

**Direction de la santé publique**

**DGA - Solidarités départementales**

à

Monsieur le Président-Directeur-Général  
SA ORPEA Siège social  
12 rue Jean Jaurès  
92800 PUTEAUX

Date: 26 avril 2021

**LR ave AR n°**

**OBJET:** Inspection du 10/02/2022 de l'EHPAD Sainte-Clotilde à Caux géré par la société ORPEA  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** 1 Tableau de synthèse des mesures correctrices prescrites  
1 tableau de synthèse des observations des documents transmis.

**N° PRIC : MS\_2022\_DSP\_34\_10**

Monsieur le Président-Directeur-Général,

Suite à l'inspection de votre établissement, réalisé le 10/02/2022, nous vous avions invité à communiquer vos observations, en réponse aux constats et aux conclusions de la mission consignés dans son rapport, ainsi que sur les prescriptions que j'envisageais de vous notifier.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, par courrier reçu le 14/03/2022.

Après recueil et analyse de vos observations en réponse aux différents constats de la mission, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre œuvre, dans les délais impartis, les prescriptions et recommandations énumérées dans le tableau ci-joint, qui précise la nature des mesures correctrices à mettre en œuvre dans les délais indiqués.

A savoir pour rappel des principales mesures :

**1 / Mettre à jour le projet d'établissement** conformément aux disposition de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) en suivant la recommandation des bonnes pratiques professionnelles relatives à « l'Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », publiées sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS).

**2/ Mettre en place un dispositif de signalement et de traitement des EIG** (organisation, protocole, consignes, registre et transmission) **en conformité avec les articles L. 331-8-1 ; R. 331-8 à 10 du CASF.** L'entrée en vigueur du dispositif de déclaration des événements indésirables en ESMS a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2017 par décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 (*Journal Officiel de la République française* du 23 décembre 2016).

**3/ Mettre en conformité le règlement de fonctionnement et ses documents annexes (livret d'accueil...), ainsi que le règlement du Conseil de la vie sociale (CVS) avec les dispositions de l'article L. 342-3 du CASF.**

**4/ Mettre en place une comptabilité distincte entre l'EHPAD et la Résidence Service, en application des dispositions de l'article R. 314-82 du CASF, qui précisent : « *Lorsqu'un même organisme gère plusieurs établissements ou services sociaux et médico-sociaux, il est tenu à une comptabilité distincte pour chaque établissement ou service. Il conviendra de retracer les mouvements financiers entre ces entités (résidence service et EHPAD) par les comptes de liaisons fixés conformément à l'article R. 314-5. Ces comptes distingueront les opérations afférentes à l'investissement, les opérations afférentes aux prestations internes de service et à l'exploitation, ainsi que les opérations de trésorerie à moyen et court termes. (...) ».***

**5/ Procéder aux travaux de réparation du défaut de structure des douches individuelles, dès la transmission d'un planning prévisionnel précis de réalisation des travaux dans un délai maximum de 3 mois, et vérifier la bonne réalisation des travaux à l'issue du délai de 6 mois impartis.**

Par ailleurs, nous préconisons que le gestionnaire prévoit un dédommagement financier aux résidents concernés par l'impact de ces dysfonctionnements, connus depuis 10 ans. Cette information sera opportune pour le prochain CVS qui doit aborder la question des tarifs et des travaux.

**6/ Réparer les dispositifs d'appels malades defectueux dans tous les locaux et veiller à ce qu'ils soient aisément accessibles aux résidents afin de garantir d'une réponse adaptée et efficiente aux appels.**

Ces actions visent à améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, et à rendre les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD Sainte-Clotilde à Caux conformes avec les exigences de la réglementation.

