôme justifiant d'une expérience professionnelle de trois ans dans le secteur et d'une formation à l'encadrement.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 4 levée.</u></b> Cependant, une journée de formation n'est pas suffisante pour justifier de compétences en management.</p>
---	---	---	-----------------	---	--

<p><b>Écart 5 :</b> La mission n’a pas été destinataire du document unique de délégation de la directrice de l’établissement.</p>	<p>L.315-17, R.315-25, D.315-67 à 69 CASF</p>	<p><b>Prescription 5 :</b> Transmettre le DUD de la directrice de l’établissement.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u><b>Prescription 5 levée.</b></u></p>
<p><b>Écart 6 :</b> Le CVS ne rédige pas de rapport d’activité annuel. Par ailleurs, le relevé de conclusions de chaque séance du CVS n’est pas, dès son adoption par le conseil, systématiquement transmis aux autorités de contrôle (ARS Occitanie : ars-oc-dd34-pers-agees@ars.sante.fr et CD34 : cd34-cvs-ssms@herault.fr).</p>	<p>L.311-6, D.311-3 à 20, D.311-26 à 32-1 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3 Fiche HAS « Conseil de la vie sociale » du 12 mai 2022</p>	<p><b>Prescription 6 :</b> Le CVS doit rédiger un rapport d’activité chaque année. Transmettre aux autorités tout élément de preuve. Transmettre, dès adoption par le CVS, le relevé de conclusions de chaque séance du conseil aux autorités de contrôle.</p>	<p>Au prochain CVS</p>		<p><u><b>Prescription 6 levée</b></u> au regard de l’envoi des documents complémentaires.</p>
<p><b>Écart 7 :</b> L’établissement ne disposant pas de projet d’établissement à jour, il n’a pas formalisé la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance.</p>	<p>L.311-8, D.312-203 CASF</p>	<p><b>Prescription 7 :</b> Veiller à l’engagement de l’établissement dans une politique formalisée et identifiée de promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance. S’assurer que cette politique est connue par l’ensemble</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u><b>Prescription 7 maintenue</b></u> dans l’attente de la réalisation complète de la mesure.</p>

		<p>des salariés, des résidents ainsi que des familles.</p> <p>Le nouveau projet d'établissement doit prévoir la politique liée à la promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement, notamment en matière de gestion du personnel, de formation, d'évaluation et de contrôle.</p>			
--	--	--	--	--	--



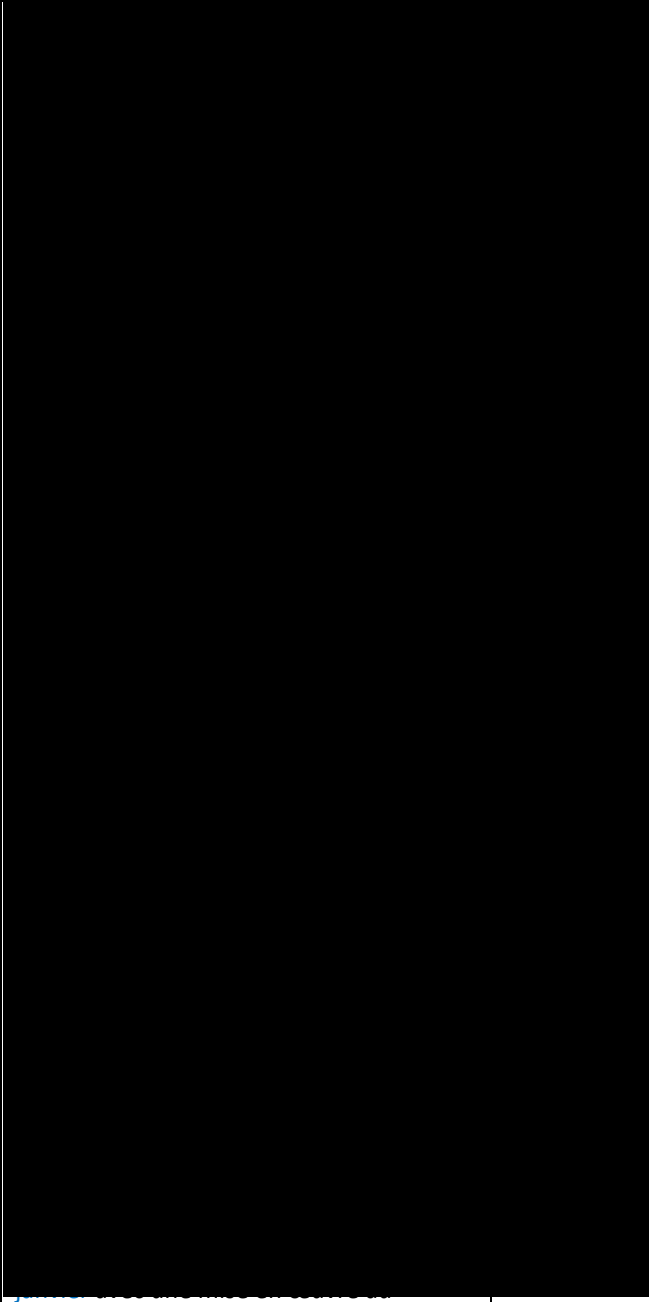
--	--	--	--	--	--	--

<b>Écart 8</b> : Les résultats de cette enquête ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil de la structure.	D.311-15 CASF	<b>Prescription 8</b> : Afficher dans l'espace d'accueil de la structure les résultats de l'enquête de satisfaction.	Immédiat		<b>Prescription 8</b> <u><b>maintenue</b></u> dans l'attente de la transmission du justificatif.
<b>Écart 9</b> : La mission ne dispose pas d'élément de preuve concernant l'examen des résultats de l'enquête de satisfaction par le CVS.	D.311-15 CASF	<b>Prescription 9</b> : Transmettre aux autorités la preuve de l'examen des résultats de l'enquête de satisfaction par le CVS.	Immédiat		<b>Prescription 9</b> <u><b>levée</b></u> .
<b>Écart 10</b> : L'établissement ne signale pas systématiquement et sans délai aux autorités administratives les dysfonctionnements graves survenus au sein de l'établissement (ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; cd34-eig-essms@herault.fr)	L.331-8-1, R.331-8 et 9 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 : Liste des 11 dysfonctionnements graves en annexe	<b>Prescription 10</b> : Signaler sans délai aux autorités tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.	Immédiat		<b>Prescription 10</b> <u><b>levée</b></u> Cependant, il convient de corriger la procédure qui mentionne en page 5 « sans délai : dans les 72h après l'évènement ».

