

Service émetteur : Délégation départementale de l'Hérault
unité réduction des inégalités territoriales de santé

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et

Le Président du Conseil département de l'Hérault

Réf. :

Date :

À

N° PRIC : MS 2023 34 CS 09

Monsieur le gestionnaire de la Société Anonyme « Résidence
la Quintessence »
EHPAD La Quintessence
Lieu dit l'esplanade
34270 St Mathieu de Tréviers

Courrier RAR n°

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

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD La Quintessence à St Mathieu de Tréviers
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJs :

Annexe 1 Lettre de mission

Annexe 2 Liste des documents demandés

Annexe 3 Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Et pour rappel le rapport d'Inspection avant contradictoire.

Monsieur,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date du 9 octobre 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 18 février 2025, 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 9 avril 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.

Nous attirons particulièrement et de manière non exhaustive votre attention sur les problématiques suivantes :

- Les instances permettant la participation des usagers et des personnels à la vie de l'établissement ne sont pas encore mises en place de manière satisfaisante ;

- Il existe un réel enjeu autour de la sensibilisation régulière des personnels autour de la procédure formalisée de déclaration des événements indésirables graves et des procédures à mettre en œuvre en cas d'urgence.

D'après les éléments transmis ces éléments ont été mis au travail mais restent des points de vigilance.

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 du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

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


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

Pour le Directeur Général
de l'ARS Occitanie, et par délégation,

La Directrice Adjointe de la Direction Départementale de l'Hérault


Murielle KORDYLAS

Le directeur départemental de la maison
de l'autonomie du Conseil Départemental
de l'Hérault


Emmanuel ROUAULT

Délégation départementale de l'Hérault
Conseil départemental de l'Hérault

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD La Quintessence

Lieu dit l'esplanade, BP 39,
34270 St Mathieu de Tréviers

Inspection du 9 octobre 2024.

N° PRIC ARS 2024 : **MS_2024_34_CS_16**

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

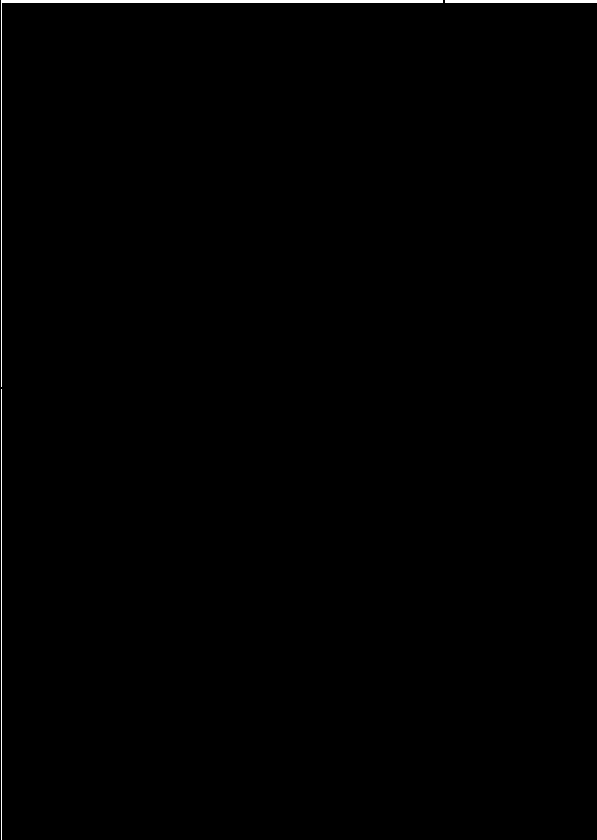
Une Remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Écarts (6)	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision du DGARS/ PCD 34	Réponses de l'établissement	N° Pièces jointes	Décision des autorités (ARS/CD34)
<p><u>1.2.1</u></p> <p><u>Ecart no1:</u> Le projet d'établissement 2015-2024 en vigueur, n'a pas été actualisé et n'est pas affiché dans l'établissement.</p>	Art. L311-8 et D311-38 CASF	<p><u>Préconisation no1:</u> Le projet d'établissement doit être actualisé en 2024 pour la période 2025-2029. Son contenu devra se conformer aux dispositions réglementaires du CASF (L311-8 et D311-38-3 à 5) notamment depuis la loi "bien vieillir".</p> <p>Une fois établi, le projet d'établissement actualisé sera validé par les instances, puis adressé aux autorités et affiché conformément à la réglementation en vigueur.</p>	Délais : 3 mois			<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments et du processus engagé.</p> <p>En l'absence de finalisation et compte tenu de l'échéance du projet d'établissement, la préconisation est maintenue. Le délai est désormais de 6 mois.</p>
<p><u>1.4.2</u></p> <p><u>Ecart no2:</u> Ni l'ARS ni le Conseil Départemental de l'Hérault n'ont d'information formalisée de la part de l'établissement concernant l'événement survenu le 7/10/2024. Cet agression, évoquée par plusieurs personnes de l'établissement, semble avoir été d'une particulière gravité, impliquant un résident, deux visiteurs et une salariée. Cet événement n'a jamais été officiellement signalé à l'ARS et au Conseil Départemental de l'Hérault contrairement à ce que prévoit</p>	Art.L331-8-1 CASF - Art.. L1413-14 CSP	<p><u>Prescription no2:</u> L'établissement doit transmettre à l'ARS et au Conseil Département des informations sur les faits survenus le 7/10/2024 et les mesures prises suite à l'événement.</p> <p>Outre son aspect réglementaire, il est rappelé l'intérêt de transmettre les EIG afin de faire preuve de transparence à l'égard des autorités compétences et de permettre à l'établissement de suivre les événements survenus en son sein. L'objectif étant d'identifier les</p>	Délai : 2 mois.			<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La prescription est levée.</p>

