

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

Monsieur le Président
SAS « ROCHEMARE »
Le Village
34610 SAINT-GERVAIS-SUR-MARE

Date : 18 septembre 2024

N° PRIC : [REDACTED]

Courrier RAR n° 1A 212 797 6921 4

Copie de cet envoi à : Madame la Directrice de l'EHPAD « Château de la Roche »

Objet : Inspection de l'EHPAD « Château de la Roche » à Saint-Gervais sur Mare (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 25 et 26 avril 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 26 juillet 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 27 août 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.

En synthèse, 15 des 21 prescriptions et 16 des 22 recommandations sont maintenues.

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 votre attention sur :

- L'absence de projet d'établissement valide,
- Des manquements relatifs au respect des droits des usagers en termes d'intimité d'une part, et de documents réglementaires d'autre part,
- Un défaut de professionnalisation des agents et une fonction animation non identifiée,
- Enfin, la nécessité de finaliser la rédaction d'un circuit du médicament avec un schéma de procédure. C'est une priorité.

.../...

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

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

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

Le Directeur général de l'ARS Occitanie

Le Directeur de la Maison départementale de
l'Autonomie



Didier JAFFRE



Emmanuel ROUAULT

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

Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD « Le Château de la Roche »

Route de Castanet le Bas - 34610 Saint-Gervais-sur-Mare

N° PRIC: MS_2024_34_CS_06

Inspection des 25 et 26 avril 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 (21)	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'inspecté	Justificatifs	Décision des autorités (CD34/ARS)
<u>Écart n° 1 :</u> Le registre des résidents ne répertorie pas l'ensemble des résidents de la structure.	Art.L.331-2 du CASF	<u>Prescription 1 :</u> Compléter, faire coter et parapher le registre actualisé des entrées et sorties par le Maire de la commune. Transmettre à l'ARS et au CD34 la preuve de cette effectivité.	Immédiat			Dont acte. Prescription 1 levée.
<u>Écart n° 2 :</u> Le registre des entrées et sorties des résidents n'est pas paraphé par le Maire de la commune.	Art. R 331-5 du CASF					
<u>Écart n° 3 :</u> En l'absence d'éléments, la mission ne peut s'assurer que le règlement de fonctionnement a été arrêté après consultation des instances représentatives du personnel de la structure et du conseil de la vie sociale, conformément aux attendus règlementaires.	Art. R311-33 du CASF	<u>Prescription 3 :</u> Le règlement de fonctionnement doit être soumis à la consultation des instances représentatives du personnel de la structure et du conseil de la vie sociale, conformément aux attendus règlementaires. Transmettre aux autorités la preuve de cette effectivité.	1 mois			<u>Prescription 3</u> maintenue en l'attente de la preuve de la consultation du CVS. Délai : 1 mois
<u>Écart n° 4 :</u> Il n'existe pas de projet d'établissement valide.	<u>L.311-8 - D311-38 CASF et D 311-38 -3 (et suivants) CASF D 312-160 du CASF</u>	<u>Prescription 4 :</u> Le Projet d'établissement est à réaliser. Il devra intégrer le Plan général de soins à actualiser, le plan bleu et la politique de lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance. Son contenu décrira les points mentionnés au D311-38-3.	Décembre 2024			<u>Prescription 4</u> maintenue dans l'attente de la transmission du projet d'établissement après consultation des instances. Délai : Fin décembre 2024