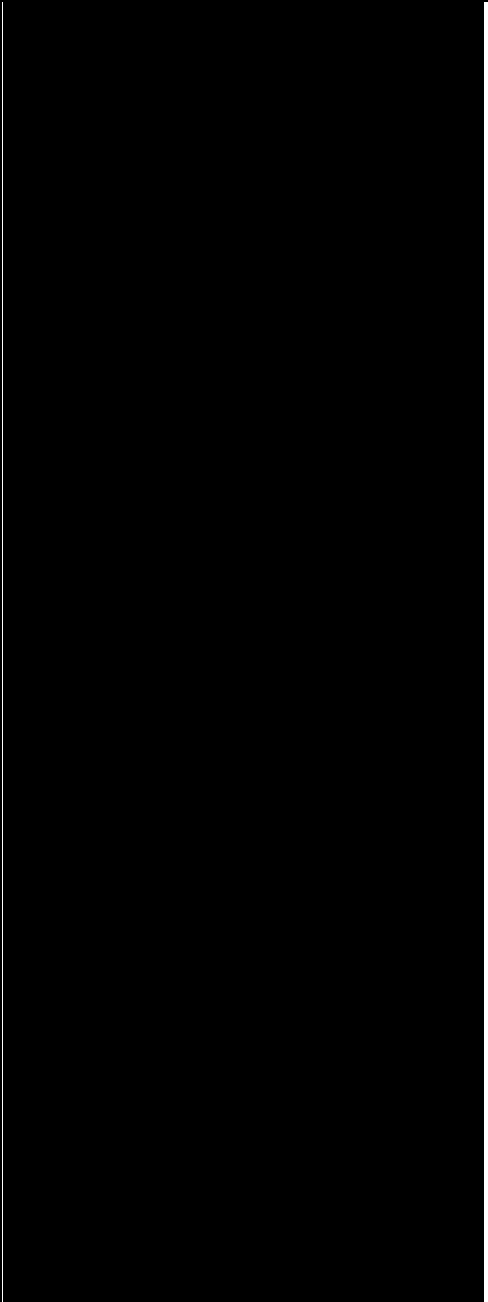
<b>Écart 11</b> : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de signalement en 2 parties des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) sur la plateforme régionale ARS visant à améliorer les pratiques professionnelles.	L.1413-14, R.1413-68 et R.1413-69 CSP	<b>Prescription 11</b> : Signaler les EIGS sur la plateforme régionale de l'ARS au moyen du formulaire réglementaire en 2 parties.	Immédiat		<b><u>Prescription 11 maintenue</u></b> dans l'attente de la transmission du document portant sur les EIGS.
<b>Écart 12</b> : Absence de plan bleu.	D.312-160 CASF Arrêté cahier des charges plan bleu 7 juillet 2005. R.311-38-1 CASF INSTRUCTION interministérielle n° DGS/VSS2/DGCS/SD3A	<b>Prescription 12</b> : Veiller à ce que le plan bleu soit en conformité avec les dispositions de l'Instruction du 28 novembre 2022 et intégré dans le projet d'établissement.	6 mois		<b><u>Prescription 12 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

	/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Pour ce faire, s'appuyer sur le guide d'aide à l'élaboration des plans bleus élaboré par la DGS/DGCS.			
<b>Écart 13</b> : Des agents non diplômés occupent des fonctions d'AS et, à ce titre, en exercent les missions.	L.311-12, D.312-155-0, D.311-40, L.311-3, L312-1- II CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.2) D.312-155-0-II, D.312-157 CASF L.4394-1 CSP	<b>Prescription 13.a</b> : Ne pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.	Immédiat		<b><u>Prescription 13.a maintenue.</u></b> En élaborant une fiche de poste des FFAS, le CCAS institutionnalise le glissement de tâches.
		<b>Prescription 13.b</b> : Encourager les personnels non diplômés à monter en compétence, notamment via la VAE ou la voie professionnelle afin d'acquérir les qualifications nécessaires sécurisant l'exercice de leurs missions au sein de l'établissement.	Plans de formation		<b><u>Prescription 13.b levée.</u></b>

<p><b>Écart 14</b> : L'équipe pluridisciplinaire ne comprend pas de référent pour les activités physiques et sportives.</p>	<p>Décret n° 2023-621 du 17 juillet 2023</p>	<p><b>Prescription 14</b> : Procéder au recrutement ou à la désignation d'un référent APA.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b><u>Prescription 14 maintenue</u></b> dans l'attente de la transmission d'un justificatif. (Exemple : fiche de poste APA...)</p>
<p><b>Écart 15</b> : Le gestionnaire n'a pas été en mesure de justifier avoir réceptionné les B3 et s'être assuré de la compatibilité.</p>	<p>L.133-6 CASF</p>	<p><b>Prescription 15</b> : Apporter la preuve de la demande et de la vérification de l'extrait du B3 pour chaque salarié.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 15 maintenue</u></b> dans l'attente de la transmission des justificatifs.</p> <p>Par ailleurs, la mission rappelle que le contrôle doit s'effectuer à « <i>intervalles réguliers lors de leur exercice</i> » (article L133-6 du CASF).</p>

<p><b>Écart 16 :</b> Lors de la visite des locaux, la mission a constaté de nombreux dysfonctionnements susceptibles de compromettre la sécurisation et la qualité de la prise en charge des usagers : défaut d'hygiène et d'entretien du bâtiment (murs, plafond, sols, chambres, etc.) ; défaut de rangement des locaux de manière générale ; plusieurs espaces (réserves, pièce de stockage des chariots de nettoyage) ne sont pas tenus fermés à clef.</p>	<p>L.311-3-1, L.312-1-II CASF Art. 2 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie</p>	<p><b>Prescription 16 :</b> Garantir l'hygiène, la sécurisation et la qualité de prise en charge de l'usager. Mettre en place une traçabilité des tâches d'hygiène réalisées par les professionnels et réaliser régulièrement des contrôles de l'entretien des locaux. Transmettre aux autorités la preuve de la garantie de l'hygiène et du rangement des locaux.</p> <p>Mener une réflexion sur l'organisation actuelle mise en place en matière d'entretien des locaux afin de garantir la sécurisation et la qualité de prise en charge des usagers.</p> <p>Prévoir des formations portant sur l'entretien des locaux, l'hygiène et l'utilisation de produits bio nettoyants.</p> <p>Tenir systématiquement fermés à clef les espaces qui peuvent présenter un danger pour les résidents.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 16 levée.</u></b></p>
--	--	---	-----------------	---	---