Lorsque les mises en conformité seront effectuées, selon l'échéancier précisé en annexe, vous transmettrez aux autorités et aux services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions, que nous vous notifions par la présente correspondance.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Président-Directeur-Général, à l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé

Occitanie  
Pour le Directeur Général de l'Agence Régionale  
De Santé Occitanie et par délégation  
Le Directeur Général Adjoint

  
Jean-Jacques MORFOISSE

Didier JAFFRE

Le Président  
Du Conseil Départemental de  
l'Hérault



Kleber MESQUIDA

**TABLEAU DE SYNTHESE DES ECARTS/REMARQUES OU ENVISAGEES SUITE A L'INSPECTION DE L'EHPAD SAINTE CLOTILDE GERE PAR ORPEA A CAUX DU 10/02/2021.**

Absence de risque majeur mais non-conformités réglementaires à corriger				
ECARTS	Rappel de la réglementation	PRESCRIPTIONS courrier conjoint du	Analyse des réponses de la structure inspectée (courrier reçu le 14/03/22)	Décisions définitives et délais impartis
<b>Ecart 1 :</b> Le projet d'établissement actuel concerne la période 2012 – 2017. Il est en cours d'actualisation depuis 2021, mais n'a toujours pas été révisé (ce qui constitue un écart à)	art. L311-8 CASF	Finaliser le projet d'établissement. Délai de mise en œuvre : 3 mois		<b>Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre: 01/09/2022</b>
<b>Ecart 2 :</b> Si un protocole de gestion des EIG existe, il n'est pas ou peu connu	art. R 1413-68 du CAS l'art. R 1413-68 du CASF et le dispositif réglementaire de	Mettre en place une communication appuyée sur un protocole formalisé de		<b>Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre:</b>

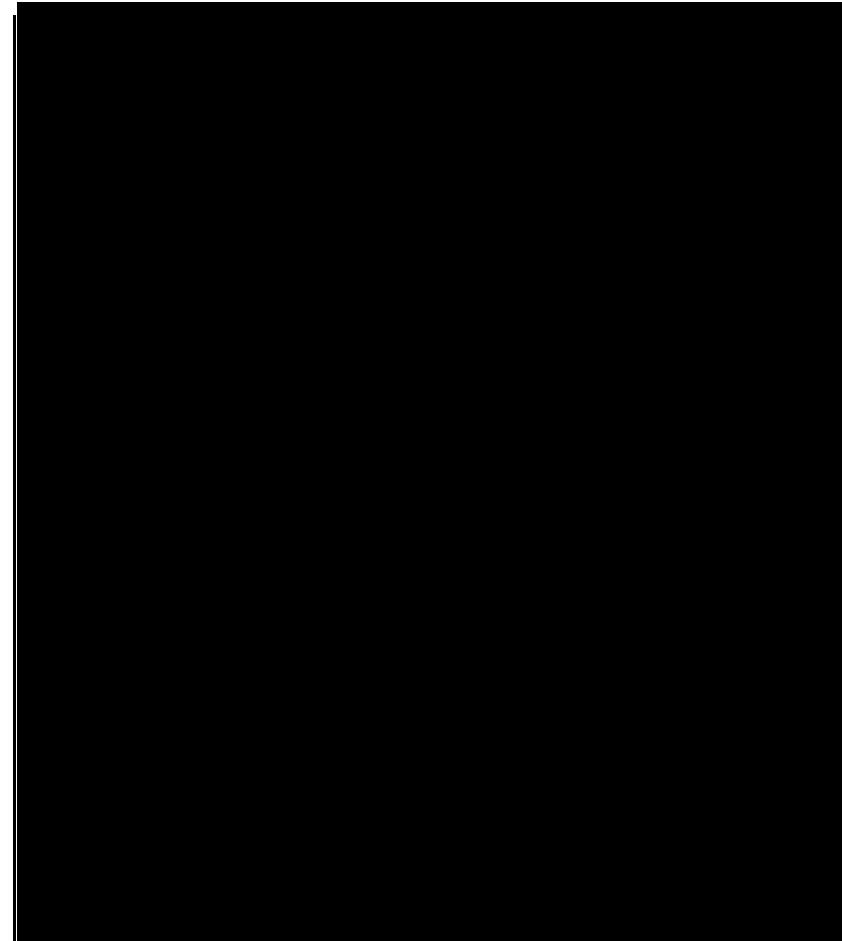
<p>des salariés donc, inutilisable. Les modalités et protocoles méconnus ou inconnus du personnel</p> <p>La mission constate qu'aucun des 5 salariés non médicaux non IDE entretenues n'ont pu décrire un tel dispositif ni se souvenir d'avoir été informé ou formé à un quelconque dispositif de recueil, analyse et suivi d'évènements importants. Les professionnels IDE, ES et AV ne connaissent pas les procédures.</p> <p>Donc quid du respect de l'obligation légale de signalement des EIG conformément à la réglementation en vigueur?</p> <p>Seuls les personnels médicaux connaissent son existence.</p>	<p>déclaration des évènements indésirables en établissement social et médico-social a été fixé, au 1er janvier 2017, par le décret n°2016-1813 du 21/12/16 (JORF du 23/12/16), et codifié à l'article R.331-8 à 10 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Recommandation ANESM "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance"- Décembre 2008</p>	<p>recueil, de signalement, d'analyse et de suivi des incidents importants ou des EIG auprès de tous les personnels y compris les personnels non médicaux. Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>	<p><b>31/12/2022 pour l'année 2022</b></p>
--	---	--	--



