

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

Président du Groupement
« AÉSIO Santé Méditerranée »
Clinique Beau Soleil
119 avenue de Lodève
34264 MONTPELLIER CEDEX 2

Réf. Interne : DUAJIQ-PIC/2025-125

Date : 01 août 2025

N° PRIC : MS_2025_34_CS_01

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'EHPAD « La Cité des Aînés »

Objet : Inspection de l'EHPAD « La Cité des Aînés » 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 sur le site de l'EHPAD « La Cité des Aînés », sis 190 rue de la Taillade à Montpellier (34070) en date des 19 et 20 février 2025, et dans le cadre de la procédure contradictoire, nous vous avons invité, par lettre d'intention, courrier RAR n° 1A 212 289 3596 7 en date du 12 mai 2025, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives dans un délai de 30 jours.

En l'absence de réponse de votre part, la procédure contradictoire est close et le tableau des mesures correctives devient définitif.

En application des articles L.121-1 et L.122-1 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. Aussi, les mesures correctives demandées deviennent définitives et opposables.

Les services de la Délégation Départementale de l'Hérault (ars-oc-dd34-direction@ars.sante.fr) et du Conseil départemental de l'Hérault assureront le suivi et une visite d'effectivité sera réalisée dans un délai de six mois.

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 le 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 « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

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

Annexe à la lettre de clôture

Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « La Cité des Aînés » - Montpellier (34070)

19 et 20 février 2025

N° PRIC : MS_2025_34_CS_01

*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	Mesures prescription) et mesures correctrices 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)
Écart 1 : Le registre des admissions et des sorties des résidents n'est pas côté et paraphé par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD.	L.313-1 à 9 CASF L.331-2, R.331-5 CASF L.314-5 CASF PASA D.312-155-0-1 CASF	Prescription 1 : Le registre des admissions et des sorties des résidents doit être côté et paraphé par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD.	1 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 2 : Il n'a pas été remis à la mission de documents permettant de s'assurer que les instances représentatives du personnel et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) ont été consultées avant que ce règlement de fonctionnement soit arrêté.	L.311-7 CASF R.311-33 à R.311-37 -1 CASF	Prescription 2 : Le gestionnaire doit : <ul style="list-style-type: none"> Présenter le règlement de fonctionnement aux instances consultatives ; Transmettre aux autorités compétentes le compte rendu du CVS attestant de la présentation du règlement de fonctionnement ; Préciser les mesures pouvant être prises par rapport à la liberté d'aller et venir à la suite d'une évaluation pluridisciplinaire et sur prescription médicale. Préciser que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.	3 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.

Écart 3 : Le règlement de fonctionnement indique que l'accès Internet est proposé en Wifi à l'accueil ou à l'animation.		Prescription 3 : Mettre en place un accès Internet dans toutes les chambres. Transmettre aux autorités un justificatif de la mise en œuvre de cette mesure.	3 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 4 : Le projet d'établissement est arrivé à échéance.	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 »	Prescription 4 : Le gestionnaire doit engager le travail préparant le nouveau projet d'établissement. Pour ce faire : <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. 	Immédiat			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 5 : La mission d'inspection constate que le projet d'établissement inclut dans le projet de soins les activités d'animation. Or, les activités d'animation relèvent des prestations « hébergement ».		Prescription 5 : Le gestionnaire doit développer lors de la rédaction du prochain PE, le volet animation distinctement du projet de soin.	Au prochain PE			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 6 : Le DUD n'a pas été mis à jour à la suite de l'arrivée du directeur territorial actuellement en poste.	D.312-176-5 CASF	Prescription 6 : Le gestionnaire doit mettre à jour le document unique de délégation.	Immédiat			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.