<b>Écart 17</b> : L'établissement ne dispose pas de groupe électrogène.	R.313-31 CASF R.732-15 du Code de la sécurité intérieure	<b>Prescription 17</b> : Disposer d'un groupe électrogène (acquisition, mutualisation ou location). Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	1 mois		<b><u>Prescription 17 maintenue.</u></b>
<b>Écart 18</b> : Ne sont pas affichés : <ul style="list-style-type: none"> <li>Le projet d'établissement</li> <li>Le règlement de fonctionnement</li> <li>L'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées du département de l'Hérault</li> <li>L'arrêté d'autorisation de l'EHPAD</li> </ul>	L.311-4, L.311-5, R.311-34, D.311-38-4 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.3)	<b>Prescription 18</b> : Procéder à l'affichage des documents visés. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	Immédiat		<b><u>Prescription 18 levée.</u></b>

<p><b>Écart 19 :</b> Les dossiers administratifs des résidents ne comprennent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le document permettant de s'assurer que le recueil du consentement a bien été recherché.</li> <li>Le règlement de fonctionnement</li> <li>Les directives anticipées</li> <li>L'état des lieux signé</li> </ul> <p>Certains dossiers administratifs comportaient des données à caractère médicales.</p>	<p>L.311-4, D.311, L.311-7-1 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.4)</p>	<p><b>Prescription 19 :</b> Compléter le dossier administratif du résident en y intégrant un document permettant de justifier le recueil du consentement, l'état des lieux signé, le règlement de fonctionnement et les directives anticipées. En outre, aucune données à caractère médicales ne doivent figurer dans le dossier administratif du résident.</p>	<p>3 mois</p>			<p><b><u>Prescription 19 levée.</u></b></p>
---	---	---	---------------	---	--	---



<p><b>Écart 20 :</b> Les horaires des repas favorisent le jeûne supérieur à 12 heures. L'horaire du premier service du repas le soir à 17h30 n'est pas adapté. Les rythmes de vie collective qui sont prévus ne permettent pas de garantir une prise en charge des résidents adaptée et de qualité.</p>	<p>Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.3)</p>	<p><b>Prescription 20 :</b> Mener une réflexion sur l'organisation des temps de repas afin que le jeûne ne soit pas supérieur à 12 heures.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 20 levée.</u></b></p>

<p><b>Écart 21</b> : L'EHPAD ne dispose pas d'une procédure d'admission pour analyser la compatibilité de la demande d'hébergement au projet d'établissement.</p>	<p>D.312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 21</b> : Se doter d'une procédure de gestion des admissions. Adresser le document aux autorités.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b>Prescription 21</b> <u><b>maintenue</b></u> dans l'attente de l'amélioration du document (ex. : référent par étape, volet soins...).</p>
<p><b>Écart 22</b> : L'établissement ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé conforme au projet général de soins.</p>	<p>L.311-3, 7° et D.312-155-0 3° CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie, (Art. 4, 3°) Recommandations HAS 2018 : le projet personnalisé en EHPAD</p>	<p><b>Prescription 22</b> : Rédiger un projet d'accompagnement personnalisé type avec objectifs opérationnels et indicateurs à adapter à chaque résident et veiller à l'acculturation par les professionnels via la formation et la diffusion des RBPP en la matière. Transmettre un PAP type.</p>	<p>1 mois</p>		<p><b>Prescription 22</b> <u><b>levée</b></u>.</p>
<p><b>Écart 23</b> : L'EHPAD n'a plus de MEDEC depuis avril 2023 pour assurer la qualité, la sécurité et la coordination de la prise en charge médico-soignante des résidents.</p>	<p>L.313-12 V, D.312-156 à D.312-159-1 CASF</p>	<p><b>Prescription 23</b> : En attente d'un recrutement définitif, mettre en place un plan d'actions et mesures d'organisation voire conservatoires ad hoc nécessaires (mutualisation de la fonction MEDEC, solution de télécoordination, etc.) pour garantir la qualité et la sécurité médico-soignante des résidents hébergés.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Prescription 23</b> <u><b>maintenue</b></u>.</p>

<p><b>Écart 24 :</b> La commission de coordination gériatrique est commune aux 7 EHPAD gérés par le CCAS.</p>	<p>D.312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 24 :</b> Convoquer une commission de coordination gériatrique propre à l'établissement afin d'organiser la coordination des interventions des professionnels de santé du parcours de soins des résidents, notamment des médecins traitants.</p> <p>Adresser aux autorités les convocations, l'ordre du jour et le compte rendu de réunion 2024.</p>	<p>Avant la fin de l'année 2024</p>		<p><b><u>Prescription 24 levée.</u></b></p>

<p><b>Écart 25.a</b> : La direction n’a pas remis à la mission :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une liste exhaustive et à jour des médecins généralistes intervenant dans l’EHPAD au titre de médecin traitant des résidents ;</li> <li>• Les conventions datées et signées de partenariat stipulant les modalités d’intervention des médecins généralistes sur site.</li> </ul>	<p>L.313-12 V CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique 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 EHPAD</p>	<p><b>Prescription 25</b> : Signer avec l’ensemble des médecins généralistes qui interviennent auprès des résidents au titre de médecin traitant des conventions qui stipulent les modalités réglementaires et déontologiques de collaboration pour s’assurer de la continuité des soins et supprimer les glissements de tâches des IDE. Mettre en place les mesures d’organisation et prendre les mesures conservatoires ad hoc nécessaires jusqu’à restauration des conditions de qualité et sécurité des prises en charge médico-soignantes.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 25.a</u></b> <b><u>maintenue</u></b> dans l’attente de l’effectivité totale de la mesure.</p>
<p><b>Écart 25.b</b> : L’absence d’organisation institutionnelle opérationnelle et formalisée d’intervention des médecins traitants auprès des résidents contraint les IDE à réaliser des actes non réglementaires à risque sanitaire, administratif et pénal. Ce manquement ajouté à l’absence de MEDEC contribue à porter atteinte à la qualité et à la sécurité des prises en charge médico-soignantes des résidents.</p>					<p><b><u>Prescription 25.b</u></b> <b><u>maintenue</u></b> en l’absence de justificatifs permettant de répondre à la mesure demandée.</p>

<p><b>Écart 26 :</b> Le gestionnaire n'a pas organisé la continuité de la prise en charge non programmée et urgente des résidents.</p>	<p>D.312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 26 :</b> Formaliser la procédure de prise en charge sanitaire non programmée et urgente des résidents pour éviter les pertes de chance par rupture de continuité des soins et orientation en structure des urgences hospitalières.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u><b>Prescription 26 levée.</b></u></p>
<p><b>Écart 27 :</b> En absence de MEDEC, les résidents ne bénéficient pas d'une évaluation gériatrique individuelle initiale et continue.</p>	<p>R.314-170 et 170-1, D.312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 27 :</b> S'assurer de l'intervention d'un MEDEC pour réaliser les évaluations gériatriques individuelles afin de garantir la qualité et la sécurité de prise en charge médico-soignante.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u><b>Prescription 27 maintenue</b></u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p><b>Écart 28 :</b> L'établissement ne dispose pas d'un dossier type des prestations de soins établies dans l'EHPAD en référence à un projet général de soins.</p>	<p>D.312-158 CASF</p>	<p><b>Prescription 28 :</b> Organiser la rédaction et l'acculturation du dossier type de soins des résidents hébergés auprès de l'équipe médico-soignante. Faire parvenir le document et le calendrier d'appropriation aux autorités.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u><b>Prescription 28 maintenue</b></u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure</p>

