

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

Date : 03 mars 2025

N° PRIC : MS_2024_34_CS_01

Courrier RAR n° [REDACTED]

Monsieur le Président
Conseil d'administration
EHPAD Simone Gillet Demangel
570 rue Rouget de Lisle
34000 MONTPELLIER

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

Objet : Inspection de l'EHPAD « Simone Gillet Demangel » 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 dans au sein de l'EHPAD « Simone Gillet Demangel » en date des 18 et 19 septembre 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 11 décembre 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 13 janvier 2025.

Après recueil et analyse de vos observations, nous vous notifions notre décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

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

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à 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 Madame la Ministre chargée de l'Autonomie et du Handicap ainsi qu'auprès de Monsieur 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 « Télerecours 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'agrérer, 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

Annexe à la lettre de contrôle

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Simone Gillet Demangel »
570 rue Rouget de l'Isle - 34070 Montpellier

N° PRIC : MS_2024_34_CS_01

18 et 19 septembre 2024

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

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

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesure (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 de l'ARS et du Conseil Départemental de l'Hérault
<p>Écart 1 : 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.</p>	<p>Articles L313-1 à 9 du CASF Article L331-2, R331-5 du CASF PASA (D312-155-0-1 CASF) UHR (D312-155-0-2 CASF) Article L314-5 CASF</p>	<p>Prescription 1 : L'établissement doit se doter d'un registre réglementaire des admissions et des sorties des résidents. Ce dernier devra être côté et paraphé par le maire de la commune de Montpellier, conformément aux dispositions de l'article R331-5 du CASF. Adresser aux autorités la preuve.</p>	<p>Immédiat</p>			
<p>Écart 2 : Le projet d'établissement est arrivé à échéance.</p> <ul style="list-style-type: none"> Il ne décrit pas la politique de promotion de la bientraitance installée au sein de l'établissement. Il ne fait pas référence aux personnes qualifiées ni à leurs identifications. Il n'intègre pas le plan bleu. 	<p>Articles L311-8, D311-38- 5 du CASF Art. D.312-158 du CASF D 311-38 -3 CASF D311-38 -4 CASF</p>	<p>Prescription 2 : Le gestionnaire doit engager sans délai le travail préparant le nouveau projet d'établissement. Pour ce faire il doit : <ul style="list-style-type: none"> Préparer une information à destination de l'ensemble du personnel Veiller à la production d'un rétro-planning Garantir une organisation qui prendra en compte l'association du personnel mais aussi des résidents et des familles. </p>	<p>6 mois</p>			

<p>Écart 3 : Écart 3 : 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-essms@herault.fr).</p>	<p>Articles L311-6, D311-3 à 20 et D311-26 à 32-1 CASF</p>	<p>Prescription 3 : Le CVS doit rédiger un rapport d'activité chaque année. Transmettre aux autorités tout élément de preuve. La gouvernance doit 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>Prescription 3 maintenue dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure.</p>
<p>Écart 4 : 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>L311-8 CASF, D312-203 CASF</p>	<p>Prescription 4 : Le gestionnaire doit veiller à l'engagement de l'établissement dans une politique formalisée, identifiée de promotion de la bientraitance ainsi que de prévention et de lutte contre la maltraitance. Il s'assurera que cette politique est connue par l'ensemble des salariés, des résidents ainsi que des familles. 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>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 4 maintenue dans l'attente de la transmission du nouveau projet d'établissement.</p>
<p>Écart 5 : Les résultats de cette enquête ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil de la structure.</p>		<p>Prescription 5 : Afficher dans l'espace d'accueil de la structure les résultats de l'enquête de satisfaction.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 5 levée</p>

