

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques et de
l'inspection-contrôle et de la Qualité - Pôle Inspections-Contrôles
Conseil départemental de l'Hérault

Monsieur le Président
Association « Centre La Roseraie Sainte-Odile »
16, rue Saint-Vincent de Paul
34000 MONTPELLIER

Réf. Interne : DUAIQ-PIC/2024-237
Date : 20 décembre 2024

N° PRIC : MS_2024_34_CS_14

Courrier RAR n° [REDACTED]

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

Objet : Inspection de l'EHPAD « La Roseraie Sainte-Odile » à Montpellier (34)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement en date des 13 et 14 août 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 11 octobre 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives,
Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques, en date du 12 novembre 2024.

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

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

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à la Délégation départementale de l'Hérault et au Conseil départemental de l'Hérault, 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 Monsieur le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes 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 savons pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

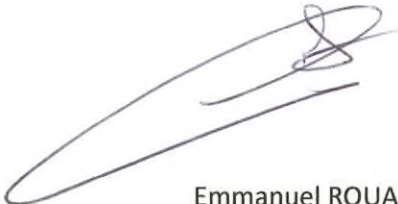
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations distinguées.

Pour le Directeur général et par délégation,
La Responsable du Pôle « Inspections-Contrôles »



Stéphanie HUE

Pour le Président et par délégation,
Le Directeur de la maison départementale
de l'autonomie



Emmanuel ROUAULT

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques, de l'Inspection Contrôle et de la Qualité
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

EHPAD « La Roseraie Sainte Odile »

16 rue Saint-Vincent de Paul - 34000 MONTPELLIER

13 et 14 août 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 (39)	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 des autorités	Réponses de l'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités ARS/CD34)
<p><u>Écart 1</u> : Il n'existe pas 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>L331-2 R 331-5 du CASF</p>	<p><u>Prescription 1</u> : 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><u>Prescription maintenue.</u> Transmettre la preuve de la réception du registre des admissions et des sorties, côté et paraphé par le Maire de la commune de Montpellier <u>Immédiat</u></p>
<p><u>Écart 2</u> : Le contenu du règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas conforme aux dispositions de l'article R311-35 du CASF. De plus, en l'absence de date, la mission ne peut s'assurer que le délai du règlement de fonctionnement n'excède pas 5 ans. Enfin, la mission d'inspection n'a pas été en mesure de s'assurer que les instances représentatives du personnel et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) ont été consultés avant que ce règlement soit arrêté.</p>	<p>R 311-33 et R 311-35 du CASF</p>	<p><u>Prescription 2</u> : L'établissement doit garantir un règlement de fonctionnement conforme à la réglementation. Ce règlement actualisé devra faire l'objet d'une consultation par les instances représentatives du personnel et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) avant d'être arrêté et transmis aux autorités. Il devra également être remis au résident ou à son représentant légal. Transmettre tout élément de preuve aux autorités.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Prescription maintenue</u> sur le contenu du règlement de fonctionnement. Les modalités apportées ne permettent pas une conformité aux attendus législatifs et réglementaires. En effet, concernant la liberté d'aller et venir, aucune mention des dispositions de l'article L311-4-1 à savoir : « le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires ». Pas de mention du PASA au § "Admission" ni ailleurs dans le RF. Sur la transmission = attente justificatifs <u>Délai : 6 mois</u></p>

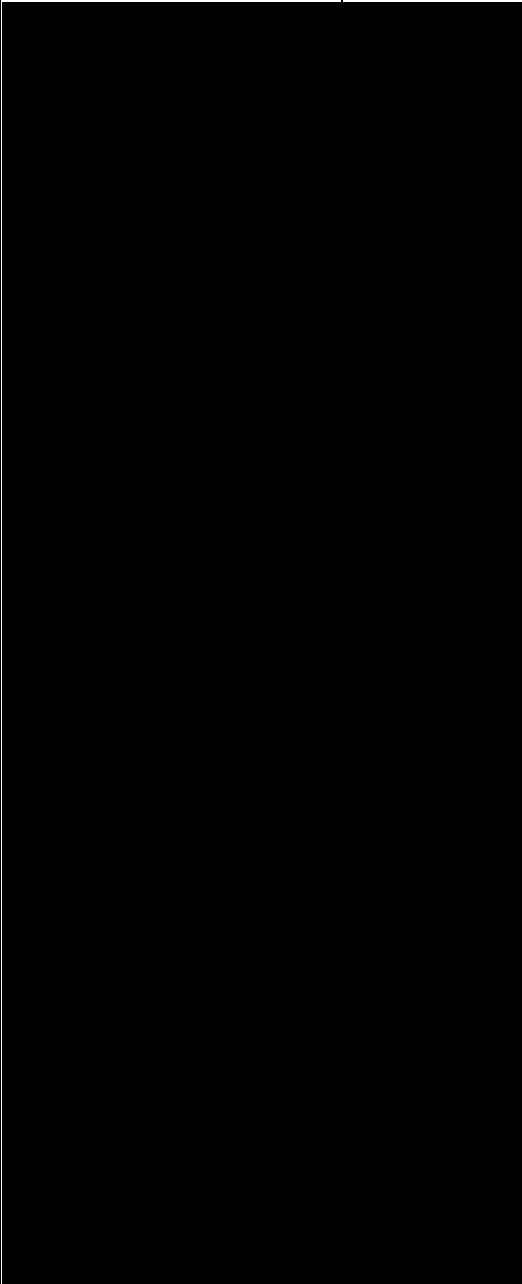
<p><u>Écart 3</u> : En l’absence de règlement de fonctionnement dans les dossiers des résidents, la mission ne peut pas s’assurer de sa remise au résident ou à son représentant légal.</p>	<p>R 311-34 du CASF</p>	<p><u>Cf. prescription 2.</u></p>			<p>Dont acte. <u>Prescription levée.</u></p>
<p><u>Écart 4</u> : Il n’existe pas de projet d’établissement valide au sein de la structure. Son contenu n’est pas conforme aux dispositions des articles L311-8 et D311-38-3 du CASF. De plus, la mission n’est pas en mesure de s’assurer que le projet d’établissement est établi pour une durée maximale de 5 ans et qu’il ait été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel et du Conseil de la Vie Sociale (CVS).</p>	<p>L311-8 et D311-38-3 du CASF.</p>	<p><u>Prescription 4</u> : L'établissement doit garantir un projet d'établissement conforme à la réglementation.</p> <p>Le projet d’établissement actualisé devra faire l’objet d’une consultation par les instances représentatives du personnel et le Conseil de la Vie Sociale (CVS) avant d’être arrêté et transmis aux autorités.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission du PE, des justificatifs de la consultation des instances et du justificatif de la transmission aux autorités. <u>Délai: 6 mois</u></p>
<p><u>Écart 5</u> : Les autorités de contrôle (ARS et CD34) n’ont pas été destinataires du document unique de délégation. Aussi, en l’absence de preuve, la mission n’a pas pu constater la transmission</p>	<p>D312-176-5 du CASF.</p>	<p><u>Prescription 5</u> : La gouvernance doit rendre destinataire d'une copie de ce document, les autorités de contrôle (ARS et CD34) ainsi que le conseil de la vie sociale.</p> <p>Transmettre l’attestation de remise aux autorités et au CVS.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription maintenue</u> dans l'attente du justificatif de transmission aux autorités. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u></p>