		Il devra être réalisé en étroite association avec les parties prenantes, salariés et CVS notamment. Après avoir été soumis aux instances, il sera transmis aux autorités diffusé et affiché dans l'établissement (conformément à l'art D311-38-4 du CASF). Les modalités de diffusion et d'appropriation par le personnel sont également à adresser aux autorités.			
<u>Écart n° 5 : Le DUD n'a pas été transmis aux autorités de contrôle.</u>	<u>D312-76-5 CASF</u>	<u>Prescription 5 :</u> Le DUD doit être systématiquement transmis aux autorités de contrôle. Il est rappelé à la structure que le CVS doit également en être destinataire.	A chaque actualisation du DUD		Dont acte. Prescription 5 levée.
<u>Écart n° 6 : Les CR de CVS remis ne sont pas signés par la Présidence du CVS.</u>	Art.D.311-20 du CASF	<u>Prescription 6:</u> La structure doit s'assurer de la signature des CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.	Dès la prochaine séance du CVS		<u>Prescriptions 6 et 7 maintenues</u> dans l'attente de la transmission aux autorités (ARS et CD34) du CR de la prochaine séance du CVS. Pour l'ARS, le CR est à adresser à : ars-oc-dd34-pers-agees@ars.sante.fr
<u>Écart n° 7 : Les comptes rendus des CVS ne sont pas systématiquement transmis aux autorités administratives ayant délivré l'autorisation.</u>	Art.D.311-20 du CASF	<u>Prescription 7 :</u> La structure doit transmettre le relevé de conclusions de chaque séance du CVS, dès adoption par le conseil, aux autorités de contrôle (ARS Occitanie et CD34). Pour le CD34, à adresser à : cd34-cvs-essms@herault.fr	Dès la prochaine séance du CVS		

					Délai : Dès la prochaine séance du CVS
<u>Écart n° 8 :</u> Les résultats de la dernière enquête annuelle de satisfaction des usagers ne sont pas affichés dans l'espace d'accueil de la structure.	Art. D311-15 du CASF	<u>Prescription 8 :</u> Afficher les résultats et transmettre aux autorités la preuve de cette effectivité.	Immédiat		Dont acte. Prescription 8 levée.
<u>Écart n° 9 :</u> La procédure de déclaration des situations de maltraitance ne précise pas une déclaration « sans délai » aux autorités administratives de façon systématique.	Art.L.331-8-1 du CASF	<u>Prescription 9 :</u> La procédure de déclaration doit préciser une déclaration systématique « Sans délai » aux autorités administratives. Adresser aux autorités la procédure actualisée.	Immédiat		Prescription 9 levée
<u>Écart n° 10 :</u> Il n'existe pas de plan global détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique (plan bleu). <i>(En lien avec l'écart 4)</i>	Art. D312-160 du CASF et à l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3 A/2022/258 du 28 novembre 2022	<u>Prescription 10 :</u> Le gestionnaire doit élaborer un plan bleu global qui corresponde à l'attendu du guide DGS/DGCS de décembre 2022. Ce document est à adresser de façon systématique aux autorités à chaque actualisation. <i>En lien avec la prescription 4</i>	Décembre 2024		<u>Prescription 10 maintenue</u> dans l'attente de la transmission du Plan Bleu. Délai : Fin décembre 2024

<p><u>Écart n° 11</u> : Des agents sont identifiés faisant fonction. Le statut de faisant fonction d'aide-soignant n'est pas reconnu réglementairement. Le recours aux faisant fonctions d'AS contrevient à la réglementation.</p>	Art. L 4394-1 du CSP	<p><u>Prescription 11</u>: Poursuivre la professionnalisation des agents et transmettre aux autorités tout justificatif d'inscription en VAE ou à l'IFAS.</p>	Fin 2024		<p><u>Prescription 11</u> maintenue dans l'attente de la transmission de tout justificatif d'inscription en VAE ou à l'IFAS. Délai : Fin décembre 2024</p>
<p><u>Écart n° 12</u> : La quotité réelle du temps de travail du médecin coordinateur (0.3 ETP) est inférieure à la quotité réglementaire pour la capacité autorisée de 55 places d'hébergement complet (0.4 ETP).</p>	Art. D.312-156 du CASF	<p><u>Prescription 12</u> : Le temps de travail du MEDEC devra être porté à 0.4 ETP. A défaut, la structure devra trouver une solution auprès d'un autre médecin. Transmettre à l'ARS le justificatif.</p>	6 mois		<p>Dont acte. Prescription 12 levée</p>
<p><u>Écart n° 13</u> : La mission n'a pas constaté la présence du bulletin n°3 du casier judiciaire ou la preuve de la vérification de cet extrait avant signature du contrat d'embauche ni après l'embauche de manière régulière.</p>	Art. L133-6 du CASF	<p><u>Prescription 13</u> : Le gestionnaire doit demander de façon systématique lors du recrutement du personnel le bulletin n° 3 extrait du casier judiciaire de manière à s'assurer du droit de ces derniers d'exercer dans la structure. Le contrôle des antécédents doit par ailleurs être réalisé après l'embauche de manière régulière. La direction n'est pas exclue de ce contrôle.</p>	Immédiat		<p><u>Prescription 13</u> maintenue en l'attente de preuve de réalisation (exemple liste nominative de l'ensemble du personnel rémunéré au 1^{er} aout 2024 avec date de lecture du B3 par la direction et signature de celle-ci) Immédiat</p>