l'article R1413-68 du CASF qui rappelle que tout Evénement Indésirable Grave, quel que soit la gravité, doit être déclaré par tout professionnel de santé au directeur de l'ARS ars-oc-alerte@ars.sante.fr .		causes profondes, les éléments organisationnels techniques, humains, ayant participé à sa survenue, de mettre en place des actions d'accompagnement des résidents et salariés impactés et des mesures organisationnelles visant à prévenir la survenue de tels événements.			
<p><u>Ecart no3 :</u></p> <p>L'article R1413-68 du CASF rappelle que tout Evénement Indésirable Grave, quel que soit la gravité, doit être déclaré par tout professionnel de santé au directeur de l'ARS ars-oc-alerte@ars.sante.fr et au CD34 à l'adresse suivante: cd34-eig-essms@herault.fr</p> <p>Cette procédure n'est manifestement pas connue de l'ensemble des personnels. Le protocole actuel est ancien.</p>	Art. R1413-68 du CASF	<u>Prescription no3:</u> mettre à jour la procédure interne de déclaration des EIG, l'afficher et la diffuser. Il est demandé à l'établissement de développer le porter à connaissance de cette procédure auprès de l'ensemble du personnel, y compris non soignants, afin de rendre cette procédure opérationnelle.	Délais : 2 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La prescription est levée. La dynamique engagée devra toutefois être inscrite dans le temps et les le porté à connaissance régulièrement réalisé.
<p><u>3.1.1</u></p> <p><u>Ecart no4 :</u></p> <p>Le registre de entrées et sorties de l'établissement comportait lors de la visite de la mission d'inspection des écarts avec la liste des résidents effectivement hébergés.</p>	Art. L331-2 et R331-5 CASF	<p><u>Préconisation no4 :</u></p> <p>L'Etablissement doit veiller à tenir ce registre a jour pour qu'il indique à tout moment, aux autorités susceptibles de le consulter, la liste exacte des résidents hébergés.</p> <p>Cela revêt une importance fondamentale notamment en cas d'intervention des forces de secours.</p>	Délai : immédiat.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La préconisation est levée.
<u>3.3.2</u>	Art. L1110-4 CSP 4127-4 CSP	<u>Préconisation no5 :</u> la mission demande la sécurisation de l'armoire	Délai : 1 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces

<p><u>Ecart no5 (article L. 1110-4 CSP) :</u> L'établissement doit veiller à la sécurisation des données médicales. Or la mission constate que les dossiers médicaux papiers sont stockés dans l'infirmierie dans une armoire non fermée à clé.</p>		<p>contenant les dossiers médicaux par la fermeture de celle-ci.</p>			<p>éléments. La préconisation est levée.</p>
<p><u>3.3.3</u></p> <p><u>Ecart no6 :</u> Le revêtement des murs et du sol du local à DASRI ne permet pas un nettoyage à l'eau. Le local n'est pas doté d'une arrivée d'eau ni d'une évacuation vers le réseau des eaux usées.</p>	<p>Art. R1335-1 à R.1335-8 CSP</p>	<p><u>Préconisation no6 :</u> L'établissement doit se conformer à l'article 8 de l'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 (<i>arrêté modifié par arrêtés du 14 octobre 2011, du 20 mai 2014 et du 20 avril 2020</i>).</p>	<p>Délai : 6 mois</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La préconisation est maintenue et pourra être levée dès fin des travaux.</p>

Remarques (40)	Recommandations mesures attendues	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° Pièces jointes	Décision des autorités (CD34/ARS)
<u>1.2.1</u> Remarque no1 : Le règlement de fonctionnement, bien que transmis, n'a pas une forme aboutie. Il n'y est mentionné aucune information sur sa validation, apparaît peu connu du personnel et il présente peu d'éléments spécifiques sur l'établissement. Par conséquent il ne répond pas aux objectifs d'un tel document.	<u>Recommandation no1</u> : le règlement de fonctionnement doit être revu pour être plus adapté aux spécificités de l'établissement et mieux connu du personnel.	Délais : 6 mois.			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no2:</u> La révision du projet d'établissement a été initiée, mais n'a pas été menée par un comité de pilotage et de façon participative comme le préconise la RBPP.	<u>Recommandation no2:</u> L'actualisation du PE doit être menée en suivant la méthode établie par recommandation de la HAS sur l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement, avec un comité de suivi ou de pilotage et de façon participative pour une connaissance et une appropriation de ce projet par les personnels et résidents.	Délais: 3 mois			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>1.2.4</u> <u>Remarque no3:</u>	<u>Recommandation (compétence inspection du travail) no3:</u>	Délais : 1 mois.			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.

Les documents affichés ayant valeur de compte rendu ou de règlement doivent être signés pour attester de leur validité. Les contacts des représentants du personnel ne sont pas indiqués (coordonnées, noms et moyen de les contacter) dans le local du personnel.	Veiller à ce que les affichages réglementaires soient tous présents aux lieux et selon les formes et modalités, prévus par la réglementation du code du travail.				
<u>1.2.5</u> <u>Remarque no4:</u> Le compte rendu du CVS du 25/3/24 indique que la durée du mandat est de deux ans et que les membres du CVS ont été élus en octobre 2022, certains en 2019.	<u>Préconisation no4 :</u> Le CVS doit être renouvelée en 2024 et fonctionner selon les dispositions réglementaires en vigueur depuis le décret du 25/4/ 2022. (Art. D311-4 à 20) Le PV d'instauration doit être transmis aux autorités, ainsi que les relevés de décisions approuvés (rappel des consignes et de l'adresse pour le CD34). Le Règlement intérieur du CVS validé et approuvé doit également être transmis à la mission pour attester de sa mise en œuvre.	Délais : 6 mois.			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La préconisation est maintenue. Elle pourra être levée lorsque le CVS aura un fonctionnement effectif.
<u>1.4.1</u> <u>Remarque no5:</u> l'établissement a intégré la politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance dans ses documents cadres. Les actions prévues (formation notamment) semblent toutefois peu mises en œuvre. Ainsi la diffusion d'une culture de prévention de la maltraitance semble insuffisamment développée au sein de l'établissement.	<u>Recommandation no5:</u> l'établissement doit veiller à ce que les actions relatives à la promotion de la bientraitance, prévues dans le projet d'établissement et le plan de formation notamment, soient effectivement mises en œuvre. Le référent bientraitance doit être formé. L'établissement doit veiller à ce que les objectifs de cette politique sont bien appréhendés par les salariés. Enfin l'établissement doit mettre en place un suivi des actions liés à cette politique.	Délais : 6 mois.			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.