<p><b>Ecart 3 :</b>            Le livret d'accueil comporte des anomalies :            - La partie du document concernant le règlement de fonctionnement est incomplet impression uniquement des pages impaires.            - Il ne mentionne pas que « Le conseil de la</p>	Art R311-33 à R311-37 et l'article R311-34 CASF (art L342-3 du CASF)	Publier intégralement le règlement de fonctionnement dans le livret d'accueil et procéder à son affichage dans l'établissement Immédiat  Conformer le livret d'accueil à la	<b>Prescription maintenue.</b> <b>Délai de mise en œuvre: Immédiat</b>

<p>vie sociale est consulté au moins une fois par an sur le niveau du prix du socle de prestations et sur le prix des autres prestations d'hébergement ainsi qu'à chaque création d'une nouvelle prestation. »</p>		<p>règlementation Délai de mise en œuvre : Immédiat</p>		
--	--	---	--	--

<p><b>Ecart 4 :</b>            Dans la distribution des locaux, l'équipe a constaté un manque de cloisonnement entre l'EHPAD et la « Résidence Service ». En effet, au second étage du bâtiment de l'EHPAD on trouve les sept studios de la « Résidence Service », insuffisamment distincts des chambres de l'EHPAD (signalisation, accès).            - Cette organisation ne permet pas une gestion distincte suffisante entre ces deux activités.</p>	<p>l'article D313-24-2 du CASF,</p>	<p>Clarifier l'imperméabilité géographique, comptable et budgétaire des deux entités. Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>	<p><b>Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre: 3 semaines</b></p>



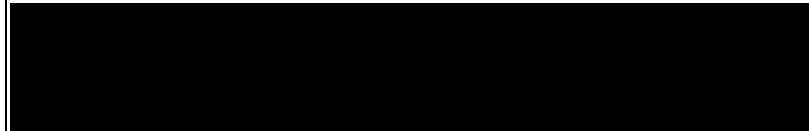
<p><b>Ecart 5:</b>          24 douches individuelles dans les chambres (14 au 1er étage et 10 au 2ème étage selon les propos recueillis par la mission lors des entretiens avec le personnel) sont inutilisables. Un défaut de construction (inversion des pentes des eaux usées) provoque l'inondation dans les chambres du premier et second étage.          Cela rend impropre l'usage de ces douches individuelle, sans compensation pour les résidents et perturbe l'organisation de la toilette quotidienne des résidents : Les personnels soignants, sont obligés de réaliser les douches dans une salle de bain commune. Ce problème très ancien mais non résolu impose aux salariés (aides-soignantes) de transporter les</p>	<p>Article L311-3 du CASF</p>	<p>Procéder aux travaux de réparation du défaut de structure des douches individuelles des douches. Délai de mise en œuvre : 1 an</p>		<p><b>Prescription maintenue.</b>  <b>Délai de réception du planning des travaux : 3 mois</b>  <b>Délai de mise en œuvre total: 6 mois</b></p>
--	-------------------------------	---	--	--