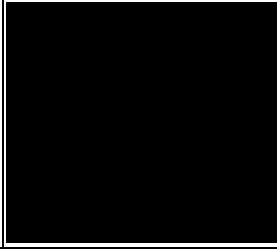
<p><u>Écart n° 14 :</u> Lors de la visite des locaux, la mission a relevé les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart des chambres doubles ne permettent pas de garantir l'intimité des résidents au niveau des aménagements, des équipements (les sanitaires lorsqu'ils existent ne disposent pas systématiquement de porte) et <u>des pratiques professionnelles</u> ; - Des dégradations ont été constatées dans les zones de vie et notamment celles destinées à être maintenues. 	<p>Art. L311-3-1, L312-1-II du CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Art.2 et 7)</p>	<p>Prescription 14 : La gouvernance doit garantir le respect de l'intimité des résidents bonnes pratiques professionnelles, équipements) et une qualité de l'ensemble des zones de vie. Transmettre aux autorités la preuve de cette effectivité.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>En l'absence de photos et de preuve de rappel et d'appropriation du personnel des bonnes pratiques professionnelles, <u>la prescription 14 est maintenue.</u> Immédiat.</p>
---	--	--	------------------------	--	--

<p><u>Écart n° 15 :</u> En l'absence de lisibilité, la mission ne peut s'assurer que les contrats de séjour sont systématiquement signés par la personne accueillie ou son représentant légal.</p>	<p>l'article D.311 du CASF</p>	<p><u>Prescription 15 :</u> La structure doit garantir que les contrats de séjour sont systématiquement signés par la personne accueillie ou son représentant légal. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Les documents transmis ne permettent pas de garantir la signature du contrat de séjour par le résident ou son représentant légal. <u>La prescription 15 est maintenue.</u> En l'attente de tout élément de preuve garantissant la signature des contrats de séjour par la personne accueillie ou son représentant légal. Ce dernier est désigné EXCLUSIVEMENT par la voie judiciaire. Immédiat.</p>
<p><u>Écart n° 16 :</u> 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.</p>	<p>Art.D.311 du CASF</p>	<p><u>Prescription 16 :</u> La gouvernance doit garantir pour tout résident en hébergement permanent l'élaboration de l'avenant au contrat de séjour 6 mois après l'admission et la révision annuelle du contrat. Transmettre aux autorités le modèle d'avenant et la preuve de son effectivité.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>La réalisation de l'avenant du contrat de séjour dans un délai de 6 mois est une obligation réglementaire. Pour rappel, le projet personnalisé et le contrat de séjour sont deux modalités différentes d'engagements. Ces</p>