Écart 7 : La composition du CVS n'est pas conforme aux textes réglementaires. Le CVS ne comprend pas de représentant des représentants légaux des personnes accompagnées.	L.311-6, D.311-3 à 20 et 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)	Prescription 7 : Procéder à la nomination au sein du CVS de représentants des représentants légaux des personnes accompagnées.	6 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 8 : L'établissement ne rédige pas de rapport annuel d'activité du CVS.		Prescription 8 : Rédiger un rapport annuel d'activité du CVS.	Fin d'année 2025			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 9 : Les résultats de l'enquête de satisfaction ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil de la structure.	D.311-15 CASF	Prescription 9 : Afficher les résultats de l'enquête de satisfaction dans l'espace d'accueil de la structure.	Immédiat			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 10 : Les événements indésirables graves ne sont pas tous déclarés à l'ARS, ni au conseil départemental de l'Hérault.	L.331-8-1, R.331-8 et 9 CASF Arrêté du 28 décembre 2016 (Liste des 11 dysfonctionnements)	Prescription 10 : Le gestionnaire doit veiller à déclarer systématiquement les EIG à l'ARS et au CD, et en cas d'évènement grave assurer une traçabilité de l'analyse et des mesures correctives entreprises.	Immédiat			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 11 : Des agents non diplômés occupent et exercent des fonctions d'AS	L 4394-1 du CSP, L311-3-3ème alinéa, L312-1-II alinéa 4 du CASF	Prescription 11 : Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification. Transmettre un plan d'actions visant à résorber ce fait (inscription en VAE, formation, changement de poste etc.).	3 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 12 : Le bulletin n° 3 extrait du casier judiciaire (B3) n'a pas été retrouvé dans l'ensemble des dossiers salariés consultés. Il n'a pas été présenté à la	L.133-6 du CASF	Prescription 12 : Le gestionnaire doit veiller à demander aux salariés de fournir le B3, que ce soit au recrutement puis à intervalles réguliers (annuellement). Le gestionnaire doit pouvoir	1 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.

mission de suivi permettant de justifier de la demande des B3, que ceux-ci soient demandés en amont du recrutement à l'autorité délivrant les bulletins puis à intervalles réguliers à l'issue du recrutement.		justifier de cette demande, de la réception et de la consultation des bulletins sans pour autant conserver les B3 dans les dossiers des salariés. Ceci est valable pour tout salarié, y compris la direction. Transmettre aux autorités un document justificatif détaillé relatif aux personnels employés.				
Écart 13 : Lors de l'examen de dossiers de personnel (1 AS, 1 ASG, 1 IDE), la mission d'inspection a constaté des attestations de formation aux gestes et soins d'urgence datant de 2012 ou 2013, alors que cette formation doit réglementairement être actualisée après un délai de 4 ans.	Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.	Prescription 13 : Transmettre les attestations de suivi de cette formation depuis moins de 4 ans, ou attestation de planification de formation, pour l'ensemble du personnel concerné par cette obligation.	3 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 14 : Lors de la visite des locaux, la mission a constaté que des cartons étaient 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 EHPAD. Certains espaces de stockages n'étaient pas tenus fermés à clef.	L 311-3-1 et L312-1-II du CASF et article 2 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie	Prescription 14 : 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. Les espaces (réserves, pièce de stockage des chariots de nettoyage) doivent être tenus fermés à clef.	Immédiat			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.

Écart 15 : Le livret d'accueil ne comprend pas en annexe le règlement de fonctionnement.	L.311-4 CASF	Prescription 15 : Mettre à jour le livret d'accueil en mettant en annexe le règlement de fonctionnement et le transmettre aux autorités.	1 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 16 : Pour les résidents représentés par un représentant légal, l'ordonnance du juge de mise sous protection juridique ne figure pas toujours dans le dossier.		Prescription 16 : Vérifier la présence de l'ordonnance du juge de mise sous protection juridique dans le dossier de chaque résident concerné par une mesure de protection juridique. Transmettre tout document attestant de cette vérification.	1 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 17 : L'article D312-156 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise « le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à 0,60 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ». Le MEDEC est actuellement à 0.5 ETP pour une capacité autorisée de 67 places.	D312-156 du CASF	Prescription 17 : Lors du prochain recrutement de MEDEC, le gestionnaire devra veiller à augmenter le temps de travail conformément aux textes en vigueur soit 0.60 ETP.	selon le calendrier de départ de l'actuel MEDEC et sans délai pour le recrutement de son remplaçant.			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.
Écart 18 : Les actions sur les risques éventuels de santé publique doivent être mises en place en accord avec la mission 12 du MEDEC définie dans l'article D312-158 du CASF.	D312-158 du CASF	Prescription 18 : Assurer une analyse et un plan d'action sur les risques de santé publique au sein de l'établissement.	6 mois			Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.