<b>Écart 29</b> : Le gestionnaire ne s'est pas assuré de la mise en œuvre d'une politique de formation par un MEDEC.	D.312-158 du CASF	<b>Prescription 29</b> : S'assurer de la contribution d'un MEDEC à sa politique de formation des professionnels de santé en interne.	3 mois		<b>Prescription 29</b> <u><b>maintenue</b></u> dans l'attente du recrutement d'un MEDEC.
<b>Écart 30</b> : L'établissement ne remet pas de rapport annuel d'activité médicale.	D.312-158 du CASF	<b>Prescription 30</b> : Faire parvenir le RAMA 2023.	3 mois		<b>Prescription 30</b> <u><b>levée</b></u> .
<b>Écart 31</b> : Il n'a pas été mis en place des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'équipe médico-soignante. Celles-ci visant à garantir à la population polypathologique vulnérable hébergée, des soins permanents et constants, de la vie quotidienne ainsi que des épisodes aigus fréquents et avérés, du parcours de soins et de vie. Notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'analyse médicale des risques sanitaires de la population dans l'objectif de</li> </ul>	Articles du CSP : L.4311-1, L.4311-5 et 6, R.4311-1 à 10, R.4312-37 à 39 (profession et missions IDE), L.4391-1, L.4394-1 (profession AS et AES), L.4321-1 à L.4321-22 (masseur-kinésithérapeute),	<b>Prescription 31</b> : S'assurer d'une organisation et d'un fonctionnement de l'équipe soignante de manière à garantir la sécurité et la qualité des prises en charge et la protection des résidents et à prévenir le risque d'erreur et de souffrance professionnelle. Supprimer les glissements de tâches à risque de survenue d'EIAS. Organiser de manière opérationnelle la coordination des soins (MEDEC et cadre de santé) en	6 mois		<b>Prescription 31</b> <u><b>maintenue</b></u> dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure

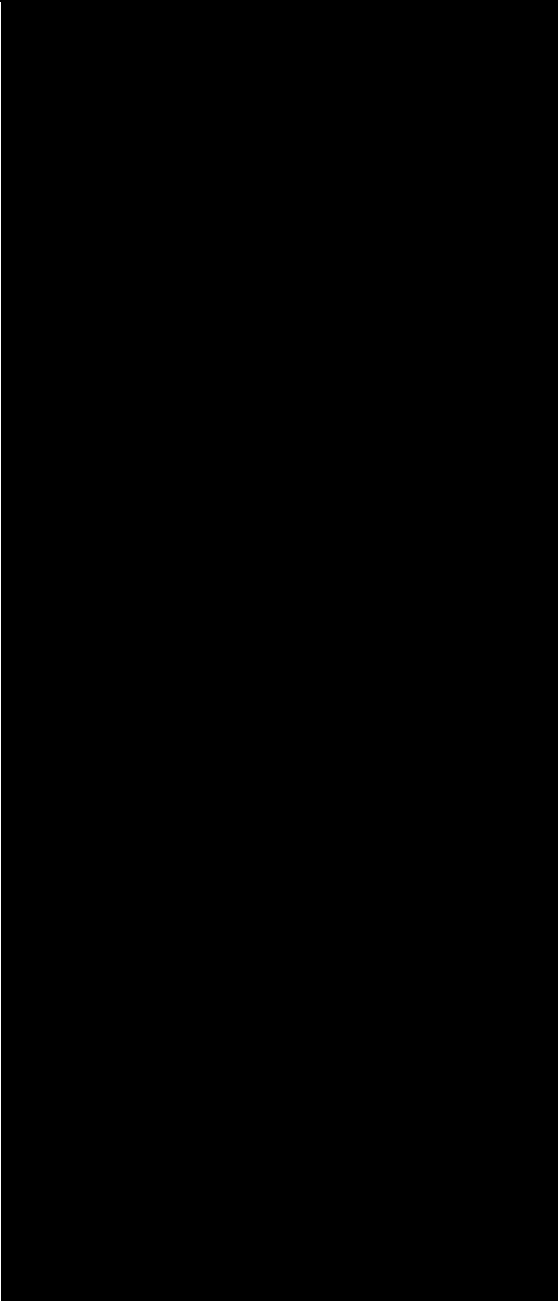
<p>rédiger des procédures pré-établies, datées et signées, de prise en charge des événements aigus et décompensations ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence de PSI et PVI et de fiches de tâches quotidiennes garantissant l'observance des prescriptions et l'identité vigilance ;</li> <li>▪ Les IDE accomplissent des tâches en dehors de leur rôle propre réglementaire sans prescription médicale écrite, datée et signée ni procédures préétablies ;</li> <li>▪ Les AS accomplissent des tâches IDE en dehors des délégations d'actes réglementaires de distribution d'un traitement usuel de la vie courante ;</li> </ul> <p>Les ASH accomplissent des tâches soignantes incompatibles avec leur qualification professionnelle.</p>	<p>L.4331-1 à L.4334-2 (ergothérapeute et psychomotricien), L.4371-1 à L.4372-2 (diététicien)</p>	<p>termes de fiches de tâches, protocoles standards et individuels de soins, procédures de bonnes pratiques professionnelles, formations, gestion de risque et évaluation.</p>			
---	---	--	--	--	--

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



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

<p><b>Écart 32</b> : Plus de la moitié des résidents sont réveillés à 4 heures du matin pour changer les protections urinaires.</p>	<p>L.311-3-1, L.312-1-II CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie</p>	<p><b>Prescription 32</b> : Cesser cette pratique et mettre en place une organisation respectueuse des droits des résidents et de l'éthique.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 32 levée.</u></b></p>

<p><b>Écart 33 :</b> La tenue et le contenu des dossiers médicaux des résidents ne sont pas conformes aux obligations réglementaires opposables à l'EH PAD pour garantir la visibilité de la qualité, la sécurité et la continuité des prises en charge pluridisciplinaire et le respect des droits des résidents.</p>	<p>L.1110-4 CSP</p>	<p><b>Prescription 33 :</b> S'assurer que les dossiers médicaux des résidents soient conformes aux obligations réglementaires de respect du droit des résidents (contenu, tenue, continuité des prises en charge par une équipe pluridisciplinaire coordonnée). Adresser les justificatifs.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b><u>Prescription 33 maintenue.</u></b></p>
--	---------------------	---	---------------	---	---