<p><u>1.4.2</u> <u>Remarque no6:</u> Des tensions avec certaines familles n'ont pas fait l'objet d'EIG adressés aux autorités contrairement à l'obligation de transmission.</p>	<p><u>Recommandation no6:</u> La mission recommande de mettre en œuvre une action vis à vis des familles et de traiter et analyser ce sujet et pour ne pas laisser s'installer de mauvaises pratiques et aider les professionnels à mieux réagir ou ne pas subir de traumatismes liés à ces situations.</p> <p>Une enquête RPS est en cours dans l'établissement dont la mission n'a pas été destinataire. L'établissement doit transmettre les éléments de ce rapport à la mission.</p>	<p>Délais : 4 mois.</p>		<p>Le volet de la recommandation relatif à l'enquête RPS est levé. Toutefois en l'absence d'action spécifique à destination des familles le reste de la recommandation est maintenue.</p>

<p><u>1.4.4</u></p> <p><u>Remarque no7:</u> Une démarche qualité est menée au sein de l'établissement, montrant un suivi régulier des points de progrès et une majorité de points satisfaisant. Toutefois des points importants et sensibles sont à traiter au vu de leur impact pour les résidents et leur cotation "insatisfaisant".</p>	<p><u>Recommandation no7:</u> La mission recommande un suivi effectif des améliorations par ordre d'importance au vu de l'impact sur les usagers ou leur prise en charge : sécurité et santé, bientraitance et droits des usagers notamment, puis d'y intégrer le traitement des éléments issus des rapports de contrôle ou des audits en cours (ex. inspection du travail) ou encore des évaluations externes.</p>	<p>Délai : 3 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>
<p><u>Remarque no8 :</u> rien n'indique que les enquêtes de satisfaction soient présentées en CVS. De plus l'enquête de satisfaction annuelle est menée selon le modèle du groupe Domus Vi et non celui de la HAS.</p>	<p><u>Préconisation no8 :</u> Il est demandé à l'établissement de conduire les enquêtes de satisfaction selon la méthode et les outils de la HAS et de présenter les enquêtes de satisfactions en CVS.</p>	<p>Délais 6 mois</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La préconisation est maintenue. Elle pourra être levée lorsque le CVS aura un fonctionnement effectif.</p>
<p><u>2.1.1</u></p> <p><u>Remarque no9 :</u> Certains effectifs (animation, veilleurs de nuit, ...) indiqués au RAMA sont inférieurs aux valeurs préconisées par les autorités (0.8 à 1 ETP). Les plannings des mois d'octobre à décembre 2024 confirment la présence d'une seule personne la nuit, en contradiction avec les indications du RAMA et les préconisations de la commission de sécurité.</p>	<p><u>Prescription no9:</u> Les effectifs en personnels doivent être conformes aux conditions d'organisation et de fonctionnement autorisées et aux préconisations de la commission de sécurité. Voir infra (cf. infra: sécurité incendie)</p>	<p>Délai: 2 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La prescription est levée.</p>