					deux modalités sont complémentaires. Le lien est assuré par l'établissement de l'avenant au contrat de séjour qui doit préciser, dans un délai maximum de 6 mois après l'admission, les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Ce dernier tout comme le projet personnalisé est à réactualiser annuellement. <u>La prescription 16 est maintenue.</u> Immédiat
<u>Écart n° 17 :</u> La recherche du recueil du consentement à l'admission n'a pas été retrouvé dans les dossiers.	Art. L.311-3 du CASF Charte des droits et libertés de la personne accueillie (art.4)	<u>Prescription 17 :</u> La structure doit garantir la recherche du recueil du consentement du résident. Transmettre aux autorités les modalités de recherche et tout justificatif.	Immédiat		Les documents transmis ne permettent pas d'apprécier les modalités de recueil du consentement auprès de chaque usager ni de garantir la recherche du consentement. <u>La prescription 17 est maintenue.</u> Immédiat.

<p><u>Écart n° 18 :</u> Les ordonnances judiciaires de majeur protégé n'ont pas été retrouvées systématiquement dans les dossiers des résidents concernés. La mission pense utile d'ajouter que près de 70% des résidents sont sous tutelle.</p>	<p><u>Art. L311-4 CASF,</u> <u>Charte des droits et libertés de la personne accueillie</u> <u>art.4</u></p>	<p><u>Prescription 18 :</u> La structure doit veiller à ce que chaque résident qui le justifie dispose d'une ordonnance judiciaire de majeur protégé.</p> <p>Transmettre aux autorités la preuve de cette effectivité.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><u>Prescription 18</u> maintenue dans l'attente de l'attestation d'effectivité signée de la direction. Immédiat</p>
<p><u>Écart n° 19 :</u> L'état des lieux d'entrée et de sortie n'a pas été retrouvé de façon systématique dans les dossiers des résidents.</p>	<p>Art.L311-7-1 du CASF</p>	<p><u>Prescription 19 :</u> Le gestionnaire doit réaliser un état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie du résident. Transmettre aux autorités tout justificatif.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>En l'absence de justificatif, la <u>prescription 19</u> est maintenue.</p> <p>De plus, en articulation avec l'amélioration de la transparence financière dans la gestion des ESMS (Cf. <u>décret n°2022-734</u> du 28 avril 2022), la structure est invitée à préciser, dans le règlement de fonctionnement, les modalités selon lesquelles elle</p>

					conserve les objets personnels en cas d'impossibilité de réaliser l'état des lieux de sortie. Immédiat.
<u>Écart n° 20 : En l'absence de convention à jour, la mission ne peut s'assurer de la conformité de la gestion des déchets à risque infectieux par la structure.</u>	Art. R1335-1 à 8 du CSP	<u>Prescription 20 :</u> La structure doit garantir la conformité de la gestion des déchets à risque infectieux par la structure. Transmettre à la mission tout élément de preuve (dont la convention).	Immédiat		Dont acte pour la transmission de la convention et de l'avenant. <u>Prescription 20</u> maintenue dans l'attente de la transmission de l'annexe à la convention de collecte et de traitement des DASRI (annexe 3 de l'avenant). Immédiat.
<u>Écart n° 21 : En l'absence de convention avec un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences, l'établissement contrevient aux dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le</u>	Art. D312-158 10° du CASF et l'arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique	<u>Prescription 21 :</u> Elaborer une convention avec un établissement de santé définissant les conditions et les modalités de transfert et de prise en charge des résidents dans un service d'accueil des urgences. L'adresser aux autorités.	Immédiat		<u>Prescription 21</u> maintenue en l'attente de transmission de la convention avec un établissement de santé pour le service d'accueil des urgences. Immédiat

cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. <u>En lien avec l'écart 10</u>						
--	--	--	--	--	--	--