<p>résidents concernés vers un autre local « commun » équipé de douches qui sert également au stockage des protections intimes des résidents et aux chariots d'entretien, notamment à l'USA. Les conséquences sont une dégradation des conditions de confort et d'intimité et du temps de salarié consommé à des tâches « non bienfaitrices » pour les résidents</p>			
<p><b>Ecart 6:</b> Lors de la visite, l'équipe d'inspection a constaté qu'il existait un système d'appel malades mais celui-ci se caractérise par une hétérogénéité dans son effectivité et dans son mode de fonctionnement (plusieurs systèmes coexistent). Il apparaît nécessaire d'harmoniser le</p>	Article L311-3 du CASF	Vérifier et réparer la mise en place des dispositifs d'appels malades homogène, efficient et accessible avec une signalisation fonctionnelle. Délai de mise en œuvre : 1 an	<p style="color: red;"><b>Prescription maintenue. Délai de mise en œuvre: 6 mois</b></p>

<p>dispositif d'appels malades, le rendre plus efficient, plus accessible et doublé d'un signal visuel effectif.</p> <p>Un dispositif d'appel malade défaillant est un facteur de risque pour les usagers, susceptible de générer une perte de chance en cas prise en charge tardive de troubles graves affectant les personnes âgées dépendantes (chute, AVC...)</p>		<p>réalisation des travaux. Une visite d'effectivité vérifiera la bonne réalisation des travaux le fonctionnement des dispositifs et la réaction aux appels à l'issue des délais impartis.</p> <p>Par ailleurs la mission suggère au gestionnaire de prévoir un dédommagement financier aux résidents concernés par l'impact de ces dysfonctionnements. Cette information serait opportune pour le prochain CVS qui doit aborder la question des tarifs et des travaux.</p> <p>ECART n° 6 MAINTENU</p>	
---	--	--	--

REMARQUES	RECOMMANDATIONS	Analyse des réponses de la structure inspectée (courrier reçu le 14/03/22)	Délais de mise en œuvre
<p><b>Remarque 1 :</b> L'EHPAD Ste Clotilde à Caux a connu une grande mouvance des directeurs (4 directeurs en 5 ans _ Cf. tableau Introduction). La continuité de la fonction de direction n'est pas constante ni assurée.</p>	<p>Compte tenu du turn-over de la direction, mettre en place une organisation qui permette une continuité de la fonction de direction sur place. Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>		<p><b>Recommandation maintenue</b></p>

<p><b>Remarque 2:</b> Le règlement de fonctionnement doit présenter les compétences du CVS dans leur intégralité</p>	<p>Le règlement de fonctionnement doit présenter dans son intégralité Délai de mise en œuvre : Immédiat</p>	<p><u>Commentaires sur les documents fournis :</u> P52 : REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT : « Le conseil de la vie sociale donne son avis..... par la Résidence. » "Les informations sur les compétences du CVS sont incomplètes au regard de la réglementation en vigueur: D311-15 CASF:" Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.."</p> <p><u>Observations définitives de la mission :</u> Le livret d'accueil fournit mentionne les missions du CVS, qui sont incomplètes et ne sont plus en conformité avec la réglementation en vigueur (art. L342-3 du CASF) Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : Immédiat</p>	<p style="color: red;"><b>Recommandation maintenue</b></p>
<p><b>Remarque 3:</b> Un organigramme existe. Mais il n'est pas à jour en raison du départ de la directrice.</p>	<p>Mettre à jour l'organigramme. Délai de mise en œuvre : Immédiat</p>		<p style="color: red;"><b>Recommandation maintenue</b></p>