<p>Écart 6 : La mission ne dispose pas d'élément de preuve concernant l'examen des résultats de l'enquête de satisfaction par le CVS</p>	<p>Article D311-15 du CASF et Guide méthodologique HAS « Recueil du point de vue des personnes hébergées accueillies en EHPAD (Sept.2023)</p>	<p>Prescription 6 : Transmettre à la mission la preuve de l'examen des résultats de l'enquête de satisfaction par le CVS.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 6 maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs.</p>
<p>Écart 7 : L'établissement ne signale pas systématiquement et sans délai aux autorités administratives les dysfonctionnements graves survenus au sein de l'établissement.</p>	<p>Articles L331-8-1 R331-8 et 9 du CASF Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des ESMS (article 1 liste des 11 dysfonctionnements- modèle de FEI)</p>	<p>Prescription 7 : Le gestionnaire doit 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.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 7 levée. Cependant, il convient de corriger la procédure qui mentionne en page 5 « sans délai : dans les 72h après l'évènement ».</p>

<p>Écart 8 : Absence de plan bleu au sein de l'établissement.</p>	<p>Article D312-160 du CASF Arrête cahier des charges plan bleu 7 juillet 2005. R 311-38-1 CASF INSTRUCTION interministériel e N° DGS/VSS2/DGC S/SD3A/2022/2 58 du 28 novembre 2022</p>	<p>Prescription 8 : Conformément à l'article D312-160 du CASF, et aux dispositions de l'Instruction du 28 novembre 2022 ; le gestionnaire doit élaborer et intégrer dans le projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription 8 maintenue dans l'attente de la réalisation complète de la mesure.</p>
<p>Écart 9 : L'équipe pluridisciplinaire ne comprend pas de référent pour les activités physiques et sportives.</p>	<p>L311-12 du CASF D311-40 du CASF</p>	<p>Prescription 9 : Procéder au recrutement ou à la désignation d'un référent APA. Ce poste pourrait être mutualisé au sein des établissements gérés par le CCAS.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription 9 maintenue dans l'attente de la transmission d'un justificatif. (Exemple : fiche de poste APA...)</p>
<p>Écart 10 : L'établissement dispose d'une capacité de 82 lits dont un PASA et d'une unité protégée. Seules 6 AS le matin sont affectées sur l'ensemble de l'établissement et sur certains créneaux horaires aucune surveillance n'est mise en place au sein de l'unité protégée.</p>	<p>Article 2 de la charte des droits et libertés individuelles</p>	<p>Prescription 10 : 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 les salariés et les résidents.</p>	<p>Immédiat</p>	<p>équipes</p>	<p>Prescription 10 maintenue</p>

<p>Écart 11 : Le gestionnaire n'a pas été en mesure de justifier avoir réceptionné les B3 et s'être assuré de la compatibilité.</p>	<p>Article L133-6 CASF</p>	<p>Prescription 11 : Le gestionnaire doit apporter la preuve qu'il a demandé et vérifier l'extrait du B3 pour chaque salarié.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 11 maintenue dans l'attente de la transmission des justificatifs. Par ailleurs, la mission rappelle que le contrôle doit s'effectuer à « <i>intervalles réguliers</i> » et pas uniquement lors du recrutement. (article L133-6 CASF)</p>
<p>Écart 12 : Lors de la visite des locaux, la mission a constaté que :</p> <ul style="list-style-type: none"> Plusieurs espaces de stockages présentaient un défaut de rangement. Des cartons étaient également entreposés à même le sol dans certaines pièces de stockage, ne permettant pas de garantir un niveau de sécurité et d'hygiène adapté pour un ESMS, et ne facilitant pas l'accessibilité de ces espaces aux professionnels. L'entretien des chambres n'est pas réalisé tous les jours. 	<p>Article L 311-3-1 du CASF – L312-1-II et l'article 2 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie</p>	<p>Prescription 12 : Le gestionnaire doit garantir que les espaces de stockages sont correctement rangés afin d'assurer la sécurité et l'accessibilité de ces espaces par les professionnels. Mettre en place une traçabilité des tâches d'hygiène réalisées par les professionnels et réaliser régulièrement des contrôles de l'entretien des locaux et des chambres. Transmettre aux autorités la preuve de la garantie de l'hygiène et du rangement des locaux.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Prescription 12 levée</p>