du DUD au CVS, conformément à l'article D312-176-5 du CASF.				ensuite adressé aux autorités administratives compétentes. D'ores et déjà vous trouverez en PJ le DUD en vigueur au sein de l'établissement, ainsi que le nouveau.		
<p><u>Écart 6</u> : 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>	D.311-20 du CASF	<p><u>Prescription 6</u> : Le CVS doit rédiger un rapport d'activité du CVS chaque année.</p>	1 ^{er} semestre 2025	<p>Nous avons transmis l'intégralité de votre rapport à la présidente du CVS en lui précisant votre demande de production d'un rapport d'activité annuel. La prochaine réunion CVS est prévue le 23 janvier 2025, à l'issu, nous vous ferons parvenir le compte rendu de la séance.</p>	Annexe E6.1 Signature des salariés et de la présidente du CVS (consultation rapport tutelles)	<p><u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission du rapport annuel 2024 du CVS. <u>Délai : 1^{er} semestre 2025</u></p>
		<p>La gouvernance doit transmettre, dès adoption par le CVS, le relevé de conclusions de chaque séance du Conseil, aux autorités de contrôle.</p>	À compter de la prochaine séance du CVS			
<p><u>Écart 7</u> : En l'absence d'éléments remis, la mission d'inspection n'est pas en mesure de s'assurer de l'effectivité des évaluations.</p>	L 312-8 du CASF	<p><u>Prescription 7</u> : La structure doit garantir la réalisation d'évaluation de ses activités. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>	1 ^{er} trimestre 2025	<p>Une analyse des questionnaires de satisfaction en lien avec le projet institutionnel des estivales a été réalisée en 2023.</p>	Annexe E7.1: Analyse questionnaires de satisfaction des estivales	<p><u>Prescription maintenue</u> en application de l'article L312-8 « Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur ». Il ne s'agit pas de l'analyse d'enquêtes de satisfaction. L'EHPAD a transmis un devis pour une mission d'évaluation par un prestataire. Attente de la transmission du résultat d'une évaluation externe. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u></p>
<p><u>Écart 8</u> : La structure ne réalise pas d'enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents et de leurs familles.</p>	D311-15 du CASF	<p><u>Prescription 8</u> : La structure doit réaliser une enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents et de leurs familles. Les résultats de cette enquête doivent être affichés dans l'espace d'accueil de la structure ; l'examen annuel du résultat de l'enquête doit être réalisé par le CVS.</p>	1 ^{er} trimestre 2025			<p><u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission du justificatif de présentation des résultats d'une enquête annuelle de satisfaction au CVS pour l'année 2024 et de l'affichage de ces résultats dans l'espace accueil. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u></p>

		Adresser aux autorités tout élément de preuve.			
<u>Écart 9</u> : L'établissement ne signale pas systématiquement et sans délai aux autorités administratives les dysfonctionnements graves survenus au sein de l'établissement (ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; cd34-eiq-essms@herault.fr)	L331-8-1 et R331-8 et 9 du CASF	<u>Prescription 9</u> : Transmettre systématiquement aux autorités administratives (ARS et CD34) les déclarations de dysfonctionnements et événements graves.	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription levée.</u> Il est rappelé que la déclaration des EIG doit être réalisée sans délai aux autorités. Il est également rappelé que tous les EIG sont à déclarer à l'ARS et au Conseil départemental. Les EIG des infections associées aux soins ne sont, elles, déclarées qu'à l'ARS.
<u>Écart 10</u> : Les EIGS et EIAS ne sont pas systématiquement déclarés à l'ARS, ce qui n'est pas conforme aux dispositions du CSP.	L1413-14, R1413-68 et R1413-69 du CSP	<u>Prescription 10</u> : La structure doit systématiquement déclarer les EIGS et EIAS à l'ARS. Procéder à leur gestion et au suivi conformément aux articles R1413-68 et R1413-69 du code de santé publique (CSP).	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription levée.</u>

<p><u>Écart 11</u> : En l'absence d'éléments, la mission ne peut pas s'assurer de l'existence d'un plan bleu valide (<u>en lien avec l'écart 4</u>).</p>	<p>L.311-8 et D.312-160 du CASF R311-38-11 du CASF Instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS /SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022</p>	<p><u>Prescription 11</u> : La structure doit garantir l'existence d'un plan bleu conforme et l'intégrer au Projet d'établissement.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Prescription maintenue</u> : le plan bleu 2016-2024 transmis n'est pas conforme à l'article R311-38-1 du CASF. <u>Délai : 6 mois</u></p>
<p><u>Écart 12</u> : La structure n'a pas de médecin coordinateur depuis juin 2024. Son temps de travail requis est de 0,5 ETP au regard de la capacité d'accueil autorisée. L'absence de MEDEC contrevient à la mise en œuvre des missions réglementaires de coordination médicale.</p>	<p>D 312-155-0 D312-156 à D312-159-1 du CASF</p>	<p><u>Prescription 12</u> : La gouvernance devra assurer un temps de travail de MEDCO de 0,6 ETP au regard de la capacité d'accueil autorisée pour remplir l'obligation des missions réglementaires de coordination médicale. Dans l'attente du recrutement, un temps de présence médical en présentiel et en télémedecine est à organiser avec le parcours gériatrique du CHU de Montpellier. Transmettre tout document attestant de la conformité ETP médecin coordonnateur à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Dont acte pour le recrutement du MEDEC. <u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS du contrat de travail du médecin coordinateur intégrant l'augmentation de son temps de travail à 0,6 ETP. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u></p>
<p><u>Écart 13</u> : Le référent pour l'activité physique et sportive n'a pas été désigné parmi le personnel de la structure.</p>	<p>D311-40 du CASF</p>	<p><u>Prescription 13</u> : Le directeur doit désigner parmi son personnel, le référent pour l'activité physique et sportive. Transmettre aux autorités le justificatif.</p>	<p>3 mois</p>		<p><u>Prescription maintenue</u>. Transmettre les fiches de postes actualisées des référents pour l'activité physique et sportive. <u>Délai : 3 mois</u></p>
<p><u>Écart 14</u> : En l'absence d'éléments, la mission ne peut pas s'assurer que</p>	<p>L311-3, L312-1-II du CASF, Charte des</p>	<p><u>Prescription 14</u> : La structure doit garantir que l'ensemble du personnel dispose du diplôme</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Dont acte. <u>Prescription levée.</u></p>

l'ensemble du personnel dispose du diplôme requis. De plus, pour les professionnels de santé, la mission ne peut pas s'assurer de leur inscription au RPPS.	droits et libertés de la personne accueillie art.2.	requis ainsi que l'inscription pour les professionnels de santé au RPPS. Transmettre aux autorités tout justificatif.			
<u>Écart 15</u> : La mission n'a pas pu constater la preuve de la vérification du bulletin n°3, extrait du casier judiciaire avant signature du contrat d'embauche ni après l'embauche.	L133-6 du CASF	<u>Prescription 15</u> : La structure doit demander de façon systématique lors du recrutement du personnel le bulletin n°3 du casier judiciaire afin de s'assurer du droit de ce dernier à exercer dans la structure. Transmettre le justificatif aux autorités. Il est rappelé à la structure que le contrôle des antécédents doit, par ailleurs, être réalisé après l'embauche de manière régulière. Le directeur n'est pas exclu de ce contrôle.	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription levée.</u>
<u>Écart 16</u> : La mission ne peut pas s'assurer que l'obligation de formation aux maladies neurodégénératives soit remplie pour les personnels exerçant au PASA.	D312-155-0-1 du CASF	<u>Prescription 16</u> : La structure doit remplir l'obligation de formation aux maladies neurodégénératives pour les personnels exerçant au PASA. Adresser aux autorités la preuve.	Au plus tard 1 ^{er} semestre 2025		<u>Prescription maintenue.</u> La convention de formation « ASG » ne mentionne pas explicitement les maladies neuro dégénératives. Transmettre à l'ARS le programme de formation « ASG » dispensé par l'organisme de formation intégrant les maladies neuro dégénératives. <u>Délai : au plus tard 1^{er} trimestre 2025</u>
<u>Écart 17</u> : La mission ne peut pas s'assurer que l'ensemble des professionnels a suivi la formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)	Art 1 de l' arrêté du 1er juillet 2019 portant modification de l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes d'urgence	<u>Prescription 17</u> : La structure doit garantir l'effectivité de la formation aux gestes et soins d'urgence pour l'ensemble des professionnels. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	Au plus tard 1 ^{er} semestre 2025		<u>Prescription maintenue.</u> Transmettre les attestations de formation de l'ensemble du personnel devant suivre cette formation. <u>Délai : au plus tard 1^{er} trimestre 2025</u>