<p><b>Remarque 4:</b> Le résultat de l'enquête annuelle de satisfaction auprès des résidents et des familles, pour 2018-2019- 2020, n'est pas connu du représentant des familles au CVS, entretenue par les membres de la mission en conférence téléphonique le 11 février.</p> <p>-Le représentant des familles au CVS déclare aux inspecteurs lors de son entretien téléphonique du 11 février, ne pas connaître l'existence d'un moyen (type livre) pour recueillir les doléances des familles qui serait analysé en CVS ou autre instance.</p> <p>Problème de la fluidité de l'information entre les différentes parties prenantes</p>	<p>Développer le partenariat avec le CVS dans la procédure des enquêtes de satisfaction.</p> <p>Développer la communication concernant les modalités de recueil des doléances des familles</p> <p>Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>	<p><u>Commentaires sur les documents fournis :</u></p> <p>P.36 : « rapport (de l'évaluation interne) ... transmis aux autorités compétentes... Mais pas au CVS communiquer les rapports d'évaluations avec les réponses des autorités au CVS</p> <p>P.36 : Les rapports des évaluations internes et externes sont évoqués lors des CVS... Imprécisions sur le degré de communication des résultats des évaluations auprès du CVS. Ces évaluations doivent transmises aux CVS et non seulement « évoquées »</p> <p>P52 : REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT : « Le conseil de la vie sociale donne son avis..... par la Résidence. » "Les informations sur les compétences du CVS sont incomplètes.</p> <p>Rappel des dispositions de l'art. D311-15 CASF: " <i>Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge..</i>"</p> <p>Le livret d'accueil fournit mentionne les missions du CVS, qui ne sont plus en conformité avec la réglementation en vigueur (art. L342-3 du CASF)</p> <p>La mission demande la mise à jour du contenu du livret d'accueil en conformité avec la réglementation, afin de renseigner correctement les usagers sur leurs droits.</p> 	<p><b>Maintien de la recommandation.</b> <b>Transmettre le compte rendu dudit CVS</b></p>
--	---	---	---

		Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : Immédiat	
<p><b>Remarque 5:</b> Appropriation inégale selon les professionnels des protocoles et bonnes pratiques en matière de bientraitance, notamment lié au remplacement ou turn-over des professionnels.</p> <p>Une politique formalisée n'est pas disponible, mais des formations sont dispensées au moins pour le personnel en CDI.</p> <p>Il s'agit de sessions de formation en général de 7h00 relevant du catalogue de formation ORPEA sur ce thème qui ont bénéficié aux salariés, parfois plusieurs années de suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constat des inspecteurs dans les dossiers RH personnel des salariés en CDI consultés sur place</li> <li>• Constat identique lors des entretiens avec les salariés Auxiliaire de vie, aide-soignante, agent de maintenance technique.</li> </ul>	<p>Nécessité de l'organisation récurrente et plus systématisé de sessions de formation à destination de l'ensemble des professionnels en y associant les bénévoles et les intervenants libéraux. Délai de mise en œuvre : Immédiat et continu</p>	<p><u>Commentaires sur les documents fournis :</u> Les référentes bientraitance ne sont citées nulle part</p> <p><u>Observations définitives de la mission :</u> Dont acte une journée en mars 2022 acceptée Le médecin coordonnateur doit s'impliquer (mission 5 et 6 des décrets 2005-560 du 27 mai 2005 et 2007-547 du 11 avril 2007) L'IDEC nouvellement formée sur 1 jour sera la formatrice pour tout le personnel, en mars 2022. Remarque levée.</p>	Recommandation levée
<p><b>Remarque 6:</b> Il existe une Procédure ORPEA intitulée « Signalement d'un évènement indésirable grave - version n°007 du 01/11/2020 ». Bien qu'accessible à tous par le biais d'un portail qualité ORPEA, les documents et protocoles ci-dessus mentionnés ne</p>	<p>Un travail doit être mené auprès de l'ensemble des professionnels afin de s'approprier la problématique des EI – le circuit doit être simplifié et tout un chacun doit pouvoir déclarer et assurer son propre le recueil de l'EI - Il doit être analysé</p>	<p><u>Observations définitives de la mission :</u> Voir commentaires en ECART/ prescription N°2 ci-dessus.</p> <p>Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>	Recommandation maintenue