<u>Remarque no10 :</u> La mission remarque que parmi les 6 professionnels dont le dossier a été consulté, seuls deux contiennent la copie de leur diplôme.	<u>Recommandation no10 :</u> La mission demande à l'établissement que copie du diplôme de chacun des professionnels figure dans leur dossier individuel.	Délai : 3 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no11:</u> La mission remarque que parmi les 6 professionnels dont le dossier a été consulté, deux ne contenaient pas la copie de leur contrat de travail.	<u>Recommandation no11 :</u> La mission demande à l'établissement que copie du contrat de travail de chacun des professionnels figure dans leur dossier individuel.	Délai : 3 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no12:</u> La mission n'est pas en mesure de garantir que le fichier automatisé des auteurs d'infraction sexuelles ou violentes soit consulté s'agissant des personnels employés par l'établissement avant l'exercice de leurs fonctions et à intervalle régulier tel que le prévoit l'article L133-6 du CASF.	<u>Recommandation no12:</u> Dans le cadre des contrôles de compatibilité du personnel à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables e il est demandé à l'établissement d'intégrer - avant leur prise de fonction et à intervalle régulier – et de tracer la consultation du fichier automatisé des auteurs d'infraction sexuelles ou violentes.	Délais : 3 mois.		La mission d'inspection prend bonne note des interrogations et recherches de l'établissement. La recommandation est levée. La problématique soulevée doit toutefois l'objet d'un échange entre l'ARS et l'établissement pour connaître des modalités de respect de cette obligation.
<u>Remarque no 13:</u> Les dossiers des professionnels ne contiennent pas de fiche de fonction ou de fiche de tâche dûment datée et signée.	<u>Recommandation no13:</u> Assurer que les dossiers de chaque membre du personnel contiennent des fiches de poste ou de fonction dûment datées et signées pour clarifier les rôles et responsabilités.	Délai : 3 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no14:</u> la mission constate que malgré un suivi des données d'absentéisme aucune analyse produite ni aucun élément de traitement de ce point n'a été produit et transmis à la mission d'inspection.	<u>Recommandation no14:</u> il est demandé à l'établissement d'assurer une analyse claire et régulière des causes de l'absentéisme et d'identifier des actions correctrices spécifiques.	Délai : 6 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.

<u>Remarque no15:</u> il ressort des entretiens conduits par la mission d'inspection que les entretiens annuels d'évaluation ne sont pas ne sont pas conduits chaque année, de façon systématique et régulière avec tous les agents.	<u>Recommandation no15:</u> il est demandé à l'établissement de mettre en place des entretiens d'évaluation périodiquement.	Délai : 6 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée. La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no16:</u> Aucun dossier de professionnels consulté ne retrace les entretiens annuels d'évaluation.	<u>Recommandation no16:</u> les comptes rendus d'entretien annuel doivent être conservés dans les dossiers personnels de chaque professionnel pour assurer un suivi des compétences et des besoins en formation. Ils doivent être datés et signés.	Délai : 6 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>2.1.2</u> <u>Remarque no17:</u> le plan de formation transmis n'est ni récent, ni actualisé. Il manque dans le document transmis des éléments permettant de connaître de la stratégie de formation des professionnels : objectifs pédagogiques de certaines formations, éléments prospectifs, et nombre et qualités des personnes que l'établissement souhaite former.	<u>Recommandation no17:</u> La mission demande à l'établissement d'élaborer ou de transmettre un plan de formation actualisé, prospectif et détaillé, intégrant l'enjeu de la bientraitance dans les thématiques ciblées.	Délai : 4 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no18:</u> l'absence de formation à la bientraitance et la faible mention de ce sujet par le personnel entendu sont de nature à compromettre la qualité de prise en charge.	<u>Recommandation no18:</u> réintégrer des sessions de formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans le plan de formation de l'établissement pour sensibiliser l'ensemble des personnels S'appuyer sur le guide de la HAS pour sensibiliser à la prévention de la maltraitance.	Délai : 3 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.