<u>Écart 18</u> : Lors de la visite des locaux, la mission a constaté de nombreux dysfonctionnements susceptibles de compromettre la sécurisation et la qualité de la prise en charge des usagers : absence de sécurisation de l'ensemble des escaliers, défaut d'hygiène et d'entretien du bâtiment (murs, plafond, sols, douches collectives, balcons des chambres, etc.); défaut de rangement des locaux de stockage et stockage dans les couloirs; infiltration d'eau menaçant la stabilité du rez de chaussée; dispositifs électriques de sécurité défectueux ; présence de systèmes de rafraîchissement mobiles dans la salle de restauration, ce qui interroge sur la puissance et l'opérationnalité du système de rafraîchissement principal ; présence d'un lit pour enfant à bas-âge dans la salle de repos destiné aux résidents du PASA ; enfin, un état de vétusté global de la structure.	L 311-3-1/ L312-1-II du CASF et charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	<u>Prescription 18</u> : La gouvernance doit garantir l'entretien des locaux, l'hygiène, la sécurisation et la qualité de prise en charge de l'utilisateur. Transmettre aux autorités la preuve de : <ul style="list-style-type: none">La garantie de l'entretien, de l'hygiène et du rangement des locaux ;La sécurisation des escaliers intérieurs (des 2èmes et 3èmes étages avec la mise en place de barrières de sécurité);- L'utilisation de produits adaptés au bio- nettoyage, en articulation avec l'équipe mobile d'hygiène du CHU de Montpellier.	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription levée</u> concernant l'entretien et l'hygiène.
					<u>Prescription maintenue</u> pour ce qui relève de la sécurisation des escaliers intérieurs. Transmettre la preuve d'installation de la barrière de sécurité. <u>Immédiat</u>

					Dont acte.
					Dont acte.
					Dont acte.

		En lien avec la démarche CPOM, un projet global de rénovation ou de création d'un nouvel établissement devra être élaboré afin de garantir le respect des droits des résidents (douches individuelles notamment) et l'accueil des résidents à hauteur de la capacité autorisée (62 places). <u>En articulation avec le CPOM à venir.</u> Adresser aux autorités tout élément de preuve.	2025			<u>Prescription maintenue</u> concernant la garantie du respect des droits des usagers en lien <u>avec le CPOM 2025.</u> <u>Échéance</u> 2025
<u>Écart 19</u> : En l'absence de preuve, la mission ne peut pas s'assurer que l'établissement se soit organisé pour pallier une éventuelle défaillance d'énergie.	R 313-31 du CASF	<u>Prescription 19</u> : La structure doit pouvoir disposer d'un groupe électrogène (acquisition - mutualisation ou location). Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	Immédiat			<u>Prescription maintenue.</u> Transmettre la preuve de l'installation du groupe électrogène. <u>Immédiat</u>
<u>Écart 20</u> : Aucun élément communiqué par la structure ne permet de confirmer l'effectivité d'une réévaluation au moins annuelle des PAP des résidents par l'équipe pluridisciplinaire.	D 312-155 du CASF	<u>Prescription 20</u> : La structure doit garantir l'effectivité d'une réévaluation au moins annuelle des PAP des résidents par l'équipe pluridisciplinaire. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	1 ^{er} trimestre 2025			Dont acte. <u>Prescription levée.</u>

<p><u>Écart 21</u> : Ne sont pas affichés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le projet d'établissement Le règlement de fonctionnement L'arrêté de désignation des personnes qualifiées, la composition et le dernier compte rendu du conseil de la vie sociale ; enfin, les tarifs applicables dans la structure. 	<p>L311-4, L 311-5, R311-34 D311-38-4 du CASF et Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.3)</p>	<p><u>Prescription 21</u> : Procéder à l'affichage visé en écart 21 et garantir l'accessibilité de l'ensemble des documents. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription maintenue.</u> Transmettre la preuve de l'affichage du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. <u>Immédiat</u></p>
<p><u>Écart 22</u> : La charte des droits et des libertés de la personne accueillie ainsi que le règlement de fonctionnement ne sont pas annexés au livret d'accueil.</p>	<p>L311-4 du CASF</p>	<p><u>Prescription 22</u> : Adresser aux autorités un livret d'accueil daté et comportant en annexes la charte des droits et des libertés de la personne accueillie ainsi que le règlement de fonctionnement.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Dont acte. <u>Prescription levée.</u></p>
<p><u>Écart 23</u> : Sur son contenu, le contrat de séjour produit n'est pas conforme aux dispositions réglementaires en vigueur. Aussi, les avenants du contrat de séjour relatifs à la personnalisation des objectifs et des prestations - dans un délai de 6 mois après l'admission et une révision annuelle - ne sont pas réalisés. De plus, les contrats de séjour ne sont pas systématiquement signés par la personne accueillie ou son représentant légal.</p>	<p>L 311-3/ L 311-4 du CASF D.311 du CASF</p>	<p><u>Prescription 23</u> : La structure doit produire un contrat de séjour conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.</p> <p>Le contrat de séjour doit être systématiquement signé par la personne accueillie ou son représentant légal.</p> <p>La structure doit garantir pour tout résident la recherche du consentement de la personne et la réalisation d'un avenant du contrat de séjour, dans un délai de 6 mois après admission et une révision annuelle.</p> <p>Transmettre aux autorités tout document d'effectivité.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Prescription maintenue.</u> Transmettre le contrat de séjour lorsqu'il aura été actualisé et soumis pour approbation au CVS. <u>Délai : 6 mois</u></p>

Enfin, à défaut de traçabilité, la mission ne peut s’assurer de la recherche du consentement du résident lors de la conclusion du contrat de séjour.					
Écart 24 : L’état des lieux d’entrée et de sortie signé n’a pas été systématiquement retrouvé dans les dossiers des résidents.	L311-7-1 du CASF	Prescription 24 : Le gestionnaire doit garantir la réalisation d’un état des lieux contradictoire à l’entrée et à la sortie du résident. Transmettre aux autorités tout justificatif.	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription levée.</u>
Écart 25 : Depuis 2 ans, aucune réunion de commission de coordination gériatrique n’a été organisée et tenue au sein de l’EHPAD.	D 312-158 du CASF	Prescription 25 : Dans l’attente de <u>recrutement</u> du MEDEC, la commission de coordination gériatrique doit être réactivée à l’initiative de la cadre de santé et de la direction de l’établissement, notamment pour aborder les questions relatives à la démarche qualité et au circuit du médicament . Transmettre à l’ARS le compte rendu de la 1 ^{ère} réunion de la CCG. <u>Dès recrutement du MEDEC</u> , cette commission doit être organisée à minima une fois par an à l’initiative du MEDEC en lien avec le directeur de la structure.	2 mois		<u>Prescription maintenue</u> dans l'attente transmission par l'EHPAD à l'ARS du compte-rendu de la réunion de la commission prévue le 16.12.2024. <u>Délai : 2 mois</u>
Écart 26 : Le projet général de soins actualisé en juillet 2024 n’est pas complet et n’a pas été élaboré avec l’équipe pluridisciplinaire,	Art. L 311-8, D 311-38-5, D 312-158 du CASF	Prescription 26 : Dans l’attente du recrutement d’un médecin coordinateur, le projet doit être revu avec les médecins traitants, représentants des usagers et	3 mois		<u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS du Projet Général des Soins révisé et actualisé. <u>Délai : 3 mois</u>

les médecins traitants et les représentants des usagers.		l'équipe pluridisciplinaire au regard des constats mentionnés.			
		Dès recrutement du MEDEC, le projet sera à intégrer dans le projet d'établissement.	6 mois		Cf. infra. <u>Prescription maintenue.</u>
<u>Écart 27</u> : Les contrats définissant les conditions et modalités d'intervention des médecins traitants des résidents n'ont pas été remis à la mission, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de leur existence.	L 314-12 et R 313-30-1 du CASF	<u>Prescription 27</u> : Les contrats datés et signés définissant les modalités et conditions d'intervention des médecins traitants au sein de l'EHPAD en particulier pour ce qui concerne les soins non programmés et la continuité des soins doivent être transmis à l'ARS.	1 mois		<u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de transmission à l'ARS des contrats datés et signés par les médecins traitants libéraux. Ces contrats sont également à étendre à l'ensemble des professionnels de santé libéraux intervenant au sein de l'établissement pour les résidents. <u>Délai : 1 mois</u>
<u>Écart 28</u> : Aucun élément communiqué par l'EHPAD ne permet d'attester de la contribution apportée par le Médecin Coordinateur à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de formation de l'établissement ni de sa participation effective aux actions d'information des professionnels de santé de la structure.	L 314-12 et R 313-30-1 du CASF	<u>Prescription 28</u> : Suite à son recrutement, le prochain Médecin Coordinateur doit contribuer effectivement à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de formation de l'EHPAD. Adresser aux autorités tout élément de preuve.	Dès recrutement du MEDEC		<u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de transmission à l'ARS de tout élément de preuve témoignant d'une réelle implication du médecin coordinateur dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Politique de formation au sein de l'EHPAD (comptes-rendus de réunion d'élaboration de cette politique, de réunions de formation pour les professionnels de la structure). <u>Immédiat</u>
<u>Écart 29</u> : Aucun document « analyse des risques pour la santé publique » ni tableau permettant l'identification des résidents à haut risque vital n'ont été remis à la	D312-158 du CASF	<u>Prescription 29</u> : Les documents mentionnés à l'écart 29 doivent être élaborés et transmis à l'ARS.	Dès recrutement du MEDEC		<u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de transmission par l'EHPAD d'un document signé par le Médecin Coordinateur attestant de l'élaboration effective de cette liste avec identification des risques pour la santé publique