<p>sont pas ou peu connus et ou mis en application de façon homogène par l'ensemble du personnel. La connaissance et l'appropriation par les différents professionnels de l'EHPAD des procédures existantes et des conduites à tenir lors d'un EIG sont inégales et de nature à ne pas garantir l'exhaustivité des signalements conformément aux bonnes pratiques.</p>	<p>par l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins et ce au niveau de la structure.</p> <p>Faire une communication auprès des personnels de telles sorte que tous les agents de l'établissement, y compris les non médicaux, connaissent les procédures et/ou à des conduites à tenir formalisées et actualisées dans les situations visées. Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>		
<p><b>Remarque 7 :</b> La mission constate dans les dossiers RH personnel des salariés CDI et CDD consultés que pour les personnels en CDD les fiches de poste manquent de précision sur les tâches, les heures, la localisation ou les chambres. Il est fait référence à une fiche d'emploi « type » c'est-à-dire générique et au nom de la personne titulaire du poste sujet au remplacement.</p> <p>Ce même manque de précision sur les tâches et le lieu d'exécution pour les salariés en CDD a été révélé aux inspecteurs lors d'entretiens.</p>	<p>Le manque de détail des fiches de postes et des manques dans l'organisation des transmissions, notamment aux personnels remplaçants ou intérimaires sont décrits par les personnels, pouvant engendrer des comportements et pratiques inadaptés (par exemple le non signalement des douches inutilisables, les pratiques et habitudes à respecter pour les résidents, le repérage des résidents pour les personnels de nuit...). Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>		<p><b>Recommandation maintenue</b></p>
<p><b>Remarque 8:</b> Il ressort des entretiens avec des membres du personnel, qu'en période de manque de personnel, les besoins de remplacements non satisfaits engendrent des conflits entre les personnels soignants, provoquant</p>	<p>Détailler les fiches de postes des personnels en CDD. Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>		<p><b>Recommandation maintenue</b></p>

parfois des glissements de tâches : auxiliaires de vie amenés à effectuer des toilettes.		Le besoin en effectifs minimaux à respecter doit être quantifié et mesuré, avec des temps d'intervention et de ratios d'accompagnement suffisants pour garantir une prise en charge de qualité et éviter les risques de maltraitance institutionnels en raison de temps ou d'effectifs trop courts impartis pour effectuer les missions (toilettes, accompagnements, repas,...). Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : 3 mois	
<b>Remarque 9:</b> Les repas sont établis pour tous les résidents. Le cuisinier dispose de la liste des résidents souffrant d'allergies, mais pas de choix dans les offres de repas.	<p>Les temps entre le repas du soir et le déjeuner du matin doit être inférieur à 12 h ou une collation (solide) doit être systématiquement proposée à tous résident dans la soirée. Délai de mise en œuvre : 1 mois</p> <p>Il faut positionner sur la structure un temps de diététicienne afin de mieux adapter les repas aux besoins des résidents et d'intégrer des temps d'éducation et de participation des résidents à des ateliers de cuisine et d'échanges autour des repas. Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>	<u>Observations définitives de la mission :</u> Indiquer le type de collation (doit être protéinée) et sa traçabilité.  <b>Les menus doivent être élaborés avec le concours de la diététicienne</b> Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : 1 mois	<b>Recommandation maintenue</b>
<b>Remarque 10:</b> Les prestations payantes ne sont pas mises à jour sur le livret d'accueil.  Il est question de facturation supérieure à 25 € TTC dont la signification n'est pas claire et doit être précisée.  Son évolution tarif a-t-elle été présentée en CVS ?	Mettre à jour systématiquement les prestations payantes sur le livret d'accueil. Délai de mise en œuvre : 1 mois  La question de la facturation supérieure à 25 € TTC doit être		<b>Recommandation maintenue</b>