<p>Écart 19 : Les médecins traitants ne participent pas à la décision et ne prescrivent pas la contention qui n'est jamais réévaluée. Le MEDEC doit assurer l'application des bonnes pratiques.</p>	<p>Article D312-158 du CASF</p> <p>Guides et Recommandations HAS, ANESM</p>	<p>Prescription 19 : Mettre en place avec, si possible, l'aide d'un professionnel externe (ergothérapeute) une réflexion sur la contention, ses alternatives et son encadrement dont la décision et prescription médicale, et une application de bonnes pratiques (protocole, liste, commission pluridisciplinaire de réévaluation au moins mensuelle, annexe au contrat de séjour...).</p>	<p>6 mois</p>			<p>Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.</p>
<p>Écart 20 : Aucun document ne permet le suivi de l'élimination des DASRI alors que l'article R1335-4 du CSP fait obligation par l'établissement producteur de DASRI d'assurer une traçabilité de l'élimination.</p>	<p>R.1335-1 à 8 CSP</p> <p>Arrêté du 24 novembre 2003 et circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n°2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des DASRI</p> <p>Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques</p>	<p>Prescription 20 : Mettre en place un suivi de l'élimination des DASRI avec obligation du formulaire CERFA n° 11351*02.</p>	<p>Immédiat</p>			<p>Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.</p>
<p>Écart 21 : L'article L314-12 du CASF prévoit la signature d'un contrat sur les conditions d'exercice entre le professionnel de santé libéral et l'établissement ; aucune convention n'a été transmise par l'établissement.</p>	<p>Articles L311-8, D311-38, L312-7, D312-155-0, D312-158, R313-30 du CASF</p> <p>Arrêté du 30 décembre 2010 : modèle de contrat type pour les PS intervenant en EHPAD auprès des résidents.</p>	<p>Prescription 21 : Etablir des conventions signées individuelles avec tous les médecins traitants et tous les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement selon le modèle de contrats types fixé par arrêté du 30 décembre 2010.</p>	<p>3 mois</p>			<p>Prescription et délai maintenus en l'absence de réponse.</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)
Remarque 1 : Le règlement de fonctionnement indique que les personnes qualifiées sont nommées conjointement par le préfet et le président du Conseil Départemental. Or, elles sont nommées conjointement également avec le directeur général de l'ARS.	Recommandation : Mettre à jour le règlement de fonctionnement au sujet de la désignation conjointe des personnes qualifiées par le Préfet, le Président du Conseil départemental et le Directeur général de l'ARS.	3 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 2 : La mission d'inspection a constaté que le projet d'établissement n'est pas connu par l'ensemble du personnel.	Recommandation 2 : Lors du prochain projet d'établissement, le gestionnaire veillera à associer l'ensemble du personnel quant à son élaboration. Transmettre tout justificatif attestant de l'information du personnel.	D'ici fin 2025			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 3 : L'établissement n'a pas formalisé de procédure en cas d'absence de la direction.	Recommandation 3 : L'établissement doit élaborer et mettre en place une procédure et/ou un document de subdélégation en l'absence de la directrice, permettant de préciser les missions dévolues aux personnes assurant la continuité des fonctions de direction.	1 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 4 : La procédure de gestion des événements indésirables et indésirables graves ne mentionne pas l'adresse électronique du Conseil départemental de l'Hérault (cd34-eig-essms@herault.fr) et la mention « sans délai » n'apparaît pas.	Recommandation 4 : Les coordonnées du Conseil départemental de l'Hérault doivent apparaître dans la procédure ainsi que la mention « sans délai ».	Immédiat			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 5 : Les coordonnées du point focal de l'ARS Occitanie sont erronées et incomplètes, et des adresses mails nominatives sont inscrites dans la liste des contacts et numéro d'urgence.	Recommandation 5 : Le gestionnaire doit modifier l'adresse électronique de l'ARS Occitanie et enlever les contacts nominatifs des agents de la DDARS de l'Hérault et du Conseil Départemental de l'Hérault, préférant des adresses mails génériques. Il doit ajouter	1 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.