<p>Écart 13 : L'établissement ne dispose pas de groupe électrogène.</p>	<p>Article R313-31 du CASF et R732-15 du Code de la sécurité intérieure</p>	<p>Prescription 13 : La structure doit pouvoir disposer d'un groupe électrogène (acquisition – mutualisation ou location). Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Prescription 13 maintenue dans l'attente de la transmission d'éléments justifiant d'une organisation en cas de coupure électrique prolongée.</p>
<p>Écart 14 : La procédure d'admission n'est pas conforme aux dispositions réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les habitants en dehors de la commune de Montpellier sont systématiquement refusés ; La cadre de santé, directrice adjointe de l'EHPAD, n'a pas la compétence médicale pour valider ou non la demande d'admission. 	<p>Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.3 Article D 312-155-1 CASF Arrêté du 25 novembre 2019</p>	<p>Prescription 14 : Le gestionnaire devra réviser la procédure d'admission en n'opérant pas une sélection sur la commune de résidence des demandeurs et en requérant systématiquement l'avis du MEDEC avant l'inscription en liste d'attente.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 14 levée</p>
<p>Écart 15 : Ne sont pas affichés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le projet d'établissement Le règlement de fonctionnement 	<p>Articles L311-4, L 311-5, R311-34 D311-38-4 du CASF et Charte des</p>	<p>Prescription 15 : Procéder à l'affichage des documents visés et garantir l'accessibilité de l'ensemble des documents.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 15 levée</p>

<ul style="list-style-type: none"> • L'arrêté relatif à la désignation des personnes qualifiées du département de l'Hérault • L'arrêté de renouvellement d'autorisation de l'EHPAD qui date du 19 octobre 2019 ; • La composition des membres du CVS 	<p>droits et libertés de la personne accueillie (Art.3)</p>	<p>Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>			
<p>Écart 16 : Les dossiers administratifs des résidents ne comprennent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le document permettant de s'assurer que le recueil du consentement a bien été recherché. • Le règlement de fonctionnement • Les directives anticipées • L'état des lieux signé • Certains dossiers administratifs comportaient des données à caractère médicales. 	<p>Articles L311-7-1 CASF, L311-7-1 CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.4)</p>	<p>Prescription 16 : Le gestionnaire doit 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 donnée à caractère médicales ne doit figurer dans le dossier administratif du résident.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Prescription 16 levée</p>

Écart 17 : L'établissement ne dispose pas d'un PAP formalisé institutionnel rédigé en collaboration avec le MEDEC qui précise les modalités globales et coordonnées d'hébergement dont chaque résident peut bénéficier au regard des objectifs stratégiques de l'EHPAD.	Articles L 311-3, 7°, D312-155-0 3° du CASF Recommandations HAS 2018 : le projet personnalisé en EHPAD	Prescription 17 : La direction et le MEDEC devront rédiger un PAP type réglementaire (avec référent, validation du résident ou représentant légal, périodicité fixée d'évaluation) décrivant les modalités de prise en charge globale des résidents dans la structure. Le gestionnaire doit veiller à objectiver les PAP en précisant les actions mises en œuvre pour chacun des résidents mais aussi en évaluant ces actions à l'aide d'indicateurs mesurables, précis et pertinents. Au besoin, une information puis une formation, renouvelables annuellement, doivent être proposées à tous les acteurs du PAP, Qu'il s'agisse des professionnels mais aussi de la famille. L'objectif étant d'assortir les actions mises en œuvre à des éléments de mesure objectifs.	1 mois		Prescription 17 maintenue
Écart 18 : Le temps de travail du MEDEC n'est pas réglementaire.	Articles L313-12 V ; D312-156 à D312-159-1 du CASF	Prescription 18 : Le gestionnaire devra régulariser le temps de travail réglementaire du MEDEC à 0.6 ETP pour exercer ses missions.	Immédiat		Prescription 18 maintenue