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

<b>Écart 34</b> : En absence de MEDEC les risques éventuels pour la santé publique de la population hébergée n'ont pas été identifiés.	D.312-158 CASF	<b>Prescription 34</b> : Veiller à faire identifier par un MEDEC les risques pour la santé publique de la population hébergée dans l'EHPAD.	1 mois			<b>Prescription 34</b> <u><b>maintenue</b></u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<b>Écart 35</b> : En absence de MEDEC, l'EHPAD ne dispose pas de procédures de bonnes pratiques professionnelles.	D.312-158 CASF	<b>Prescription 35</b> : Veiller à disposer d'une procédure de rédaction et d'acculturation des bonnes	3 mois			<b>Prescription 35</b> <u><b>maintenue</b></u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.

		pratiques professionnelles médico-soignantes. Transmettre les justificatifs.			
<b>Écart 36</b> : La direction n'a pas remis de procédure de gestion des troubles cognitifs et comportement perturbateur, notamment relatif aux contentions physiques, document indispensable pour garantir le respect des droits des résidents et la bientraitance.	L.313-3, L.311-4-1, R.311-0-6, R.311-0-7, R.311-0-9 CASF	<b>Prescription 36</b> : Adresser aux autorités la procédure des bonnes pratiques de prise en charge des troubles du comportement perturbateur et le calendrier d'appropriation.	3 mois		<b>Prescription 36</b> <u><b>maintenue</b></u> car le document est endommagé et n'a pas pu être exploité
<b>Écart 37</b> : Les prescriptions médicamenteuses ne sont pas conformes aux dispositions réglementaires en termes de renouvellement, signature et mode d'emploi particulier.	Articles du CSP : L.5121-1-2 (prescription) R.4127-34 (déontologie médicale) R.5125-55 (prescription en dénomination commune) R.5132-3 (ordonnance lisible) R.5132-21 (durée) Décision n° 2022.0074/DC/SBP du 10 mars 2022 du collège de la HAS	<b>Prescription 37</b> : S'assurer du respect des dispositions réglementaires relatives aux prescriptions médicamenteuses.	Immédiat		<b>Prescription 37</b> <u><b>maintenue</b></u> s'agissant des modes d'emploi particulier.

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

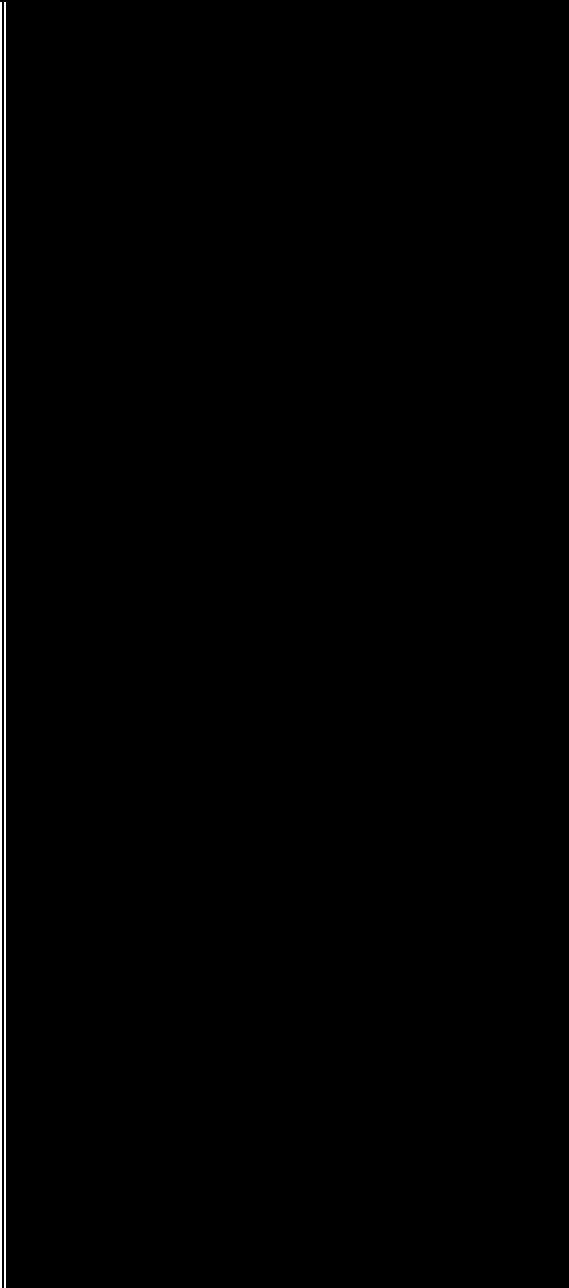
<p><b>Écart 38 :</b> Le circuit de transmission des ordonnances médicales originales n'est pas sécurisé.</p>	<p>Articles du CSP : L.5126-10 II (convention) R.5125-50 à 56 (dispensation, substitution) R.5125-52 (transport) R.5225-53 et 54 (substitution) R.4211-23 (médicaments non utilisés) R.4235-48 (dispensation) R.5126-108 et 109 (détention médicaments ou DM) R.5132-1, R5132-5 à 6 (stupéfiants)</p>	<p><b>Prescription 38 :</b> Sécuriser le circuit de transmission des ordonnances médicamenteuses.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 38 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure.</p>
<p><b>Écart 39 :</b> Lors de la préparation des doses à administrer, plusieurs médicaments sont mélangés dans le même sachet sans conservation du conditionnement primaire.</p>		<p><b>Prescription 39 :</b> Le pharmacien référent devra sécuriser la PDA de manière à éviter les erreurs de distribution.</p>	<p>1 mois</p>		<p><b><u>Prescription 39 levée.</u></b></p>