<p><u>Remarque no19</u> : les membres du personnel méconnaissent le dispositif de soutien aux pratiques professionnelles.</p>	<p><u>Recommandation no19</u> : formaliser un dispositif écrit de soutien aux RBPP et le diffuser à l'ensemble du personnel.</p>	<p>Délai : 4 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>
<p><u>2.2.1</u></p> <p><u>Remarque no20:</u></p>	<p><u>Recommandation no20:</u></p>	<p>Délai : 3 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>

Les affichages réglementaires ne sont pas en libre accès.	Le dispositif d’affichage doit être revu pour permettre l’accès libre aux documents.			
<u>Remarque no21 :</u> La mission ne peut attester si la disposition des chambres (une seule PMR) est conforme avec le registre d’accessibilité.	<u>Recommandation no21 :</u> Veiller à ce que la disposition des locaux et des chambres PMR soit conforme avec le registre accessibilité de l’établissement. Joindre les documents preuve en attestant.	Délai : 6 mois.		En l’absence d’élément, maintien de la recommandation.
<u>2.2.2</u> <u>Remarque no22 :</u> Les plannings d’oct. à déc. 24 indiquent la présence d’un seul agent sur l’établissement la nuit, ce qui n’est pas conforme avec les préconisations indiquées par le PV de la commission de sécurité.	<u>Prescription no 22 :</u> Respecter les consignes de la commission de sécurité en vigueur. A défaut d’accord de révision de ces dispositions, l’organisation en place doit garantir les conditions de sécurité définies par la commission de sécurité indiquant la présence d’au moins deux agents sur site avec un cadre d’astreinte.	Délai : 6 mois.		La mission d’inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no23 :</u> La mission d’inspection n’a pas pu vérifier que les dispositifs de rafraîchissement des locaux respectent bien les normes actuelles et n’est pas en mesure de savoir si l’établissement respecte les normes correspondantes.	<u>Recommandation no23 :</u> Veiller à ce que les dispositifs des climatiseurs respectent bien les normes édictées par « l’ANNEXE III » : fixant les recommandations relatives aux dispositifs de rafraîchissement des locaux, résultant du rapport de l’agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE).	Délai : 6 mois.		La mission d’inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.

<p><u>2.2.3</u></p> <p><u>Remarque no 24 :</u> La mission constate que le projet d'animation n'est pas décliné de façon opérationnelle en lien avec le projet d'établissement.</p>	<p><u>Recommandation no24:</u> Le projet d'animation doit être intégré et décliné au prochain projet d'établissement, à élaborer en concertation avec les personnels, en décrivant les moyens et outils mis en place au plan opérationnel et pluridisciplinaire.</p>	<p>Délai : 6 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. Toutefois en l'absence de projet d'animation fourni la recommandation ne peut être levée.</p>
<p><u>Remarque no25 :</u> Il a été constaté et ressort des entretiens que les liens des professionnels avec les familles qui sont présentes sont globalement bons. Toutefois ils ne sont pas toujours sereins, voire parfois assez tendus avec certaines familles agressives.</p>	<p><u>Recommandation no25 :</u> La stabilisation des relations et liens avec des familles agressives doit donner lieu à des réflexions pour être corrigées et endiguées. Il est demandé à l'établissement, notamment en lien avec la mise à jour du projet d'établissement, de mettre l'accent sur le lien avec les familles afin d'outiller les professionnels dans leurs relations avec les familles et de prévenir les conflits.</p>	<p>Délai: 6 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>