<p>Écart 19 : La commission de coordination gériatrique est commune aux 7 EHPAD gérés par le CCAS.</p>	Article D312-158 du CASF	<p>Prescription 19 : La direction devra convoquer une commission de coordination gériatrique propre à son établissement afin d'organiser la coordination des interventions des professionnels de santé du parcours de soins des résidents.</p> <p>Adresser les convocations, l'ordre du jour et le compte rendu de réunion 2024.</p>	Avant fin 2024		<u>Prescription 19 maintenue</u> dans l'attente de la transmission des justificatifs demandés.
<p>Écart 20 : L'établissement ne dispose pas d'un projet général de soins spécifique à son organisation et opérationnel. Le MEDEC n'est pas associé à son élaboration.</p>	Articles L311-8, D311-38, D312-158 du CASF	<p>Prescription 20 : Le projet général de soins de l'EHPAD doit être spécifique à son organisation et à son fonctionnement en termes d'objectifs stratégiques et mesures opérationnelles. Il doit être élaboré avec le concours de l'équipe soignante notamment du MEDEC.</p> <p>Faire parvenir la méthodologie de projet spécifique à l'EHPAD.</p>	6 mois		<u>Prescription 20 maintenue</u>
<p>Écart 21 : La direction n'a pas remis à la mission les conventions d'intervention des médecins généralistes auprès des résidents stipulant notamment les modalités de continuité des prises en charge.</p>	Article L313-12 V du CASF Arrêté du 5 septembre 2011	<p>Prescription 21 : La direction devra 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 fluidité des parcours de soins et éviter les pertes de chance par rupture de continuité des soins.</p>	Immédiat		<u>Prescription 21 levée</u>
<p>Écart 22 : La direction n'a pas organisé la continuité de la prise en charge non programmée et urgente des résidents en cas d'indisponibilité d'un médecin traitant remplacé par le MEDEC.</p>	Article D312-158 du CASF	<p>Prescription 22 : La direction devra formaliser la procédure de prise en charge sanitaire non programmée et urgente des résidents organisée entre le MEDEC et les médecins traitants en cas d'indisponibilité.</p>	Immédiat		<u>Prescription 22 levée</u>

Écart 23 : Le MEDEC ne calcule pas les scores PATHOS de la population hébergée.	Articles R314-170 et 170-1, D 312-158 du CASF	Prescription 23 : Le MEDEC devra coordonner l'évaluation gériatrique individuelle globale des résidents et les modalités d'évaluation.	6 mois		Prescription 23 maintenue
Écart 24 : L'établissement ne dispose pas d'un dossier type des prestations de soins établies dans l'EHPAD en référence au projet général de soins.	Article D312-158 du CASF	Prescription 24 : La direction devra s'assurer de la rédaction du dossier type de soins des résidents hébergés. Faire parvenir le document.	3 mois		Prescription 24 levée
Écart 25 : Le gestionnaire ne s'est pas assuré de la mise en œuvre d'une politique de formation par le MEDEC.	Article D312-158 du CASF	Prescription 25 : Le gestionnaire devra s'assurer de la contribution du MEDEC à sa politique de formation des professionnels de santé en interne.	3 mois		Prescription 25 levée
Écart 26 : La tenue et le contenu des dossiers médicaux des résidents ne font pas l'objet d'une procédure formalisée garante de la qualité, la sécurité et la continuité des parcours de soins des résidents.	Article L1110 - 4 du CSP Guide des bonnes pratiques DGS/DGAS/SFGG 2007	Prescription 26 : Le gestionnaire devra s'assurer que les dossiers médicaux des résidents soient conformes aux obligations réglementaires de respect du droit des résidents, qualité, sécurité, continuité des prises en charge par une équipe pluridisciplinaire coordonnée. Adresser les justificatifs.	3 mois		Prescription 26 levée
Écart 27 : Le MEDEC n'a pas formalisé les risques pour la santé publique de la population hébergée.	Article D312-158 du CASF	Prescription 27 : Le MEDEC devra identifier et formaliser les risques pour la santé publique de la population hébergée dans l'EHPAD afin de • De disposer d'une liste les résidents à haut risque vital en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;	1 mois		Prescription 27 levée