mission par l'EHPAD, ce qui permet pas à la mission de s'assurer de l'effectivité que les risques éventuels pour la santé publique de la population hébergée ont bien été identifiés.					et des mesures à mettre en œuvre pour les prévenir. <u>Immédiat</u>
<u>Écart 30</u> : Aucune liste de médicament à utiliser préférentiellement ou livret thérapeutique n'a été communiqué à la mission ce qui s'interroge sur l'existence effective d'une telle liste au sein de l'EHPAD.	D312-158 7° du CASF	<u>Prescription 30</u> : L'EHPAD doit transmettre cette liste au besoin suite à son élaboration et sa validation en lien avec les médecins traitants et les pharmaciens d'officine chargés de la dispensation des médicaments à l'ARS.	2 mois		<u>Prescription maintenue.</u> Il s'agit de la liste de médicaments par classe thérapeutique pouvant être préférentiellement utilisés chez les personnes âgées au regard de leurs caractéristiques pharmacologiques, des recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS et l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments (ANSM) et des besoins de prise en charge des résidents de l'EHPAD. Cette liste comprend les médicaments de première nécessité et d'urgence, susceptibles d'être stockés au sein de l'EHPAD. Il s'agit d'un outil pédagogique d'aide à la prescription au sein d'un EHPAD et n'a pas vocation à se substituer à la décision médicale et à la libre prescription sous leur responsabilité par les médecins.
<u>Écart 31</u> : Aucune procédure concernant de manière générale le circuit des médicaments n'existe au sein de l'EHPAD.	Art.L311-3 du CASF	<u>Prescription 31</u> : Élaborer la procédure citée en écart 31 et la transmettre à l'ARS après signature et diffusion.	4 mois		<u>Prescription maintenue.</u> Le document transmis est un document de travail, incomplet. Il n'aborde pas l'ensemble des étapes du circuit des médicaments, les modalités pratiques de leur gestion et précisément le rôle, la mission et la responsabilité des IDE et AS à chaque étape. Transmettre à l'ARS la procédure finalisée, datée, signée, validée par le médecin coordinateur, les pharmaciens chefs des pharmacies en contrat avec l'EHPAD, la cadre de santé de l'EHPAD. <u>Délai : 4 mois</u>
<u>Écart 32</u> : La traçabilité des opérations à effectuer dans le cadre du circuit des médicaments n'est que	L311-3 du CASF	<u>Prescription 32</u> : La traçabilité de l'ensemble des opérations dans le cadre du circuit du médicament est à effectuer. Transmettre tout justificatif à l'ARS.	4 mois		Dont acte pour la traçabilité de vérification et réception des médicaments livrés par la pharmacie.

partiellement assurée et tracée.					<u>Prescription maintenue</u> pour la traçabilité des opérations lors des autres étapes du circuit des médicaments (préparation, distribution et administration pour ces 2 derniers en particulier par les AS de nuit. <u>Délai : 4 mois</u>
<u>Écart 33</u> : Lors de la distribution des médicaments, la personne en charge ne vérifie pas systématiquement la prise effective des médicaments.	R4311-5 5°du CSP	<u>Prescription 33</u> : La structure doit garantir la vérification systématique par les IDE et les AS de nuit pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD, de l'administration effective des médicaments prescrits. Transmettre tout élément de preuve à l'ARS.	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription levée.</u> Pour rappel, la traçabilité mise en œuvre doit permettre l'identification nominative précise de chaque IDE et AS concernés.
<u>Écart 34</u> : Des médicaments périmés ont été trouvés au niveau de l'armoire à pharmacie, de la trousse d'urgence et du réfrigérateur. Les médicaments non utilisés, périmés, ne sont pas	L311-3 du CASF	<u>Prescription 34</u> : Les médicaments périmés doivent être retirés. La structure doit garantir la gestion et le suivi des médicaments. Transmettre tout élément de preuve à l'ARS.	Immédiat		Dont acte. <u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS des bordereaux de retour établis par les pharmacies témoignant du retour des médicaments et dispositifs périmés aux pharmacies; d'une procédure établie, datée et signée par le MEDEC et la cadre de santé, diffusée contre émargement à l'ensemble des

systématiquement retirés ni retournés à la pharmacie.					IDE visant la vérification régulière de la péremption des médicaments et dispositifs médicaux et le retour des périmés aux pharmacies. <u>Immédiat</u>
Écart 35 : Des produits alimentaires sont présents dans le réfrigérateur servant à la conservation des médicaments et produits pharmaceutiques thermosensibles.	R 4311-3 du CSP	Prescription 35 : Les produits alimentaires doivent être sortis du réfrigérateur servant à la conservation des médicaments et produits pharmaceutiques thermosensibles. Transmettre à l'ARS tout élément de preuve.	Immédiat		Prescription maintenue : l'audit des soins a été réalisé environ un mois avant la visite d'inspection qui a bien constaté la présence de produits alimentaires dans le réfrigérateur de l'infirmerie avec des produits médicamenteux. La direction de l'EHPAD devra transmettre à l'ARS une note de service diffusée aux IDE et AS et affichée sur ce réfrigérateur à l'infirmerie interdisant la mise dans ce réfrigérateur de tous produits alimentaires. <u>Immédiat</u>
Écart 36 : Le relevé des températures du réfrigérateur n'est pas effectué de manière quotidienne.	L311-3 du CASF	Prescription 36 : Le relevé des températures du réfrigérateur doit être effectué par des IDE de manière quotidienne. Transmettre à l'ARS tout élément de preuve.	Immédiat		Les annexes transmises montrent l'absence de relevés des températures du réfrigérateur les 21 et 22.09.2024. Prescription maintenue dans l'attente de la transmission à l'ARS d'une note de service de la Direction diffusée aux IDE et affichée sur le réfrigérateur de l'infirmerie rendant obligatoire un relevé quotidien des températures du réfrigérateur de l'infirmerie à tracer sur une fiche placée sur ce réfrigérateur et leur précisant la conduite à tenir en cas d'écarts de températures : <u>Immédiat</u>
Écart 37 : La procédure d'élimination des DASRI, la convention signée avec une société de collecte des DASRI et le bordereau d'élimination des DASRI n'ont pas été communiqués à la mission lors de la visite sur place.	R1335-1 à 8 du CSP	Prescription 37 : La structure doit garantir l'existence des éléments mentionnés en écart 37. Les adresser aux autorités.	Immédiat		Dont acte pour le bordereau du retrait des DASRI et la convention avec la société Nicollin en cours de réactualisation. Prescription maintenue pour la procédure d'élimination des DASRI qui est, en réalité, une production générale des années 2017 du réseau CCLIN/ARLIN rattaché au CHU de Montpellier, qui n'a pas été déclinée pour l'EHPAD et adaptée à ses spécificités, qui n'est pas signée et ne désigne pas, au sein de l'EHPAD, une personne