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

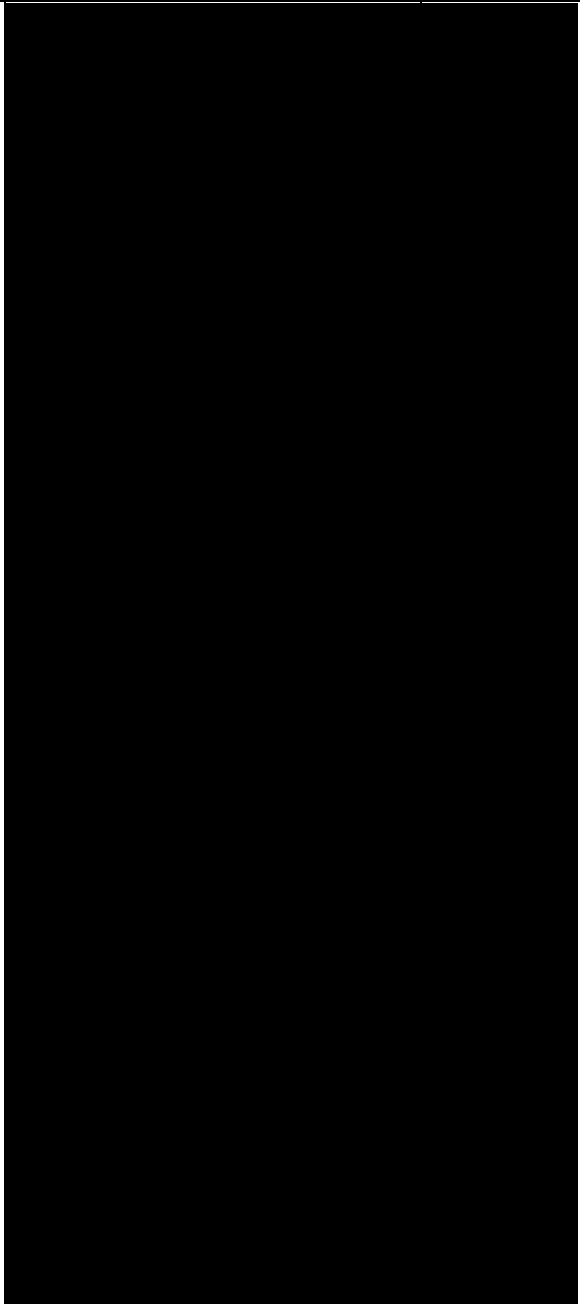
--	--	--	--	--	--	--

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

<p><b>Écart 40</b> : Les modalités de préparation de la distribution des médicaments présentent plusieurs étapes à risque d'erreur d'identitovigilance et pharmacovigilance.</p>	<p>Articles du CSP : R.4311-4 (collaboration IDE/AS, AES) R.4311-5 et 5-1 (rôle propre IDE) R.4311-7 à 10 (mission IDE sur prescription médicale) R.4312-37 à 39 (rôle IDE)</p>	<p><b>Prescription 40</b> : Rédiger et organiser l'appropriation d'une procédure formalisée de préparation de la distribution des médicaments garantissant la sécurité et les vigilances.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u><b>Prescription 40 levée.</b></u></p>
--	---	---	-----------------	---	---

<p><b>Écart 41 :</b> L'étape de distribution et administration des médicaments aux résidents n'est pas formalisée au sein d'une procédure notamment de vigilance et de sécurisation des actions.</p>	<p>L.313-26 CASF Articles du CSP : L.4391-1 (diplôme AS) R.4311-5 5° (vérification de prise)</p>	<p><b>Prescription 41 :</b> Rédiger et organiser l'appropriation de la procédure de distribution et d'administration des médicaments pour en garantir la qualité et la sécurité.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 41 levée.</u></b></p>

<p><b>Écart 42 :</b> Il n'a pas été remis à la mission de dispositif d'analyse des risques relatifs au circuit du médicament.</p>	<p>L.5121-25 CSP</p>	<p><b>Prescription 42 :</b> Le circuit du médicament constitue une chaîne de savoir-faire technique et clinique qui fait intervenir plusieurs acteurs. Prendre en considération, à partir d'une procédure institutionnelle de maîtrise de risques, les risques importants d'erreurs, de transmission de l'information et de coordination des interventions avec effets indésirables possiblement graves.</p>	<p>1 mois</p>		<p><u><b>Prescription 42 levée.</b></u></p>

<p><b>Écart 43</b> : Les postes de soins et de stockage des médicaments et dispositifs médicaux ne sont pas conformes aux obligations de rationalité, sécurité, hygiène et asepsie.</p>	<p>Articles du CSP : L.5126-10, R.5126-108, R.5126-109 R4312-37 à 39 (rôle IDE) R.5126-109, R.5132-80 (détention sécurisée) Recommandations OMEDIT (chariot d'urgence)</p>	<p><b>Prescription 43</b> : S'assurer que les locaux de soins répondent aux règles de logique, d'hygiène et d'asepsie et que leur entretien soit formalisé dans une procédure institutionnelle.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b><u>Prescription 43 maintenue</u></b> en l'absence de transmission de tous les justificatifs (ex : photos....)</p>
---	--	---	---------------	---	---

<p><b>Écart 44 :</b> Le gestionnaire ne dispose pas d'un référent qualité gestion des risques mutualisés pour l'ensemble de ses EHPAD ni de convention avec une équipe d'hygiène hospitalière. La direction n'a pas remis de procédure institutionnelle de gestion du risque infectieux et de bionettoyage des surfaces et sols.</p>	<p>L.1311-1, L.1311-4 CSP Recommandations HAS et CEPIAS bio nettoyage.</p>	<p><b>Prescription 44 :</b> Identifier une cellule mutualisée de gestion de la qualité, de l'hygiène et des risques infectieux. Rédiger une procédure de gestion du risque infectieux et de bionettoyage des sols et surfaces et veiller à son appropriation à l'ensemble du personnel.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 44 levée.</u></b> Cependant, malgré l'existence d'un référent Qualité mutualisé, la mission constate l'absence de mise à jour et d'harmonisation des procédures ainsi que l'absence de suivi des PACQ.</p>



<p><b>Écart 45 :</b> Les produits à usage médical et ménager sont stockés ensemble au détriment des règles d'hygiène et d'asepsie, de sécurité et de rationalité.</p>		<p><b>Prescription 45 :</b> Organiser le stockage des différents matériels en espaces dédiés de manière à en garantir l'hygiène, l'asepsie, la sécurisation et la rationalité. Adresser les justificatifs.</p>	<p>1 mois</p>		<p><u><b>Prescription 45 levée.</b></u></p>

<p><b>Écart 46 :</b> Les conteneurs à DASRI sont stockés dans la salle de soins ou dans les chambres des résidents, ce qui constitue un risque majeur de contamination. Le local extérieur n'est pas conforme à la réglementation.</p>	<p>R.1335-1 à 8 CSP Arrêté du 24.11.2003 et circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/D RT/CT2 n°2005/34 du 11.01.2005 relative au conditionnement des DASRI Arrêté du 07.09.1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</p>	<p><b>Prescription 46 :</b> Formaliser la gestion des DASRI dans une procédure réglementaire et en assurer l'appropriation. Faire parvenir le document et le calendrier de formation.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Prescription 46 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure.</p>
<p><b>Écart 47 :</b> L'établissement n'a pas identifié l'ensemble des partenaires du parcours de soins des résidents afin d'éviter les ruptures de continuité des prises en charge.</p>	<p>L.311-8, D.311-38, L.312-7, D.312-155-0, D.312-158, R.313-3 du CASF.</p>	<p><b>Prescription 47 :</b> Identifier, avec le concours d'un MEDEC, l'ensemble des professionnels de santé des filières et parcours de soins du territoire de santé intervenant auprès des résidents.</p>	<p>6 mois</p>		<p><b><u>Prescription 47 maintenue.</u></b></p>