		<ul style="list-style-type: none"> De prioriser l'appropriation aux bonnes pratiques professionnelles gérontologiques de prévention et conduite à tenir ; De disposer des procédures pré-requises en cas de décompensation et accident aigu ; De rédiger les protocoles de délégations de tâches médicales aux IDE. 		
Écart 28 : Il n'a pas été remis à la mission l'ensemble des bonnes pratiques professionnelles gérontologiques institutionnelles et médico-soignantes.	Article D312-158 du CASF	Prescription 28 : Le gestionnaire devra veiller à organiser la formalisation dès la rédaction, mise à jour et acculturation des bonnes pratiques professionnelles gérontologiques, institutionnelles et médico-soignantes. Adresser les justificatifs.		Prescription 28 levée
Écart 29 : L'unité de vie protégée ne bénéficie pas d'une procédure d'admission particulière ni d'un projet de prise en charge spécifique, adaptés à la typologie des résidents admis.	Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.2,3,4)	<p>Prescription 29 : Le gestionnaire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Engager une réflexion sur le fonctionnement et l'organisation globale de l'unité de vie protégée y compris sur le programme des activités à visées thérapeutiques proposées en concertation avec les instances. Former le personnel à la prise en charge des résidents souffrant de troubles Alzheimer ou apparentés. Organiser des réunions pluridisciplinaires dédiées à l'UP et formaliser des comptes rendus. Décliner le projet spécifique de l'UVP dans le projet d'établissement. 	1 mois	Prescription 29 maintenue
Écart 30 : Le fonctionnement et l'organisation du PASA n'est pas conforme à la réglementation notamment : <ul style="list-style-type: none"> Il ne dispose pas de personnel en nombre suffisant, formés spécifiquement à la prise en 	Article D312-155 - 0-1 du CASF.	Prescription 30 : Le gestionnaire doit se mettre en conformité au niveau du PASA conformément à l'article D312-155 -0-1 du CASF.	6 mois	Prescription 30 maintenue. Le document remis date de 2010.

<p>charge 14 résidents souffrant de maladies neurodégénératives,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun projet spécifique n'a été remis à la mission, • -Le programme d'activité n'est pas établi sous la responsabilité du médecin coordonnateur. 				
<p>Écart 31 : Les étapes du circuit du médicament, transmission de l'information et coordination des interventions (prescription médicale, dispensation par le pharmacie, préparation et distribution par les IDE) ont été inspectées par l'ARS en décembre 2023</p> <p>Les risques identifiés n'ont pas été totalement pris en considération. Les prescriptions notifiées par le DG ARS visant à rétablir la qualité et la sécurité n'ont pas été entièrement mises en œuvre par le gestionnaire.</p>		<p>Prescription 31 : Le gestionnaire devra impérativement poursuivre la mise en conformité à la réglementation de sa politique du médicament afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents hébergés.</p>	<p>Immédiat</p>	<p><u>Prescription 31 maintenue</u></p>
<p>Écart 32 : Le gestionnaire ne dispose pas d'un référent qualité gestion des risques mutualisé pour l'ensemble de ses EHPAD ni de convention avec une équipe d'hygiène hospitalière.</p> <p>La direction n'a pas remis de procédure institutionnelle de gestion du risque infectieux et de bio-nettoyage des surfaces et sols.</p>	<p>Articles du CSP : L1311-1, L1311-4</p>	<p>Prescription 32 : Le gestionnaire devra envisager d'identifier une cellule mutualisée de gestion de la qualité, de l'hygiène et des risques infectieux.</p> <p>La direction devra rédiger une procédure de gestion du risque infectieux et de bio-nettoyage des sols et surfaces et veiller à son appropriation à l'ensemble du personnel.</p>	<p>Immédiat</p>	<p><u>Prescription 32 maintenue</u></p>