Remarques (21)	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 (CD34/ARS)
<p><u>Remarque n° 1 :</u> Le pourcentage de résidents atteints de syndrome démentiels avec troubles du comportement et celui de résidents présentant des pathologies psychiatriques sont particulièrement élevés, compte-tenu de l'âge moyen des résidents.</p> <p>Aussi, le nombre de résidents accompagnés le jour de l'inspection de 47 résidents est inférieure à celle autorisée de 55 résidents.</p>	<p><u>Recommandation 1 :</u> Compte-tenu du profil des résidents, la mise en place d'un PASA serait pertinente pour améliorer la qualité de leur prise en charge.</p> <p>Au regard des travaux en cours et du public accueilli, la structure doit établir une réflexion autour du profil du public à accueillir et de son implantation dans le territoire pour répondre aux besoins en complémentarité des EHPAD du territoire (notamment l'EHPAD les Treilles – 95 places situé sur la même commune).</p> <p>À articuler avec la démarche CPOM dont le renouvellement est prévu en 2024.</p>	6 mois	<p>Une demande de PASA (lettre d'intention) a été transmise à l'ARS Hérault en Juillet 2023, nous attendons la validation de l'ARS 34 pour pouvoir solliciter la CNSA et effectuer les travaux nécessaires avant ouverture.</p> <p>Nous avons déjà formé 2 ASG.</p>		<u>Recommandation 1 maintenue :</u> La structure doit établir une réflexion autour du profil du public à accueillir et de son implantation dans le territoire pour répondre aux besoins en complémentarité des EHPAD du territoire (notamment l'EHPAD les Treilles – 95 places situé sur la même commune). A articuler avec la démarche CPOM. Délai : 6 mois
<p><u>Remarque n° 2 :</u> La structure ne dispose pas de pôle d'activités et de soins.</p> <p><u>Remarque n° 3 :</u> L'organigramme ne distingue pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p>	<p><u>Recommandation 3 :</u> La structure est invitée à transmettre aux autorités un organigramme mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel de l'EHPAD.</p> <p>Il est rappelé à la structure que le médecin-co et le psychologue doivent être rattachés au directeur, leurs codes de déontologie ne leur permettant pas d'aliéner leur pratique au profit d'un autre professionnel de l'établissement.</p>	Immédiat			<u>Recommandation 3 maintenue en l'attente de l'organigramme actualisé.</u> Immédiat

<p><u>Remarque n° 4 :</u> Il n'existe pas de procédure formalisée de continuité de direction.</p>	<p>Recommandation 4 : Formaliser l'organisation de la continuité de direction et procéder à la diffusion auprès du personnel. Adresser les documents aux autorités.</p>	<p>Immédiat</p>			<p><u>Recommandation 4 maintenue</u> en l'attente de la procédure de continuité de la direction. Immédiat.</p>
<p><u>Remarque n° 5 :</u> Il n'existe pas au sein de la structure de démarche qualité globale répondant au référentiel de l'HAS. Elle est au stade embryonnaire. De plus, la structure n'a pas désigné de référent qualité.</p>	<p>Recommandation 5 : Le gestionnaire est invité à poursuivre le déploiement d'une démarche qualité globale répondant au référentiel de l'HAS et à désigner un référent qualité au sein de la structure. Transmettre aux autorités tout document.</p>	<p>6 mois</p>	<p>La directrice est désignée « référente qualité » en charge du pilotage de la démarche Qualité et des évaluations. Une démarche de management de la qualité est mise en place depuis plusieurs années. Un comité de pilotage se réunit régulièrement. Une politique qualité a été rédigée ainsi qu'une cartographie des processus. Des pilotes et co-pilotes de processus ont été désignés. Un CREX a été mis en place. La cartographie des risques de Maltraitance a été élaborée en équipe. Une autoévaluation a été effectuée avec la mise en place et le suivi d'un plan d'action (PAQ) et des indicateurs.</p>	<p>Fiche référent qualité</p>	<p>En l'absence de transmission de document, la <u>recommandation 5 est maintenue.</u> Délai : 6 mois</p>