	<p>précisée. Délai de mise en œuvre : Immédiat</p> <p>Transmette le compte rendu du CVS attestant de la mise à jour des tarifs.</p> <p>Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>	<p><b>Les prestations facturées en sus, non commandées ou non indiquées aux annexes des contrats doivent être remboursées ou déduites des factures à venir des usagers.</b></p> <p>Délai de mise en œuvre : Immédiat</p> <p><b>FOURNIR le compte rendu de la réunion comme preuve à ARS et au Conseil Départemental.</b></p> <p>Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : 6 mois</p>	
<p><b>Remarque 11:</b> Il existe un recueil des informations sur les usagers.</p> <p>Le manque de détail des fiches de postes et des manques dans l'organisation des transmissions, notamment aux personnels remplaçants ou intérimaires sont décrits par les personnels, pouvant engendrer des réponses et pratiques inadaptés (par exemple le non signalement des douches inutilisables, les pratiques et habitudes à respecter pour les résidents, le repérage des résidents pour les personnels de nuit...)</p>	<p>Il est nécessaire de mieux apprécier le niveau de diffusion et d'appropriation des protocoles par type de professionnels et statut (titulaire ou non, remplaçants), en développant notamment une traçabilité de la prise de connaissance des protocoles par le personnel soignant (fiche d'émargement ou réunions et synthèse annuelle). Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>	<p><u>Observations définitives de la mission :</u></p> <p>Dont acte.</p> <p>Le médecin coordonnateur doit s'impliquer (mission 5 et 6 des décrets 2005-560 du 27 mai 2005 et 2007-547 du 11 avril 2007</p> <p>Remarque Levée.</p>	Recommandation levée
<p><b>Remarque 12:</b> Manque d'adaptation des repas aux besoins des résidents</p>	<p>Le temps entre le repas du soir et le déjeuner du matin doit être inférieur à 12 h ou une collation (solide) doit être systématiquement proposée à tous résident dans la soirée. Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>	<p><u>Observations définitives de la mission :</u></p> <p>Dont acte, sous réserve que les collations fournies soient protéinées.</p> <p>Remarque levée</p>	Recommandation levée

<p><b>Remarque 13:</b> La question qui se pose est celle de la traçabilité de la délivrance du médicament qui n'est pas réalisée après chaque délivrance mais à la fin de chaque tournée de délivrance des médicaments. Problème lié aux tablettes non fonctionnelles.</p>	<p>Il est nécessaire de mieux apprécier le niveau de diffusion et d'appropriation des protocoles par type de professionnels et statut (titulaire ou non, remplaçants), en développant notamment une traçabilité de la prise de connaissance des protocoles par le personnel soignant (fiche d'émargement ou réunions et synthèse annuelle). Délai de mise en œuvre : 3 mois</p>		<p><b>Recommandation maintenue</b></p>
<p><b>Remarque 14:</b> Manque de temps de chevauchement des plannings médicaux : Problème le matin : transmission de 15mn avec l'AV seulement. Transmission au moment de la relève : le matin entre IDE et AS de nuit sur 15 minutes – mais pas de chevauchement pour les transmissions du soir entre IDE et AS</p>	<p>Les plannings doivent identifier des temps de chevauchement d'au moins 15 minutes pour la réalisation des transmissions entre IDE et AS le matin comme le soir et ce tous les jours de la semaine. Délai de mise en œuvre : 1 mois</p>		<p><b>Recommandation maintenue</b></p>
<p><b>Remarque 15:</b> Les rapports d'évaluations interne (2013) et externe (décembre 2014) ont-ils été présentés en CVS comme indiqué ? Ceci est d'autant plus significatif que la dernière évaluation externe a servi à l'examen du renouvellement de l'autorisation en janvier 2017, pour 15 ans.</p>	<p>L'établissement doit nous transmettre le compte rendu du CVS attestant de la communication des rapports d'évaluation internes et externes. Délai de mise en œuvre : Immédiat</p>		

		Réponse fournie insuffisante car il n'y a pas de présentation des résultats de l'évaluation externe aux comptes rendus transmis Remarque maintenue. Délai de mise en œuvre : Immédiat	
--	--	--	--