					référénte pour l'élimination des DASRI. L'EHPAD doit transmettre à l'ARS une procédure actualisée, adaptée aux spécificités de l'EHPAD datée et signée, diffusée à l'ensemble des personnels concernés définissant le circuit DASRI, ses modalités pratiques, le rôles, missions et responsabilités de chaque agent dans le cadre de l'élimination des DASRI et identifiant une personne référente tout en précisant son rôle et ses responsabilités dans le cadre de ces opérations. <u>Délai : 2 mois</u>
<u>Écart 38</u> : Le fonctionnement du PASA n'est pas conforme à la réglementation.	D312-155-0-1 du CASF	<u>Prescription 38</u> : La structure doit garantir un fonctionnement du PASA conforme à la réglementation.	6 mois		<u>Prescription maintenue</u> dans l'attente de la transmission du livret de fonctionnement du PASA. <u>Délai : 6 mois</u>
<u>Écart 39</u> : L'établissement ne dispose pas de conventions valides avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité portant sur les champs de la prise en charge des urgences, de la médecine et de la gérontopsychiatrie.	D312-155-0 5°du CASF	<u>Prescription 39</u> : Il est rappelé à la structure l'obligation de conclure des conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité portant sur les champs de la prise en charge des urgences, de la médecine et de la gérontopsychiatrie. Transmettre aux autorités les conventions.	3 mois		<u>Prescription maintenue</u> . La convention, datant de 2023 établie avec le CHU de Montpellier pour une durée de 5 ans, pour la médecine et les consultations n'est pas datée et ne comprend pas les urgences. Intégrer à cette convention en lien avec le CHU et son pôle gérontologique les soins urgents et non programmés. Transmettre à l'ARS cette convention ainsi que celle en cours de réactualisation sur la géronto psychiatrie. <u>Délai : 3 mois</u>

Remarques (48)	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	Justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 34)
<u>Remarque 1</u> : La population accueillie de 56 résidents est inférieure à la capacité autorisée en raison de la capacité limitée de la structure. En lien avec l'écart 18.	<u>Cf. Prescription 18</u>				<u>Cf. Prescription 18 maintenue</u> en lien avec le CPOM 2025.
<u>Remarque 2</u> : L'organigramme ne précise pas les liens fonctionnels ou hiérarchiques. De plus, la psychologue est rattachée à la cadre de santé, or elle devrait être rattachée au directeur étant donné que son code de déontologie ne lui permet pas d'aliéner sa pratique en raison d'un autre professionnel de l'établissement.	<u>Recommandation 2</u> : Transmettre aux autorités un organigramme nominatif, daté, indiquant les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il est rappelé que la psychologue doit être rattachée au directeur étant donné que son code de déontologie ne lui permet pas d'aliéner sa pratique en raison d'un autre professionnel de l'établissement.	3 mois			Les liens hiérarchiques et fonctionnels ne sont pas distingués. <u>Recommandation maintenue.</u> <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 3</u> : La continuité de la fonction de direction n'est pas formalisée ni dans le cadre de la vie courante (pas de subdélégations) ni dans le cadre d'une astreinte H24 7j/7 (pas de calendrier d'astreinte). Aussi, le personnel n'a pas de procédure à laquelle se référer.	<u>Recommandation 3</u> : La continuité de direction est à organiser. Formaliser les procédures de continuité de la fonction de direction. Les porter à la connaissance du personnel. Transmettre aux autorités les modalités d'organisation de la continuité de direction et le	Immédiat			La subdélégation de pouvoir à la cadre administrative ne prévoit pas les actes conservatoires tels que les opérations budgétaires. <u>Recommandation maintenue</u> en l'attente de la transmission du calendrier des astreintes de direction et d'un justificatif de l'information du personnel. <u>Immédiat</u>

	calendrier des astreintes sur le 2nd semestre 2024 et tout document justifiant de l'information auprès du personnel.				
--	--	--	--	--	--

<u>Remarque 4</u> : Le N° allo maltraitance 3977 n'est pas affiché.	<u>Recommandation 4</u> : Afficher le N° allo maltraitance 3977 et adresser tout justificatif aux autorités.	Immédiat		Annexe R4.1: Affiche Allo Maltraitance	<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente d'une photo de l'affichage au sein de l'EHPAD. <u>Immédiat</u>
<u>Remarque 5</u> : L'établissement n'organise pas le recueil et l'analyse des réclamations et doléances des usagers.	<u>Recommandation 5</u> : Organiser le recueil et l'analyse des réclamations et doléances des usagers. Adresser aux autorités tout élément de preuve.	3 mois		Annexe E9.1 Procédure de signalement de EI et EIG, plaintes et réclamations	<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de justificatifs de mise en œuvre. <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 6</u> : L'établissement n'a pas rédigé de règlement de fonctionnement du CSE. Par ailleurs, les comptes rendus du CSE n'ont pas été adressés à la mission.	<u>Recommandation 6</u> : Rédiger le règlement de fonctionnement du CSE. Adresser aux autorités le règlement de fonctionnement et les comptes rendus du CSE.	3 mois			<u>Recommandation maintenue.</u> Transmettre le règlement de fonctionnement du CSE lorsqu'il sera finalisé. <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 7</u> : La mission a constaté l'utilisation de téléphonie et d'applications mobiles personnelles non sécurisées notamment pour les appels professionnels, la consultation de courriels et/ou la demande de congés.	<u>Recommandation 7</u> : Garantir la sécurisation des données. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	Immédiat		Annexe R7.1: Liste des adresses mails professionnels	Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>

<p><u>Remarque 8</u> : L'établissement n'a pas formalisé de procédure en matière de déclaration d'évènements ou dysfonctionnements graves survenus au sein de l'établissement. La structure ne réalise pas de bilan en fin d'année des évènements et dysfonctionnements graves survenus au sein de la structure.</p>	<p><u>Recommandation 8</u> : Formaliser une procédure de traitement et de suivi des dysfonctionnements graves est fortement recommandé pour tous dysfonctionnements graves et évènements listés sur l'arrêté du 28 décembre 2016 (art.1). Elle devra préciser une déclaration « sans délai » aux autorités administratives. Les adresses d'alerte des autorités devront être indiquées (notamment celles de l'ARS : ars-oc-alerte@ars.sante.fr et du CD 34 : cd34-eig-essms@herault.fr) ainsi que le n° de téléphone ouvert H24 à l'ARS : 0800.301.301 Réaliser le bilan en fin d'année des dysfonctionnements graves. Adresser aux autorités tout élément de preuve.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Dont acte. <u>Recommandation levée.</u></p>
<p><u>Remarque 9</u> : L'ensemble du personnel ne dispose pas d'entretien d'évaluation a minima tous les deux ans.</p>	<p><u>Recommandation 9</u> : Le gestionnaire est invité à garantir pour l'ensemble du personnel dont le personnel de direction un entretien d'évaluation a minima tous les deux ans. Adresser tout justificatif aux autorités.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Dont acte. <u>Recommandation levée.</u></p>

<u>Remarque 10</u> : La mission n'a pas été destinataire de l'ensemble des fiches de poste et/ou de tâches de l'ensemble des catégories socio-professionnelle représentées au sein de l'établissement.	<u>Recommandation 10</u> : Transmettre aux autorités l'ensemble des fiches de poste et/ ou de tâches mentionnées en remarque 10.	6 mois		Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 11</u> : La mission n'a pas été destinataire du plan de formation 2023 et 2024 ainsi que du bilan des formations suivies pour 2023.	<u>Recommandation 11</u> : Adresser aux autorités le plan de formation 2024 et le bilan des formations suivies.	1 ^{er} trimestre 2025		Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 12</u> : Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel.	<u>Recommandation 12</u> : La gouvernance est invitée à rédiger un dispositif de soutien professionnel du personnel et à veiller à sa mise en place. Transmettre le justificatif aux autorités.	1 ^{er} trimestre 2025		Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 13</u> : Il n'existe pas de DUERP 2024.	<u>Recommandation 13</u> : Adresser aux autorités le DUERP 2024 visé par la médecine du travail et le service de prévention des organismes de sécurité sociale. Y intégrer le tableau d'analyse des accidents et des incidents de travail de même qu'un tableau de suivi des actions renseignés.	1 ^{er} trimestre 2025		<u>Recommandation maintenue</u> en attente du DUERP 2024 visé par la médecine du travail et le service de prévention des organismes de sécurité sociale. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u>
<u>Remarque 14</u> : Il n'existe pas de locaux d'accueil spécifiquement dédiés aux familles.	<u>Recommandation 14</u> : Mener une réflexion afin de permettre aux familles de disposer d'un espace dédié.	1 ^{er} trimestre 2025		<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente des réflexions. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u>