<p><u>3.1.3</u></p> <p><u>Remarque no26:</u> l'IDEC devait quitter l'établissement quelques jours après la visite de la mission d'inspection. Ce départ (quelques mois après son arrivée), non signalé à l'ensemble de la mission, présente un risque de fragilisation de l'équilibre de l'équipe soignante.</p>	<p><u>Recommandation no26 :</u> La mission d'inspection demande à l'établissement de l'informer au sujet des points suivants afin de savoir si l'équilibre de l'équipe soignante est maintenu :</p> <p>L'IDEC a-t-il effectivement été remplacé et si oui quand ?</p> <p>Quel est le positionnement du nouvel IDEC concernant la participation aux astreintes administratives ?</p> <p>Quelles sont les modalités de recours en cas d'absence de l'IDEC ?</p>	<p>Délai : 1 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments.</p> <p>La recommandation est levée.</p>
<p><u>Remarque no27 :</u></p> <p>Le staff quotidien ne fait généralement pas l'objet d'un compte rendu écrit ce qui ne permet pas d'assurer la traçabilité de toutes les transmissions.</p>	<p><u>Recommandation no27 :</u></p> <p>La mission recommande que les staffs quotidiens fassent l'objet d'un compte rendu écrit.</p>	<p>Délai : 3 mois.</p>		<p>La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments.</p> <p>La recommandation est levée.</p>

<p><u>3.1.4</u></p> <p><u>Remarque no28</u> : Deux procédures “gestion des urgences de nuit” ont été transmises, ainsi qu’un livret de 20 fiches élaboré par le groupe Domusvi, intitulé “conduite à tenir en situation d’urgence”, avec des consignes distinctes pour les AS/AMP et IDE. Les procédures “gestion des urgences de nuit” ne précisent pas la nécessité de laisser un personnel auprès du résident jusqu’à l’arrivée des secours. De plus, le livret de 20 fiches ne paraît pas suffisamment synthétique pour une utilisation dans l’urgence.</p>	<p><u>Recommandation no28</u> : La mission demande quelles sont les actions mises en place par l’établissement afin de s’assurer de l’appropriation des procédures d’urgence par les personnels.</p>	<p>Délai : 1 mois.</p>		<p>La mission d’inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est maintenue. En effet, compte tenu des enjeux, une seule sensibilisation ne semble pas répondre aux attentes de la missions et ne saurait garantir l’appropriation par les professionnels de ces procédures.</p>
<p><u>Remarque no29</u>: Les dossiers de liaison d’urgence extraits du logiciel de soins sont peu synthétiques (de 12 à plus de 40 pages).</p>	<p><u>Recommandation no29</u> : Afin que les dossiers de liaison d’urgence soient plus pratiques, la mission recommande que l’établissement revoie le contenu de ce dossier, afin qu’il soit synthétique et informatif.</p>	<p>Délai : 4 mois.</p>		<p>La mission d’inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>
<p><u>Remarque no30</u> : la mission constate que des retours de résidents des urgences ont lieu sans information préalable de l’établissement.</p>	<p><u>Recommandation no30</u> : La mission recommande à l’établissement de travailler avec les établissements de santé à l’organisation du retour des résidents.</p>	<p>Délai : 4 mois</p>		<p>La mission d’inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>
<p><u>3.2.2</u></p> <p><u>Remarque no31</u>: La procédure contention transmise comprend 16 pages. Très complète, elle n’est cependant pas opérationnelle.</p>	<p><u>Recommandation no31</u> : La mission recommande l’élaboration d’une procédure contention synthétique (1 à 2 pages), en complément de l’outil existant.</p>	<p>Délai : 6 mois.</p>		<p>La mission d’inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.</p>