	également le numéro de téléphone de la plateforme régionale de signalement de l'ARS. Le gestionnaire doit préciser par ailleurs que le signalement des alertes sanitaires et la gestion des événements indésirables, à l'ARS doit être fait sans délai.				
Remarque 6 : La mission constate que le gestionnaire a recours de manière systématique à une coopérative pour le remplacement du personnel titulaire. Cette organisation engendre un surcoût financier important qui accroît le déficit de l'établissement constaté dans l'ERRD 2023, et cela impacte la prise en charge des résidents.	Recommandation 6 : Le gestionnaire doit mener une réflexion sur l'organisation mise en place en matière de remplacement du personnel, afin de réduire les coûts de fonctionnement et ainsi rétablir une situation financière déficitaire depuis plusieurs années, et de sécuriser la prise en charge des résidents.	6 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis à la mission les fiches de poste pour plusieurs catégories socio-professionnelles présentes au sein de cet établissement.	Recommandation 7 : Transmettre à la mission les fiches de poste de l'ensemble des catégories socio-professionnelles présente au sein de l'établissement.	1 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 8 : Le DUERP n'est pas transmis à chaque mise à jour au service de prévention et de santé au travail auquel le gestionnaire a adhéré.	Recommandation 8 : Transmettre le DUERP, à chaque actualisation, au service de prévention et de santé au travail auquel le gestionnaire a adhéré.	Lors de la prochaine actualisation			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 9 : La mission d'inspection a constaté que les bonnes pratiques du bio nettoyage ne sont pas appropriées par tout le personnel en charge de l'entretien.	Recommandation 9 : Vérifier l'appropriation par l'ensemble du personnel assurant l'entretien des règles de bio nettoyage. Transmettre aux autorités tout document justifiant de cette vérification.	1 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 10 : L'établissement ne réalise pas d'exercice d'évacuation des locaux à minima deux fois par an.	Recommandation 10 : Réaliser à minima deux fois par an des exercices d'évacuation des locaux.	2 fois par an			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 11 : L'établissement n'a pas transmis à la mission : <ul style="list-style-type: none"> la procédure relative à l'utilisation du dispositif de vidéo surveillance L'autorisation délivrée par la préfecture pour l'installation d'un système de vidéosurveillance Une AIPD 	Recommandation 11 : Transmettre à la mission : <ul style="list-style-type: none"> La procédure relative au dispositif de vidéo surveillance L'autorisation délivrée par la préfecture pour l'installation d'un système de vidéosurveillance Une AIPD 	3 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.