<p><u>Remarque 15</u> : En ne réalisant pas d'exercice d'évacuation des locaux tous les 6 mois, la structure ne remplit pas son obligation au regard du code du travail. De plus, il n'existe pas de traçabilité concernant le réarmement de l'alarme incendie dans le registre sécurité. Enfin, l'établissement n'a pas nommé de personnel référent pour la sécurité.</p>	<p><u>Recommandation 15</u> : Organiser à minima tous les 6 mois un exercice d'évacuation des locaux en cas d'incendie et consigner dans le registre sécurité la date et les observations auxquels ils peuvent avoir donné lieu. Assurer une traçabilité du réarmement du SSI dans le registre sécurité. Nommer un référent pour la sécurité du bâtiment. Transmettre tout élément de preuve aux autorités.</p>	Immédiat		<p>Dont acte. <u>Recommandation levée.</u></p>
<p><u>Remarque 16</u> : Aucune procédure datée, signée, validée relative à la continuité des soins médicaux et à l'accès aux soins médicaux non programmés n'a été remise à la mission.</p>	<p><u>Recommandation 16</u> : Adresser à l'ARS la procédure citée en remarque 16.</p>	3 mois		<p>Les plans transmis sont des plans de continuité d'activités de l'EHPAD en cas de crise et non des procédures de continuité des soins médicaux et accès aux soins médicaux non programmés. <u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS des procédures demandées élaborées, datées, signées et validées par le Médecin Coordinateur et diffusées aux IDE et AS. <u>Délai : 3 mois</u></p>
<p><u>Remarque 17</u> : Aucune procédure datée, signée, validée en Commission de coordination gériatrique relative à la prise en charge des situations d'urgence et de risques vitaux n'a été remise à la mission.</p>	<p><u>Recommandation 17</u> : La procédure citée en remarque 17 est à transmettre à l'ARS.</p>	3 mois		<p><u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission d'une procédure datée, signée et validée. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025</u></p>

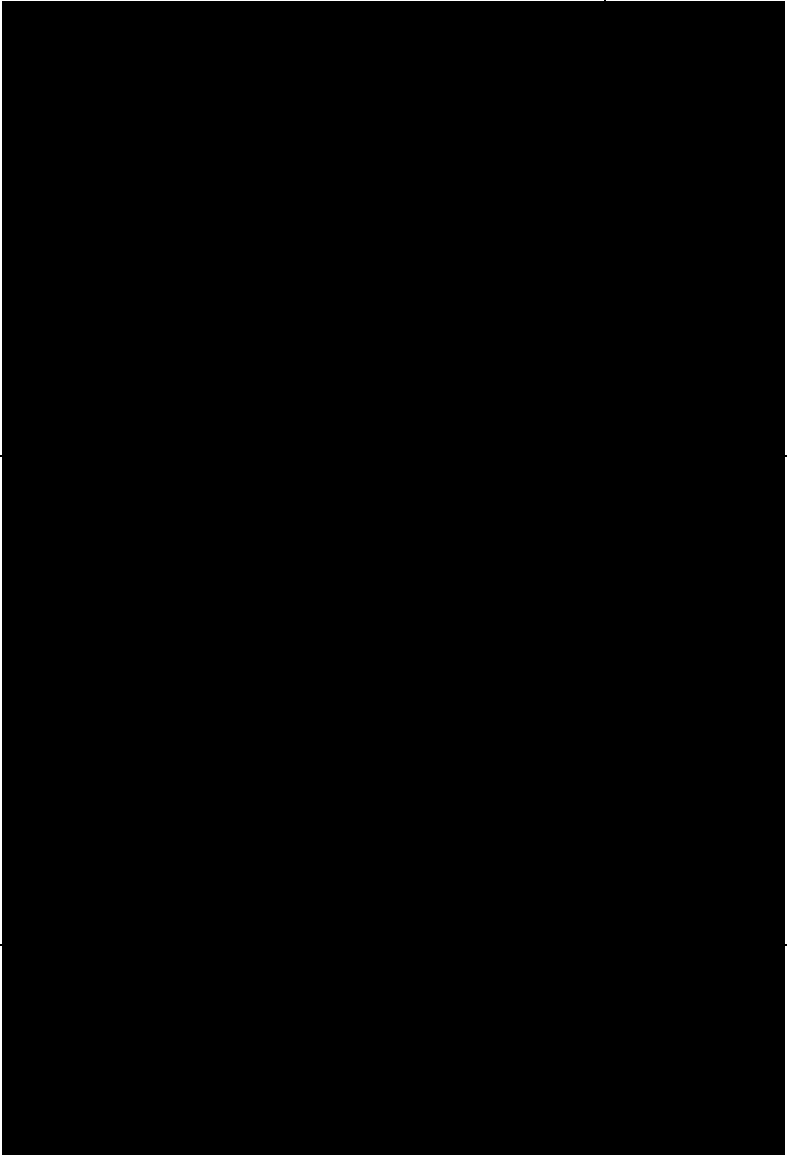
<p><u>Remarque 18</u> : Le RAMA 2023 transmis à l'ARS ne comporte pas de données sur la répartition des patients par GIR, les GMP évalués, sur la consommation médicamenteuse et son évolution, les infections nosocomiales, leur prévention, les procédures et protocoles élaborés et sur la bientraitance et sa mise en œuvre.</p>	<p><u>Recommandation 18</u> : Le RAMA transmis relatif à chaque exercice annuel devra comprendre l'ensemble des éléments mentionnés en remarque 18. A transmettre à l'ARS.</p>	<p>À compter de l'exercice 2024</p>		<p><u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission du RAMA 2024 complété des indicateurs et éléments demandés. <u>Délai : à compter de l'exercice 2024.</u></p>
<p><u>Remarque 19</u> : Le contenu et la tenue du dossier médical papier ne sont pas adaptés au regard des guides de bonnes pratiques en vigueur</p>	<p><u>Recommandation 19</u> : Chaque dossier papier de résident doit être complété avec les documents « synthèse du projet personnalisé » et synthèse médicale » figurant sur « NETSOINS ». Transmettre à l'ARS tout élément de preuve.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Dont acte. <u>Recommandation levée.</u></p>
<p><u>Remarque 20</u> : Il n'existe pas au sein de la structure une procédure diffusée portant sur les étapes, modalités de gestion de la conservation et d'archivage des dossiers médicaux.</p>	<p><u>Recommandation 20</u> : Adresser la procédure à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission d'une procédure datée, signée et validée. <u>Délai : 6 mois</u></p>
<p><u>Remarque 21</u> : Les guides et modes opératoires communiqués à la mission remis ne correspondent pas à des procédures adaptées à l'EHPAD. Aussi, aucune procédure portant sur la prévention, prise en charge et suivi de la dénutrition et troubles nutritionnels, des troubles d'humeur et de sommeil, de comportements et d'Alzheimer n'a été remise à la mission.</p>	<p><u>Recommandation 21</u> : Élaborer l'ensemble des procédures visant à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à la bientraitance. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>	<p>6 mois</p>		<p><u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS des procédures datées, validées et signées demandées. Les éléments transmis sont des recommandations générales de Bonnes Pratiques édictées en 2004. Il ne s'agit donc pas de procédures adaptées pour l'EHPAD la Roseraie définissant les étapes, modalités pratiques, les rôles et responsabilités de chaque professionnel de santé. <u>Délai : 6 mois</u></p>