			<p>Plusieurs sensibilisations à la démarche qualité ont été effectuées auprès des équipes et l'encadrement a suivi plusieurs formations (notamment avec la SRA). La dynamique de la démarche d'amélioration de la qualité est bien présente au sein de l'établissement même s'il manque encore certains supports, procédures, etc. L'établissement ne dispose pas d'un temps spécifique de responsable qualité.</p>		
<p><u>Remarque n° 6 : En l'absence de fiche de réclamation ou doléance complétée depuis 2022, la mission ne peut s'assurer que le dispositif de recueil et d'analyse des réclamations et des doléances des usagers est opérationnel.</u></p>	<p><u>Recommandation 6 : Garantir l'opérationnalité du dispositif de recueil, d'analyse et de traitement des réclamations et des plaintes des usagers.</u> Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p>	Immédiat	<p>Les fiches de réclamation et de suggestion ont été mises en place en octobre 2022 (envoyer par mail aux familles, représentants, CVS et mis à disposition dans le hall d'entrée). Depuis il y a eu 3 fiches transmises (2 par une famille (1 réclamation/1 suggestion) et 1 par une</p>	R2023/1 du 5 mai 2023 S2023/1 du 13/08/2023 R2024/1	<p>En l'absence de transmission de document, <u>la recommandation 6 est maintenue.</u> Immédiat.</p>

			résidente (1réclamation). L'intégralité des fiches est consignée dans le registre des réclamations et satisfactions.		
<u>Remarque n° 7:</u> La procédure de déclaration ne couvre pas la liste des 11 dysfonctionnements de l'arrêté du 28 décembre 2016. Aussi, les adresses d'alerte des autorités ne sont pas indiquées. Les coordonnées téléphoniques de l'ARS ne sont pas renseignées.	<p>Recommandation 7 : Indiquer dans la procédure de déclaration des EIG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La liste des 11 dysfonctionnements de l'arrêté du 28 décembre 2016 - Les adresses mails des autorités : Pour le CD34 : cd34-eig-essms@herault.fr Pour l'ARS : ars-oc-alerte@ars.sante.fr - Ainsi que le n° de téléphone ouvert H24 à l'ARS : 0800 301 301 <p>La transmettre aux autorités.</p>	Immédiat	La procédure de gestion des évènements indésirables a été complétée par la liste des 11 dysfonctionnements de l'arrêté du 28 décembre 2016 et les contacts des autorités.	Copie procédure modifiée et Annexe « la liste des 11 catégories d'évènements indésirables graves à déclaration obligatoire ».	A défaut de transmission de l'annexe I « Fiche de signalement d'un évènement indésirable », la recommandation 7 est maintenue. Immédiat.
<u>Remarque n° 8 :</u> La procédure de gestion globale des risques a postériori (événements indésirables), créée en février 2020, n'a pas été validée en interne. Elle n'est pas signée.	Recommandation 8 : La structure est invitée à adresser aux autorités la procédure de gestion globale des risques validée en interne et signée par la directrice.	Immédiat	La procédure de gestion des risques a posteriori, créée en février 2020, a été modifiée. La dernière version date du 5 aout 2024 pour intégrer la remarque « écart 9 » et la remarque n°7. La procédure est signée.	Copie de la version 3 de la procédure de gestion des risques a posteriori	Dont acte. Recommandation 8 levée.
<u>Remarque n° 9 :</u> Il n'existe pas de support type d'évaluation intégrant des objectifs posés dans le cadre du projet d'établissement. Les entretiens d'évaluation	Recommandation 9 : Les CR d'entretiens doivent intégrer des objectifs avec indicateur mesurable relatif à chaque salarié. La structure doit garantir que chaque salarié dispose d'un entretien d'évaluation à minima tous les 2 ans.	2 mois			Recommandation 9 maintenue. Délai : 2 mois