Remarque 12 : Il est observé que le livret d'accueil ne mentionne pas la liberté pour le résident de sortir de l'EHPAD et les horaires, ni les activités suivantes, décrites dans le projet d'établissement, pour lesquelles l'EHPAD a des équipements : la balnéothérapie et les activités de stimulation multisensorielle, ainsi que l'atelier de zoothérapie.	Recommandation 12 : Pour l'information de la personne accueillie, il est recommandé de compléter le livret d'accueil en mentionnant la liberté pour le résident de sortir de l'EHPAD, et les activités proposées telles que la balnéothérapie et les activités de stimulation multisensorielle, ainsi que l'atelier de zoothérapie.	3 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 13 Les activités proposées aux résidents de l'UVP ne sont pas en adéquation avec les objectifs définis et suivis dans le PAP.	Recommandation 13 : Les activités proposées au sein de l'UVP doivent correspondre aux objectifs définis dans le PAP des résidents et ne peuvent pas être des activités seulement occupationnelles.	Immédiat			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 14 : Avant la vacance de poste de l'animatrice en novembre 2024, la mission n'a pas eu transmission d'un projet d'animation. 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.	Recommandation 14 : Formaliser un projet d'animation et le transmettre aux autorités et présenter un bilan en CVS.	3 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 15 : L'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir de la personne dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité, est incomplètement déployée et relève de la direction.	Recommandation 15 : Renforcer le déploiement de l'annexe au contrat de séjour, pour tout résident, précisant les mesures de privation de liberté et les alternatives, en associant le résident et/ou son représentant légal, la famille, l'équipe soignante et les référents du projet personnel.	Courant 2025			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 16 : Les projets d'accompagnement personnalisés sont incomplets en qualité et quantité sans retroplanning précis, ni liste pour les mettre à jour.	Recommandation 16 : Le gestionnaire doit prioriser la qualité des projets d'accompagnement personnalisé en assurant la définition des objectifs personnalisés, et de leur suivi et évaluation, en assurant la participation du résident, de sa famille ou de son représentant légal. Les PAP doivent être inscrits comme prioritaire dans le futur projet d'établissement et projet de soins.	Courant 2025			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.

Remarque 17 : Le projet général de soins doit être révisé en 2025 au même titre que le projet d'établissement ; la méthodologie n'est pas disponible.	Recommandation 17 : Travailler une méthodologie participative pour la révision du projet de soins tenant compte des objectifs et actions déjà entreprises par l'établissement (exemple : commission douleur, parcours dentaire, travaux chute et contention), et afin de favoriser une appropriation par l'ensemble des soignants. Transmettre un rétroplanning pour la révision du projet de soins.	3 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 18 : Le RAMA est disponible mais incomplet ou avec des informations erronées.	Recommandation 18 : Renforcer la qualité du RAMA.	Au RAMA 2025			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 19 : La convention transmise, avec Adene pour l'IDE de nuit, n'est ni datée ni signée.	Recommandation 19 : Dater et signer la convention avec Adene pour une permanence téléphonique d'une IDE de nuit.	2 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 20 : Les dossiers patients papier et carte vitale sont incomplètement sécurisés quand le bureau de l'IDEC reste ouvert (bureau qui contient également un stock de médicament).	Recommandation 20 : Mettre en place une serrure à code pour le bureau de l'IDEC (comme pour l'infirmerie et pharmacie) afin que la porte soit systématiquement verrouillée (sécurisation des dossiers papiers patients et du stock de médicament pour les besoins urgents).	1 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 21 : Les soins effectués ne sont pas correctement tracés par les AS.	Recommandation 21 : Assurer une traçabilité complète des soins effectués ou non, selon le plan de soins.	Immédiat			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 22 : Les protocoles sont parfois anciens en doublon, ou incomplets.	Recommandation 22 : Un travail de remise à jour des protocoles est à réaliser et à inscrire dans le projet de soins.	Courant 2025			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
Remarque 23 : L'enregistrement de la dispensation des traitements de nuit par les AS est aléatoire.	Recommandation 23 : Pour les traitements de nuit donnés par les AS, cocher systématiquement l'aide à la prise médicamenteuse dans le plan de soins et rajouter systématiquement une transmission écrite précisant le médicament donné.	Immédiat			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.

Remarque 24 : Pour les résidents ayant des troubles de la déglutition, les médicaments sont broyés sans vérification ni procédure de sécurité.	Recommandation 24 : Assurer la sécurité de l'écrasabilité des traitements : vérification de l'écrasabilité, prescription par le médecin traitant, mécanisme d'alerte depuis la pharmacie si le médicament ne peut pas être écrasé, et reprendre les préconisations du plan d'action OMEDIT de 2023.	6 mois			Recommandation et délai maintenus en l'absence de réponse.
---	--	---------------	--	--	---