<u>Remarque 22</u> : Aucun registre de chutes, ni comptes-rendus datés et signés des 3 dernières réunions d'analyse des chutes n'ont été communiqués par la structure à l'ARS.	<u>Recommandation 22</u> : Transmettre à l'ARS le registre des chutes pour 2023 ainsi que les comptes rendus datés et signés des 3 dernières réunions d'analyse organisées et tenues par le psychomotricien.	3 mois		Dont acte. <u>Recommandation levée.</u> La structure est invitée à intégrer au compte-rendu des réunions les noms et qualité des professionnels participants.
<u>Remarque 23</u> : Aucune formation portant sur la prévention et prise en charge des chutes n'a été réalisée depuis 2022 pour les professionnels concernés de l'EHPAD.	<u>Recommandation 23</u> : Une formation des professionnels de santé de l'EHPAD à la prévention et prise en charge des chutes doit être organisée et réalisée pour 2024. Adresser aux autorités tout élément de preuve.	1 ^{er} semestre 2025		<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission des justificatifs traçant la participation des professionnels de l'EHPAD, en particulier de santé, à ces formations tant en 2024 (plan formation 2024 de l'EHPAD) qu'en 2025 (à intégrer au plan de formation 2025 de l'EHPAD). <u>Délai : 1^{er} semestre 2025</u>
<u>Remarque 24</u> : Il n'existe pas de procédure actualisée dans la prévention et prise en charge des fugues des résidents.	<u>Recommandation 24</u> : Transmettre à l'ARS la procédure actualisée.	3 mois		<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS du protocole daté, signé, validé et diffusé, intégrant aussi la prévention des fugues et disparitions et précisant le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de l'EHPAD dans les conduites à tenir. <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 26</u> : Des prescriptions sont rarement effectuées sous format ordonnance papier.	<u>Recommandation 26</u> : Les médecins traitants doivent être sensibilisés à l'importance de la prescription en ligne sur « Netsoin ». Transmettre à l'ARS tout justificatif.	Immédiat		<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS d'une lettre datée de 2024, adressée aux médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD les incitant à utiliser "Netsoin" pour leurs prescriptions. Cette incitation doit aussi être intégrée à la rédaction des contrats établis avec ces médecins. La sensibilisation lors de la prochaine réunion de la commission de coordination

				gériatrique prévue en décembre 2024 doit être intégrée au compte-rendu de cette réunion qui sera diffusé. Délai : 1 mois
<u>Remarque 27</u> : Les conventions signées avec les deux pharmacies ne concernent pas la globalité du circuit des médicaments au sein de l'EHPAD.	<u>Recommandation 27</u> : Ces conventions sont à réviser pour englober la totalité du circuit des médicaments. Les transmettre à l'ARS.	3 mois		Dont acte. Recommandation levée. L'EHPAD devra cependant engager des discussions avec la pharmacie pour définir la nature et les modalités du soutien technique et méthodologique qui pourrait être apporté par la pharmacie dans la mise en œuvre des démarches qualité nécessaires portant sur la totalité du circuit des médicaments allant de la commande à l'administration aux résidents. Ces éléments seront à intégrer dans la convention.
<u>Remarque 28</u> : Les pharmaciens référents des 2 pharmacies d'officine signataires de conventions avec l'EHPAD ainsi que leurs professionnels nommément habilités pour gérer les commandes de l'EHPAD n'accèdent pas à « Netsoin » de manière sécurisée. Aussi, aucun document transmis par l'EHPAD ne permet d'attester de la mise à disposition par les pharmaciens référents des 2 pharmacies d'officine d'informations ou de conseils portant sur le bon usage des médicaments. Enfin, aucun document fourni par l'EHPAD ne permet d'attester de la transmission aux 2 pharmacies	<u>Recommandation 28</u> : Transmettre à l'ARS tout élément de preuve concernant les différents points cités en remarque 28.	3 mois		Dont acte pour l'accès de la pharmacie et ses personnels habilités au « Netsoin » même si cet accès mérite d'être rediscuté avec la pharmacie au regard de son utilité et sécurité. Recommandation maintenue pour les informations ou conseils donnés à l'EHPAD par la pharmacie portant sur le bon usage des médicaments et la liste des prescripteurs transmise par l'EHPAD à la pharmacie : transmettre à l'ARS une lettre (datée et signée) de l'EHPAD d'envoi de la liste des prescripteurs à la pharmacie, ainsi qu'une note adressée par la pharmacie à l'EHPAD de conseil ou d'information sur le bon usage des médicaments. Délai : 3 mois

d'une liste des prescripteurs EHPAD habilités.					
<u>Remarque 29</u> : Aucun document communiqué par l'EHPAD n'atteste de la réalité de l'existence de réunions et de la participation des pharmaciens référents des 2 pharmacies d'officine en contrat avec l'EHPAD à la concertation et échanges multidisciplinaires en particulier avec les médecins prescripteurs portant sur le bon usage, le circuit des médicaments.	<u>Recommandation 29</u> : Transmettre l'ARS tout élément de preuve.	3 mois			Dont acte. <u>Recommandation maintenue.</u> Ajouter comme point à l'ordre du jour des réunions de la commission de coordination gériatrique, y compris celle prévue en décembre 2024, le bon usage et le circuit du médicament et sa sécurité. Transmettre à l'ARS, l'ordre du jour, le compte-rendu et la fiche d'émargement de la réunion prévue en décembre 2024 témoignant de la participation des référents de la pharmacie.
<u>Remarque 30</u> : Les haricots spécifiques placés sur le chariot de soins de jour, ne sont pas étiquetés matin, midi et soir, il existe un risque d'erreur ou de confusion lors de la distribution des médicaments de jour.	<u>Recommandation 30</u> : Les haricots spécifiques placés sur le chariot de soins de jour, doivent être étiquetés matin, midi et soir, pour éviter un risque d'erreur ou de confusion lors de la distribution des médicaments de jour.	1 mois			Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 31</u> : La liste des médicaments à risque, écrasables et mélangeables n'a pas été remise à la mission.	<u>Recommandation 31</u> : Adresser à l'ARS la liste citée en remarque 31.	1 mois.			Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 32</u> : Les tiroirs, armoires servant à la conservation des médicaments, produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux ne sont pas identifiés par étiquetage précisant leur contenu. L'absence	<u>Recommandation 32</u> : Ces tiroirs, armoires doivent être identifiés par étiquetage précisant leur contenu. L'établissement doit transmettre à l'ARS une attestation d'effectivité.	15 jours.			Dont acte. <u>Recommandation levée.</u> Toutefois, la structure est invitée à améliorer la lisibilité aisée de ces étiquetages en utilisant des étiquettes plus grandes.

d'étiquetage ne permet pas d'identifier rapidement les lieux d'entreposage de ces produits et leur rapidité d'accès en cas de besoin et en urgence.					
<u>Remarque 33</u> : Un stock trop important non nominatif de médicaments, produits pharmaceutiques existe à l'infirmerie. Il n'existe pas de liste de produits et médicaments de 1 ^{ière} nécessité et d'urgence susceptibles d'être conservés de manière non nominative à l'infirmerie.	<u>Recommandation 33</u> : Une liste de médicaments, produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux d'urgence et de première nécessité est à établir. Les dispositifs médicaux en dehors de cette liste sont à retourner aux pharmacies d'officine. Transmettre à l'ARS tout élément de preuve.	3 mois			Dont acte pour les mesures prises. <u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS du modèle de la fiche navette et de la liste des médicaments de 1 ^{ère} nécessité datée, signée, validée par le MEDEC en lien avec le(s) pharmacien(s) référents, diffusée aux IDE et affichée à l'infirmerie et qui est distincte du seul contenu de la trousse d'urgence. <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 34</u> : Il n'existe pas de procédures définissant les modalités et étapes de suivi et maintenance de la trousse d'urgence, de vérification de la péremption des médicaments, produits et dispositifs médicaux, leurs fréquences de réalisation, les personnes chargées de ces suivis, leur rôle, place et responsabilité précisant aussi la conduite à tenir en cas de repérage de produits périmés.	<u>Recommandation 34</u> : Élaborer et adresser à l'ARS les procédures visées en remarque 34.	6 mois			<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS des procédures relatives à la trousse d'urgence et à la vérification et gestion de la péremption des médicaments et dispositifs médicaux. <u>Délai : 6 mois</u>
<u>Remarque 35</u> : Il n'existe pas de procédure datée, validée et signée définissant les modalités d'entretien, de dégivrage, de repérage, de suivi et de gestion des écarts de la température du réfrigérateur, les mesures correctrices et de suivi à mettre en œuvre, le rôle, la place et la	<u>Recommandation 35</u> : Élaborer et adresser à l'ARS la procédure citée en remarque 35.	6 mois			<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente transmission à l'ARS de la procédure. <u>Délai : 6 mois</u>