annuelle ne sont pas systématiquement menés ni signés par l'évaluateur et l'évalué. La mission n'a pu constater la réalisation d'un entretien d'évaluation à minima tous les deux ans pour chaque agent.	Adresser la preuve de cette effectivité et la trame d'entretien actualisée.				
<u>Remarque n° 10 :</u> Chaque personnel ne dispose pas d'une fiche de poste. Elles sont synthétiques ce qui ne permet pas à la mission d'avoir une lisibilité des missions ou tâches des professionnels. Les fiches de poste ou de tâches ne sont pas signées et ne sont pas systématiquement actualisées.	<u>Recommandation 10 :</u> À l'occasion du prochain entretien d'évaluation l'établissement doit avoir mis à jour chaque fiche de poste et ou de tâches à faire signer au salarié et au gestionnaire. Transmettre aux autorités la preuve de cette effectivité.	Décembre 2024			<u>Recommandation 10</u> maintenue. Délai : Décembre 2024
<u>Remarque n° 11:</u> La mission note des carences en terme de gestion et de suivi du plan de formation, ce qui ne permet pas de l'exploiter et de l'inclure dans une démarche globale de qualité et de le diffuser au CSE. <u>En lien avec la Remarque n° 5</u>	<u>En lien avec la recommandation 5</u>	6 mois			
<u>Remarque n° 12 :</u> Il n'a pas été porté à connaissance de la mission l'existence d'un dispositif de soutien aux pratiques professionnelles. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	Recommandation 12: Formaliser et déployer un dispositif de soutien aux pratiques professionnelles. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.	6 mois			<u>Recommandation 12</u> maintenue. Délai : 6 mois

<p><u>Remarque n° 13 : La gestion des risques n'est pas systématiquement formalisée en plans d'actions. A ce titre, le suivi des mesures correctives n'est pas systématiquement élaboré.</u></p>	<p><u>Recommandation 13 :</u> Les fiches du DUERP doivent être complétées des renseignements nécessaires au suivi et à la mise en œuvre pratique de toutes les actions de prévention.</p>	<p>6 mois</p>			<p><u>Recommandation 13 maintenue.</u> Délai : 6 mois</p>
<p><u>Remarque n° 14 : La mission ne peut s'assurer que l'ensemble du personnel a bien été formé à la nouvelle centrale incendie ou a suivi une formation incendie datant de moins d'un an. Par ailleurs, une commission de sécurité a eu lieu en 2024.</u></p>	<p><u>Recommandation 14:</u> L'établissement classé J4 doit -conformément à la prescription de la commission de sécurité incendie -organiser au moins une formation incendie une fois par semestre, et s'assurer que tous les personnels sont en capacité de réagir correctement en cas d'incendie et ont dans ce but, suivi une formation dans l'année. Les consignes et prescriptions de la commission de sécurité doivent être menées, comme le report au registre incendie de l'intégralité des informations (liste des extincteurs, actions de sensibilisation, formations et exercices incendie avec les effectifs concernés). Transmettre aux autorités la preuve d'effectivité et le dernier PV de la commission (2024).</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Pv de la commission 2024</p>	<p>Dont acte pour la réception du procès-verbal de la commission de sécurité 2024. <u>Recommandation 14 maintenue relative à l'obligation de répondre aux exigences et prescriptions indiquées sur le PV.</u> Immédiat.</p>
<p><u>Remarque n° 15 : Les affichages relatifs aux tarifs et prestations sont incomplets.</u></p>	<p><u>Recommandation 15 :</u> Compléter l'affichage et adresser la preuve aux autorités.</p>	<p>Immédiat</p>	<p>Sont également présent sur l'affichage dans le hall d'entrée : les tarifs des prestataires (coiffeurs, esthéticienne). Les tarifs de l'établissement sont affichés. Pouvez-vous svp nous indiquer plus précisément les</p>	<p>photo</p>	<p>Pour rappel, les affichages manquants et recommandés sont la liste des prestations optionnelles payantes et le planning des animations proposées pour la semaine.</p>