<u>3.2.3</u> <u>Remarque no32 :</u> La mission a recueilli des informations relatant une baisse de la qualité des denrées. De plus les horaires des repas du soir et matin doivent répondre aux habitudes de vie des résidents.	<u>Recommandation no32 :</u> La mission suggère de mener une enquête de satisfaction précise sur le sujet des repas et horaires, qu'il conviendra d'examiner en CVS pour avis et validation.	Délai : 6 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>3.3.1</u> <u>Remarque no33 :</u> il ressort des échanges avec les professionnels rencontrés que les tablettes à disposition des AS et IDE sont peu utilisées, et les transmissions parfois réalisées de manière asynchrone.	<u>Recommandation no33:</u> la mission d'inspection recommande la poursuite de la sensibilisation des professionnels de santé à la nécessité de tracer au plus près de la réalisation du soin.	Délai : 6 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no34 :</u> La procédure chutes transmise comprend 12 pages. Très complète, elle n'est cependant pas opérationnelle.	<u>Recommandation no34 :</u> La mission recommande l'élaboration d'une procédure chute synthétique (1 à 2 pages), en complément du document existant.	Délai : 6 mois.		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no35 :</u> L'établissement a transmis à l'équipe d'inspection 8 procédures escarres. Comme les autres procédures transmises, celles-ci s'apparentent davantage à des documents de formation qu'à des documents opérationnels auxquels les équipes peuvent se référer en cas de besoin.	<u>Recommandation no35 :</u> La mission recommande l'élaboration d'une procédure escarres synthétique (1 à 2 pages), en complément des documents existants.	Délai : 6 mois		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no36 :</u> L'établissement a transmis à l'équipe d'inspection plusieurs procédures relatives à la dénutrition. Comme les autres documents transmis, celles-ci s'apparentent davantage à des documents de formation qu'à des documents opérationnels auxquels	<u>Recommandation no36 :</u> La mission recommande l'élaboration, en complément des documents existants, d'une procédure dénutrition synthétique (1 à 2 pages).	Délai : 6 mois		La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.

les équipes peuvent se référer en cas de besoin.					
<u>Remarque no37</u> : le protocole prévention de la déshydratation, demandé à l'établissement, n'a pas été transmis à la mission d'inspection et n'a pu faire l'objet d'une analyse.	<u>Recommandation no37</u> : la mission renouvelle sa demande de communication du protocole prévention de la déshydratation.	Délai : 1 mois			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque n°38</u> : Le planning ASH de nuit n'a pas été transmis et ne permet de savoir quels professionnels sont présents de nuit.	<u>Recommandation n°38</u> : La mission d'inspection recommande la présence en continu du binôme AS/ASH de nuit ; l'AS pouvant être appelée à tout moment, se pose la question de sa mobilisation en cas de besoin y compris pendant sa pause qui devrait alors être considérée comme un temps de travail. La mission demande la transmission du planning des ASH de nuit d'octobre à décembre 2024, afin de s'assurer de la présence permanente la nuit de deux agents.	Délai : 1 mois			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no39</u> : L'établissement n'a pas fourni le contrat avec le prestataire référencé par le groupe (La Collecte Médicale) ; les poids mentionnés sur les bordereaux de collecte et de destruction ne paraissent pas cohérents.	<u>Prescription no39</u> : L'établissement doit fournir le contrat avec le prestataire référencé par le groupe.	Délai : 1 mois			La mission d'inspection prend bonne note de ces éléments. La recommandation est levée.
<u>Remarque no40</u> : La sonde enregistreuse de température du réfrigérateur contenant les produits thermosensibles présentait lors de la visite une température supérieure de 0.7 degrés à la température maximale recommandée et le réfrigérateur présentait du givre. La sonde "fridge tag 2 L3 " contient normalement des fonctionnalités d'alerte.	<u>Recommandation no40</u> : La mission recommande de veiller au respect des températures pour les produits thermosensibles qui doivent être conservés entre 2 et 8°. Pour cela, la mission demande à l'établissement de se doter d'un réfrigérateur médical avec un système d'enregistrement de la	Délai : 4 mois.			En l'attente de l'effectivité de la mesure engagé maintien de la recommandation.

Cependant au moment de la visite la température affichait 8°7 sans qu'aucune alarme ne se soit activée.	température, permettant d'extraire les données et de les télécharger, et d'un système d'alarme permettant de prévenir les écarts de températures dans l'enceinte du réfrigérateur. La mission recommande également de veiller à l'absence de givre dans l'enceinte du réfrigérateur.				
---	---	--	--	--	--