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 34)
<p><b>Remarque 1 :</b> Le personnel ne s'est pas approprié le précédent projet d'établissement. Il n'a aucune information quant au travail concernant le nouveau projet.</p>	<p><b>Recommandation 1 :</b> Le gestionnaire doit veiller à améliorer la communication interne et s'assurer que le personnel soit engagé de façon participative autour de la construction du nouveau projet d'établissement.</p>				<p><b><u>Recommandation 1 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure.</p>

<p><b>Remarque 2 :</b> La continuité de la fonction de direction n'est pas opérationnelle, ni formalisée.</p>	<p><b>Recommandation 2 :</b> Le gestionnaire doit prévoir la rédaction d'un document, daté et signé, formalisant la/les subdélégation(s) au sein de l'établissement, ce qui permettra la continuité de l'établissement en cas d'absence de la direction.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u><b>Recommandation 2 levée.</b></u></p>
<p><b>Remarque 3 :</b> La mission constate un déficit de communication interne, mais aussi de cohésion et de temps de coordination des équipes pluridisciplinaires.</p>	<p><b>Recommandation 3 :</b> Le gestionnaire doit veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un planning des différentes réunions avec ordre du jour et personnel identifié.</li> <li>Organiser des temps réguliers d'échanges avec les différentes équipes en distinguant bien les temps dédiés pour les réunions, qu'il s'agisse des réunions de fonctionnement, des réunions</li> </ul>	<p>à chaque réunion</p>		<p><u><b>Recommandation 3 levée.</b></u></p>

	<p>d'équipe (Soin/ hôtellerie/ ménage), réunions pluridisciplinaires ou autres</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rédiger des comptes rendus faisant apparaître les personnes présentes/excuses/absentes, les relevés de décision, comptes rendus qui seront facilement disponibles pour les absents ou les nouveaux salariés.</li></ul>				
<b>Remarque 4</b> : L'établissement n'a pas affiché le dernier compte rendu du CVS qui date du 14 mars 2024.	<b>Recommandation 4</b> : Afficher le compte rendu du dernier CVS qui date du 14 mars 2024.				<b><u>Recommandation 4 maintenue</u></b> dans l'attente de la transmission d'un justificatif.
<b>Remarque 5</b> : Absence de démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement.	<b>Recommandation 5</b> : La démarche d'amélioration continue de la qualité doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation formalisée établissant son organisation, son management et l'association des personnels. Transmettre aux autorités tout justificatif.				<b><u>Recommandation 5 levée.</u></b>
<b>Remarque 6</b> : L'établissement n'organise pas le recueil et l'analyse des réclamations et doléances des usagers et des familles.	<b>Recommandation 6</b> : Mettre en place un dispositif opérationnel de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers. Le porter à la connaissance des instances de l'établissement, des résidents ou leurs représentants, des familles et des salariés.	3 mois			<b><u>Recommandation 6 levée.</u></b>

<p><b>Remarque 7 :</b> La mission constate que les salariés n'identifient pas de procédure particulière permettant de signaler des dysfonctionnements graves, que ce soit en interne ou en externe.</p>	<p><b>Recommandation 7 :</b> Établir une procédure au sein de l'établissement concernant les signalements des dysfonctionnements graves. Porter cette procédure à la connaissance de tous lors de points d'information réguliers, voire de formations des salariés après information aux instances.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b><u>Recommandation 7 levée.</u></b> Cependant, la procédure mentionne (en p. 5) : « <i>sans délai : dans les 72h après l'évènement</i> »).</p>
<p><b>Remarque 8 :</b> En raison d'un manque de personnel, certains agents sont employés plus de 12h pour assurer la continuité des prises en charge des résidents.</p>	<p><b>Recommandation 8 :</b> Le gestionnaire doit engager une réflexion sans délai sur l'organisation générale de l'établissement et plus globalement sur la politique de recrutement afin de ne pas mettre en danger le salarié et les résidents en effectuant une amplitude horaire dépassant 12h.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Recommandation 8 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>

<b>Remarque 9 :</b> Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles sont organisés et animés par la psychologue de l'établissement.	<b>Recommandation 9 :</b> Le gestionnaire doit mettre en place des groupes d'analyse des pratiques (GAP) et de la supervision. Ces soutiens doivent permettre de rassurer les professionnels quant à leurs pratiques professionnelles et les inviter au repérage ainsi qu'à la compréhension des difficultés quotidiennes de travail. L'objectif étant l'élaboration partagée des pratiques professionnelles sécurisées pour le résident tout comme pour le professionnel qui en assure l'accompagnement et la prise en charge. Les GAP et la supervision doivent être assurés par un professionnel extérieur à l'établissement.	6 mois			<b><u>Recommandation 9 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<b>Remarque 10 :</b> Le DUERP n'a pas été transmis à la mission.	<b>Recommandation 10 :</b> Le gestionnaire doit établir un DUERP conformément à l'article L 4161-1 du Code du travail. Transmettre le DUERP de l'établissement au service de prévention et de santé au travail auquel l'établissement a adhéré, lors de chaque actualisation.				<b><u>Recommandation 10 levée.</u></b>
<b>Remarque 11 :</b> La mission note l'absence de continuité de gestion du linge le samedi et le dimanche, entraînant une charge de travail soutenue pour les lingères le lundi. La lingerie ne dispose pas de matériel adapté (table de tri à hauteur, absence de calandreuse).	<b>Recommandation 11 :</b> Mener une réflexion sur l'organisation et le traitement du linge des résidents, du linge plat et des professionnels.  Mettre à disposition des professionnels en charge de la gestion du linge du matériel adapté (table à hauteur, calandreuse, etc.).	3 mois			<b><u>Recommandation 11 maintenue.</u></b>