responsabilité des professionnels concernés de l'EHPAD.					
<u>Remarque 36</u> : La gestion et le suivi de la trousse d'urgence ne sont pas assurés.	<u>Recommandation 36</u> : Les modalités de gestion et de suivi de la trousse d'urgence sont à définir. Transmettre à l'ARS tout justificatif.	3 mois			Dont acte des mesures mises en œuvre. <u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS d'une procédure validée, datée et signée, diffusée aux IDE et placée dans le classeur des procédures de l'infirmierie ainsi que sur « Netsoin » définissant les modalités de suivi de la trousse d'urgence et de son contenu, le rôle et les responsabilités incombant aux IDE <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 37</u> : L'EHPAD ne dispose pas d'un référent qualité et hygiène.	<u>Recommandation 37</u> : Un référent qualité et hygiène est à désigner par la Direction. Ce référent, plutôt cadre de Santé ou cadre administratif, devra, au-delà de l'hygiène et la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et infectieuses, porter, piloter et coordonner, en lien avec les professionnels concernés de l'établissement, la mise en œuvre d'une démarche qualité globale au sein de l'EHPAD.	1 mois			<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS de la fiche de poste revue et signée et de la lettre de désignation signée mentionnant les missions relevant de la cadre de santé en tant que référente qualité et <u>hygiène.</u> <u>Délai : 1 mois</u>
<u>Remarque 38</u> : La convention partenariale avec l'équipe mobile d'hygiène du CHU de Montpellier conclue en 2020 dans le cadre du GHT Est Hérault/Sud Aveyron, périmée depuis novembre 2023 n'est plus en vigueur	<u>Cf. Recommandation 48</u>				Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>

<u>Remarque 39</u> : La formation au bionettoyage des sols, surfaces pour les IDE, AS et ASH n'est pas suffisante.	<u>Recommandation 39</u> : Une formation au bionettoyage des sols, surfaces pour les IDE, AS et ASH est à effectuer en partenariat avec l'équipe d'hygiène hospitalière du CHU de Montpellier en 2024. Transmettre tout élément de preuve aux autorités.	6 mois		<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS du plan formation validé 2025 de l'EHPAD incluant cette formation et du devis signé concernant aussi les AS de l'EHPAD. <u>Délai : 6 mois</u>
<u>Remarque 40</u> : En l'absence de formalisation, le dispositif d'IDE de nuit mutualisé porté par le CHU de Montpellier n'est pas opérationnel.	<u>Cf. Recommandation 48</u>			Dont acte pour la procédure appel et la fiche établissement mutualisé avec « secours infirmier ». <u>Cf. Recommandation 48 maintenue.</u>
<u>Remarque 41</u> : La mission s'interroge sur la pertinence de l'organisation la nuit. Une organisation qui repose essentiellement sur la présence d'une AS la nuit pour 57 résidents.	<u>Recommandation 41</u> : Revoir l'organisation afin de permettre l'effectivité d'un binôme de nuit auprès des résidents. Transmettre aux autorités tout justificatif.	3 mois		Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 42</u> : La présence, sur les plannings réalisés et communiqués par l'EHPAD, de moins de 4 aides-soignantes par jour sur 14 jours/23 en juillet et 10/23 en août dont 2 sur 3 jours en juillet puis en août, de 2 aides-soignantes au lieu de 4 prévues le week-end du 3 au 4 août 2024 et l'absence d'aides-soignantes d'après midi et soir sur 2 jours en juillet puis 2 en août, ne permet pas, au vu de leur charge en soins, de garantir la qualité et la	<u>Recommandation 42</u> : Afin de garantir la qualité et la continuité des soins et prise en charge des résidents, les plannings de présence des aides-soignantes doivent éviter la présence de moins de 4 aides-soignantes dont 1 en journée et au moins 1 l'après-midi et le soir en semaine et de 3 en journée le week-end.	Immédiat		Les constats de la mission sur les plannings juillet/août dans le rapport transmis sont basés sur une analyse des plannings pourtant communiqués par l'EHPAD lors de la visite d'inspection. Le fait que l'EHPAD ait pu communiquer à la mission d'inspection des plannings erronés interroge la mission sur la qualité des plannings de présence produits au sein de la structure. <u>Recommandation levée</u> vu le logiciel de planning et son historique transmis.

continuité de la prise en charge des 57 résidents de la structure.				
<u>Remarque 43</u> : L'organisation des temps de travail des équipes de jour et de nuit et l'absence de chevauchement de ces temps ne permettent pas la réalisation de transmission directe entre ces équipes. De plus, il n'existe pas de procédures formalisées et diffusées portant sur les temps de transmission entre ces équipes au sein de l'EHPAD.	<u>Recommandation 43</u> : Le temps de travail des équipes de jour et de nuit doit être adapté pour intégrer, par la mise en œuvre d'un chevauchement, les temps de transmission directe entre ces équipes.	3 mois		Dont acte pour le décalage de 15 minutes du temps de travail de l'AS soir pour favoriser chevauchement AS jour et nuit. <u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS d'une procédure datée et signée, diffusée aux IDE et AS, définissant les modalités de réalisation des transmissions, leurs rôle et responsabilité dans ce cadre. <u>Délai : 3 mois</u>
<u>Remarque 44</u> : Concernant les activités d'animation : <ul style="list-style-type: none"> Le projet d'animation formalisé dans le projet d'établissement remis est succinct. Il n'existe pas de bilan des activités d'animation annuel. Enfin, les PAP ne sont pas consultés dans le cadre du choix des animations. 	<u>Recommandation 44</u> : Le projet d'animation devra définir les orientations et les objectifs pluriannuels. <i><u>Il sera à intégrer dans le projet d'établissement (en lien avec la Prescription 4).</u></i> La structure est invitée à réaliser le bilan annuel d'animation 2024. Enfin, afin de s'intégrer pleinement dans le projet d'accompagnement de chaque résident, le choix de l'animation proposé doit se faire en concertation avec le PAP. Transmettre tout élément de preuve aux autorités.	1 ^{er} trimestre 2025		<u>Recommandation maintenue.</u> Transmettre le projet d'animation lorsqu'il sera intégré au projet d'établissement et réaliser un bilan annuel des animations. <u>Délai : 1^{er} semestre 2025</u>
<u>Remarque 45</u> : La mission a constaté que du matériel mis à disposition du prestataire de restauration n'est pas en état de fonctionnement.	<u>Recommandation 45</u> : Remplacer le matériel utilisé pour la restauration qui n'est pas opérationnel afin de respecter les clauses du contrat conclu entre l'association gestionnaire de	Immédiat		Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>

	l'établissement et le prestataire de restauration.				
<u>Remarque 46</u> : Il n'existe pas d'enquête de satisfaction à destination des résidents portant sur la qualité de la restauration, la diversité des menus, la présentation des repas et le confort de la salle de restauration.	<u>Recommandation 46</u> : La structure est invitée à adresser annuellement une enquête de satisfaction à destination des résidents concernant la qualité de la restauration. Présenter le bilan de cette enquête au CVS ainsi que les mesures correctives mise en place en réponse à cette enquête. Transmettre la preuve de l'effectivité aux autorités.	1 ^{er} trimestre 2025 pour l'année 2024			<u>Recommandation maintenue.</u> Transmettre la preuve de la réalisation de l'enquête de satisfaction auprès des résidents. <u>Délai : 1^{er} trimestre 2025 pour l'année 2024</u>
<u>Remarque 47</u> : L'établissement ne prévoit pas d'espace dédié de restauration convivial en cas de repas du résident avec la famille.	<u>Recommandation 47</u> : Prévoir un espace convivial de restauration pour les familles qui souhaitent partager le repas avec le résident. <u>En lien avec la Recommandation 14.</u>	6 mois			Dont acte. <u>Recommandation levée.</u>
<u>Remarque 48</u> : La structure ne dispose pas de conventions valides avec une filière gériatrique et le réseau soins palliatifs. <u>En lien avec les Remarques 38 et 40.</u>	<u>Recommandation 48</u> : Rédiger une seule convention partenariale avec le CHU portant sur : <ul style="list-style-type: none"> Hygiène Filière gériatrique et géronto-psychiatrie IDE de nuit mutualisée Soins palliatifs Soins non programmés et urgents Transmettre aux autorités la convention.	5 mois			<u>Recommandation maintenue</u> dans l'attente de la transmission à l'ARS de la convention unique intégrant l'ensemble des partenariats mis en œuvre avec le CHU dans les domaines indiqués. Adresser aux autorités la convention avec « Secours Infirmier » (en lien avec la Remarque 40). <u>Délai : 5 mois</u>