			éventuels affichages manquants ?		En l'absence de preuve d'affichage (photo), <u>la recommandation 15 est maintenue.</u> Immédiat.
<u>Remarque n° 16 :</u> D'après le rapport de l'Omedit de février 2023, un quatrième médecin intervient auprès de quelques résidents. La mission n'a pas eu d'éléments concernant ce médecin.	<u>Recommandation 16 :</u> Adresser aux autorités tout justificatif. La mission pense utile d'ajouter que la convention avec ce médecin traitant est à produire sous réserve qu'il soit toujours médecin traitant de certains résidents. avec la structure.	Immédiat	Le 4eme médecin n'exerce plus au sein de l'établissement depuis le début d'année 2024.		Dont acte. La recommandation 16 est levée.
<u>Remarque n° 17 :</u> Les procédures à jour concernant les bonnes pratiques sont peu nombreuses. Il manque notamment deux procédures essentielles : - La prévention et la prise en charge des chutes - La prise en charge des troubles du comportement perturbateur.	<u>Recommandation 17 :</u> Elaborer et adresser aux autorités, les procédures citées en Remarque n° 17.	3 mois	Une procédure de prise en charge des chutes a été rédigée le 16 08 2024.	Copie de la procédure de prise en charge des chutes	En l'absence de transmission des procédures citées en remarque 17, <u>la recommandation 17 est maintenue.</u> Délai : 3 mois.
<u>Remarque n° 18 :</u> La rédaction d'un circuit du médicament avec un schéma de procédure est en cours.	<u>Recommandation 18 :</u> Finaliser et adresser à l'ARS la rédaction d'un circuit du médicament avec un schéma de procédure. <u>C'est une priorité.</u>	Immédiat			<u>Recommandation 18 maintenue dans l'attente de la transmission à l'ARS de la rédaction d'un circuit du médicament avec un schéma de procédure. Il est rappelé à la structure</u>

					qu'il s'agit d'une priorité. Immédiat.
<u>Remarque n° 19 : Le sac d'urgence n'est pas scellé.</u>	<u>Recommandation 19 :</u> Sceller le sac d'urgence et adresser la preuve à l'ARS.	Immédiat	Le sac d'urgence a été vérifié et scellé	Photo du sac scellé	Dont acte. La recommandation 19 est levée.
<u>Remarque n° 20 : Le projet d'animation, tel que décrit au projet d'établissement, est obsolète (<i>en lien avec écart 5</i>). Aussi, l'établissement ne dispose pas d'un temps d'animateur identifié chargé de l'élaboration, du suivi, de la mise en place des animations et du projet d'animation.</u>	<u>Recommandation 20 :</u> Le projet d'animation est à actualiser – <i>en lien avec la prescription 4</i> . L'établissement doit renforcer le temps, les compétences et moyens consacrés à l'élaboration, au suivi et à la mise en place des animations et du projet d'animation, pour le renforcer. Il doit être pensé et articulé en pluridisciplinarité avec les différents professionnels et le suivi des projets d'accompagnement individualisés, pour tenir compte du profil des usagers. Transmettre aux autorités tout justificatif.	Décembre 2024			<u>Recommandation 20 maintenue</u> Délai : fin décembre 2024.
<u>Remarque n° 21 : Il ressort du CVS du 4 octobre 2023 qu'une plus grande variété et meilleure qualité (des matières premières) serait appréciée par les résidents.</u>	<u>Recommandation 21 :</u> La structure est invitée à réfléchir pour renforcer la variété et la qualité des repas.		Lors du CVS du 4 octobre 2023, les résidents ont pointé des répétitions dans les menus sur la période estivale (sur la période de vacances des cuisiniers titulaires). Aucune critique n'a été formulée concernant une « meilleure qualité des repas » (matières premières).		Dont acte pour la qualité des repas. <u>Recommandation 21 maintenue</u> pour ce qui relève de la variété des repas.