<p>Écart 33 : Les conteneurs à DASRI sont stockés dans la salle de soins ce qui constitue un risque de contamination. Le local à DASRI extérieur n'est pas conforme à la réglementation.</p>	<p>Article R1335-1 à 8 du CSP Arrêté du 24 novembre 2003 et circulaire DHOS/E4/DGS/SD 7B/DRT/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des DASRI.</p> <p>Arrêté du 7 septembre 1999</p>	<p>Prescription 33 : Les conteneurs à DASRI sont stockés dans la salle de soins ce qui constitue un risque de contamination. Le local à DASRI extérieur n'est pas conforme à la réglementation.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 33 levée</p>
<p>Écart 34 : 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>Articles L311-8 ,D311-38 ; L312-7 ;D312-155-0, D312-158 du CASF</p>	<p>Prescription 34 : La direction et le MEDEC devront identifier l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins des résidents et formaliser des conventions de partenariat pour éviter les ruptures de continuité des prises en charge.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription 34 levée. Les parcours de soins des résidents doivent figurer dans le nouveau projet d'établissement.</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 de l'ARS
<p>Remarque 1 : 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>Recommandation 1 : 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>6 mois</p>		<p>Recommandation 1 maintenue dans l'attente de l'effectivité totale de la mesure.</p>	

Remarque 2 : Au jour de l'inspection, la mission constate l'absence de délégations permettant la continuité de l'établissement en toute légalité et en toute sécurité pour les salariés de l'établissement susceptibles de signer au nom de l'établissement.	Recommandation 2 : Prévoir des délégations permettant la continuité de l'établissement en toute légalité et en toute sécurité pour les salariés de l'établissement susceptibles d'être désignés de signer au nom de l'établissement.	Immédiat		Recommandation 2 levée
Remarque 3 : L'établissement n'a pas formalisé de protocole en matière de gestion de l'établissement en cas d'absence de la direction qui décrit la démarche à suivre durant les absences du directeur.	Recommandation 3 : 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 du directeur.	Immédiat		Recommandation 3 levée. Cependant, la procédure transmise ne mentionne pas le numéro d'appel de l'astreinte.
Remarque 4 : L'établissement n'a pas affiché au sein des locaux le procès-verbal de composition des membres du CVS.	Recommandation 4 : Afficher le procès-verbal de composition des membres du CVS.			Recommandation 4 levée
Remarque 5 : L'établissement n'a pas affiché le numéro unique national 3977 ALMA et n'a pas diffusé l'information auprès du personnel.	Recommandation 5 : Afficher le numéro national 3977 relatif à la maltraitance des personnes âgées et diffuser l'information auprès des professionnels.	Immédiat		Recommandation 5 levée
Remarque 6 : La démarche d'amélioration continue de la qualité ne fait pas l'objet d'un suivi et d'une	Recommandation 6 : La démarche d'amélioration continue de la qualité doit faire l'objet d'un suivi et d'une			Recommandation 6 maintenue