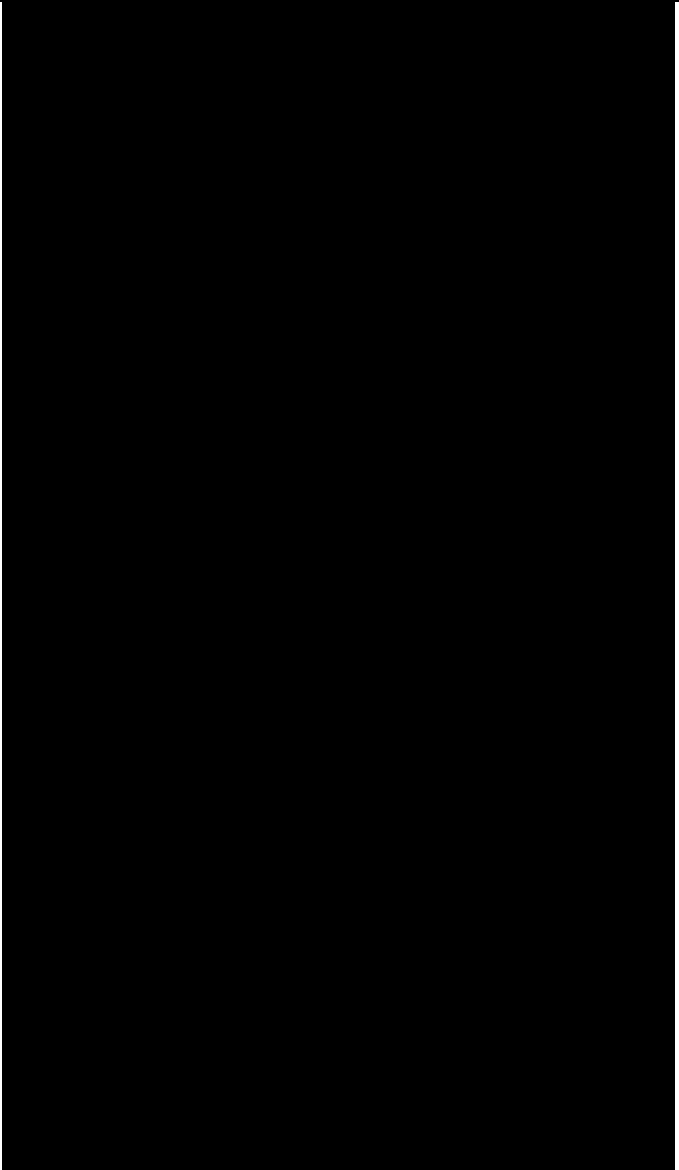
<p><b>Remarque 12 :</b> La mise en place de la vidéosurveillance au sein de l'EHPAD n'est pas suffisamment encadrée et n'a pas fait l'objet d'une information claire auprès des usagers et de toute personne entrant dans l'enceinte de l'établissement.</p>	<p><b>Recommandation 12 :</b> La mise en place d'un tel dispositif est soumise à des règles édictées par la CNIL auxquelles l'établissement doit se conformer (cf. délibération n° 2024-024 du 29 février 2024 portant adoption d'une recommandation relative à la mise en place de dispositifs de vidéosurveillance au sein des chambres des établissements accueillant des personnes âgées. JORF n°0102 du 2 mai 2024 ; Texte n° 121).</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b><u>Recommandation 12 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>



<b>Remarque 13 :</b> Lors des tests des appels malades, aucun professionnel ne s'est déplacé dans la chambre.	<b>Recommandation 13 :</b> Sensibiliser le personnel à intervenir dans un délai raisonnable lors du déclenchement des appels malades et réaliser régulièrement des évaluations sur le temps de réaction du personnel.	Immédiat		<b><u>Recommandation 13 levée.</u></b>
<b>Remarque 14 :</b> La salle de restauration n'est pas attrayante, de par son aménagement, sa décoration et son mobilier ce qui ne favorise pas la convivialité et la socialisation des résidents.	<b>Recommandation 14 :</b> Mener une réflexion concernant l'aménagement de la salle de restauration.			<b><u>Recommandation 14 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<b>Remarque 15 :</b> L'établissement n'a pas formalisé de projet d'animation définissant des orientations et des objectifs pluriannuels, à partir d'une analyse des souhaits et besoins des résidents. Aucun bilan des animations n'est réalisé en fin d'année et présenté aux membres du CVS.	<b>Recommandation 15 :</b> Formaliser un projet d'animation définissant des orientations et des objectifs pluriannuels, à partir d'une analyse des souhaits et besoins des résidents. Réaliser un bilan des animations en fin d'année et le présenter aux membres du CVS.			<b><u>Recommandation 15 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
<b>Remarque 16 :</b> Aucune animation n'est proposée le dimanche. La continuité des animations n'est donc pas assurée.	<b>Recommandation 16 :</b> Proposer des activités d'animation le dimanche afin d'assurer une continuité des activités.			<b><u>Recommandation 16 levée.</u></b>
<b>Remarque 17 :</b> L'animatrice accompagne seule les résidents lors des activités extérieures. Cette pratique ne permet pas d'assurer une sécurisation des résidents.	<b>Recommandation 17 :</b> Dans le cadre des activités organisées et réalisées à l'extérieur, les résidents doivent être accompagnés à minima par deux personnels de l'établissement.	Immédiat		<b><u>Recommandation 17 levée.</u></b>

soignante. Cette évaluation prend en compte

<p><b>Remarque 18 :</b> Le projet général de soins 2019-2024 est succinct.</p> <p>Les modalités de rédaction du projet général de soins 2025-2030 n'ont pas fait l'objet d'une méthodologie de projet.</p>	<p><b>Recommandation 18 :</b> La rédaction du projet général de soins 2025-2030 nécessite la participation d'un médecin coordonnateur et une méthodologie de projet afin d'établir de manière opérationnelle l'ensemble des prestations de soins spécifiques de l'EHPAD.</p>				<p><b><u>Recommandation 18 maintenue.</u></b></p>
<p><b>Remarque 19 :</b> Au regard de l'évaluation gériatrique globale de la population hébergée, la charge de travail en termes de nursing et hygiène nécessiterait un renfort en personnel aide-soignant.</p>	<p><b>Recommandation 19 :</b> Le gestionnaire doit engager une réflexion sans délai sur l'organisation générale de l'établissement et plus globalement sur la politique de recrutement afin de ne pas mettre en danger le salarié et les résidents.</p>				<p><b><u>Recommandation 19 maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>

<p><b>Remarque 20</b> : La traçabilité des transmissions et de l'observance des prescriptions de soins n'est pas exhaustive. Il n'existe pas de réunions d'échange, réflexion communication relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.</p>	<p><b>Recommandation 20</b> : Le gestionnaire devra veiller à organiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des temps de réunions de transmission du suivi des PSI et PVI des résidents ;</li> <li>- Des temps d'échanges et réflexions, information, formation entre la direction et les équipes et entre membres de l'équipe pluridisciplinaire.</li> </ul>	<p>1 mois</p>		<p><b><u>Recommandation 20</u></b> <b><u>maintenue</u></b> dans l'attente de l'effectivité de la mesure levée.</p>
---	--	---------------	---	--