évaluation formalisée établissant son organisation, son management et l'association des personnels.	évaluation formalisés établissant son organisation, son management et l'association des personnels. Transmettre aux autorités tout justificatif.			
Remarque 7 : L'établissement n'a pas mis en place de dispositif de recueil et d'analyse des réclamations et doléances des usagers et des familles.	Recommandation 7 : 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		<u>Recommandation 7 levée</u>
Remarque 8 : Il n'existe pas de procédure formalisée décrivant le circuit de signalement des dysfonctionnements graves et connue du personnel.	Recommandation 8 : Élaborer la procédure de déclaration des événements indésirables et préciser les coordonnées des autorités auxquelles la déclaration doit être transmise sans délai. ARS : ars-oc-alerte@ars.sante.fr Plateforme téléphonique ouverte H24 à l'ARS : 0800 301 301 CD 34 : cd34-eig-essms@herault.fr			<u>Recommandation 8 levée.</u> Cependant, la procédure mentionne en page 5 « sans délai : dans les 72h après l'évènement ».
Remarque 9 : La cadre de santé occupe des fonctions de direction en tant qu'adjointe. La mission n'ayant pas eu accès aux dossiers RH des personnels, elle n'a pas pu vérifier l'existence du CAFDES et du diplôme de cadre de santé.	Recommandation 9 : Le gestionnaire doit transmettre à l'ARS et au CD 34 la copie des diplômes de cadre de santé et du CAFDES.	Immédiat		<u>Recommandation 9 levée</u>
Remarque 10 : Le tableau des effectifs demandés par la mission ne comprend pas les éléments suivants : - Type de contrat (titulaire, stagiaire...) - Quotité de travail en ETP par agent - Date de début et de fin de contrat - Diplôme ou FFAS	Recommandation 10 : Transmettre une liste du personnel rémunérés aux jours de l'inspection en indiquant les éléments précisés supra.	Immédiat		<u>Recommandation 10 levée</u>

<p>Remarque 11 : L'établissement n'a pas transmis le plan de formation 2024.</p>	<p>Recommandation 11 : Transmettre le plan de formation 2024 pour les agents de l'EHPAD Simone Gillet Demangel.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation 11 maintenue en l'absence de la transmission du document.</p>
<p>Remarque 12 : L'établissement n'organise pas de groupes d'analyse et de soutien aux pratiques professionnelles du personnel, supervisés par un prestataire extérieur à l'établissement.</p>	<p>Recommandation 12 : Le gestionnaire doit mettre en place des groupes d'analyse et de soutien aux pratiques professionnelles du personnel, supervisés par un prestataire extérieur à l'établissement. 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 sûres pour le résident tout comme pour le professionnel qui en assure l'accompagnement et la prise en charge.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation 12 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p>Remarque 13 : Les actions de prévention à mettre en œuvre par risque, de manière générale, ne sont pas très exhaustives et nécessiteraient d'être plus approfondies.</p> <p>Le DUERP de l'établissement n'a pas été transmis au service de prévention et de santé au travail auquel l'établissement a adhéré, conformément à l'article L4121-3-1 du Code du travail.</p>	<p>Recommandation 13 : Développer les mesures de prévention des risques qui doivent être mise en œuvre dans le cadre du DUERP, de manière globale.</p> <p>Transmettre le DUERP de l'établissement au service de prévention et de santé au travail auquel l'établissement a adhéré, lors de chaque actualisation.</p>			<p>Recommandation 13 maintenue dans l'attente de l'effectivité de la mesure.</p>
<p>Remarque 14 : Lors des tests des appels malades aucun professionnel ne s'est déplacé dans la chambre.</p> <p>La mission a été informée que l'ensemble des personnels soignants étaient en pause le matin.</p>	<p>Recommandation 14 : 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.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation 14 levée</p>

	L'établissement doit revoir l'organisation mise en place concernant l'équipe soignante afin que les professionnels ne prennent pas leur pause en même temps afin d'assurer une continuité et une sécurisation de la prise en charge des résidents.				
Remarque 15 : Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire ne sont pas formalisées au sein d'une procédure garantissant la coordination, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que le suivi et l'évaluation des pratiques professionnelles.	Recommandation 15 : Le gestionnaire et la direction devront veiller à formaliser l'organisation et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire en termes de bonnes pratiques professionnelles et appropriation Fournir les justificatifs.	6 mois			Recommandation 15 <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.
Remarque 16 : L'organisation de l'espace de soins n'est pas rationalisée et ne respecte pas les conditions d'hygiène, asepsie et sécurisation.	Recommandation 16 : Le gestionnaire devra effectuer les travaux prévus de l'espace de soins dans les meilleurs délais.				Recommandation 16 <u>maintenue</u> dans l'attente de l'effectivité de la mesure.