

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

Monsieur le Président du Groupe DOMIDEP
18 rue du Creuzat
38080 L'ISLE D'ABEAU

Date : 12 septembre 2024

N° PRIC : MS_2024_34_CS_03

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à : Madame la Directrice Régionale du Groupe DOMIDEP
Madame la Directrice de l'EHPAD « Le Clos des Oliviers »

Objet : Inspection de l'EHPAD « Le Clos des Oliviers » à Plaissan (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 au sein de l'EHPAD « Le Clos des Oliviers » sis Chemin du Puech Bourdel à Plaissan (34230), en date des 09 et 10 avril 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 03 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 29 juillet 2024.

Nous prenons note que le médecin coordonnateur (MEDEC) ne fait plus partie de vos effectifs, de l'appui du MEDEC du groupe DOMIDEP et enfin, de la démarche engagée afin de recruter un MEDEC à hauteur de 0.4 ETP, conformément aux dispositions des articles D 312-155-0, D312-156 à D312-159-1 du CASF.

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, 18 des 35 prescriptions et 37 des 52 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 la continuité de la gouvernance, la quasi absence d'activité de l'accueil de jour, Les carences dans le circuit du médicament et enfin, le nécessaire recrutement du MEDEC et la professionnalisation des agents.

.../...

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 département 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 « 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.

Le Directeur général de l'ARS Occitanie

A black ink signature consisting of a large, stylized 'D' followed by a horizontal stroke.

Didier JAFFRE

Pour Le Président et par délégation
Le Directeur de la Maison départementale de
l'autonomie

A blue ink signature consisting of a large, stylized 'E' followed by a horizontal stroke.

Emmanuel ROUAULT

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

Tableau de synthèse des mesures correctrices envisagées

Inspection de l'EHPAD « Le Clos des Oliviers »

Chemin du Puech Bourdel - 34230 PLAISSAN

9 et 10 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 (35) | 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) | |
|---|-----------------------------|--|---|------------------------|---------------|-----------------------------------|---|
| Écart 1 : Les pages du registre des entrées et sorties ne sont pas paraphées par le maire de la commune d'implantation de l'EHPAD. | R 331-5 du CASF | Prescription 1 : Faire parapher le registre des entrées et des sorties par le maire. Adresser aux autorités la preuve. | Immédiat | | | Dont acte. Prescription 1 levée. | |
| Écart 2 : Les modalités de mise en œuvre de l'accueil de jour ne sont pas conformes aux exigences réglementaires. La quasi absence récurrente d'activité de l'accueil de jour pose la question de son maintien. | D312-8 du CASF | Prescription 2 : L'établissement doit mettre en œuvre les modalités de fonctionnement de son autorisation d'accueil de jour. | 1 mois | | | | L'établissement a aménagé l'espace dédié à l'accueil de jour et s'est mis en lien avec différents organismes dans le cadre de conventionnement pour relancer l'activité de ce service. L'établissement devra atteindre à minima la cible de 50 % d'activité réalisée en 2024. Dans le cas contraire, une réflexion sera menée avec les autorités de contrôle sur le maintien de cette activité. <u>La prescription 2 est maintenue.</u> <u>Délai: Décembre 2024</u> |
| | | Le cas échéant, il devra mener une réflexion sur la transformation de ces places, dans le cadre de la démarche CPOM 2024 ; la quasi absence récurrente d'activité de l'accueil de jour posant la question de son maintien. | 2024 | | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------------|---|-----------------|--|--|
| | | | | | |
| <u>Écart 3</u> : La référence aux personnes qualifiées et leurs identifications ne figurent pas dans le projet d'établissement. | L 311-8 du CASF | <u>Prescription 3</u> : Le gestionnaire doit transmettre à l'ARS un projet d'établissement actualisé intégrant la référence aux personnes qualifiées. | 3 mois | | <u>Prescription 3 maintenue dans l'attente de l'envoi aux autorités du projet d'établissement actualisé.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Écart 4</u> : Le plan bleu n'est pas intégré dans le projet d'établissement | L.311-8 et D.312-160 du CASF | <u>Prescription 4</u> : Intégrer le plan bleu dans le projet d'établissement. | 3 mois | | <u>Prescription 4 maintenue dans l'attente de l'envoi aux autorités du projet d'établissement actualisé.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Écart 5</u> : Les autorités de contrôle (ARS et CD34) n'ont pas été destinataires du document unique de délégation. | D312-176-5 du CASF | <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. Transmettre l'attestation de remise aux autorités et au CVS. | Immédiat | | Dont acte. <u>Prescription 5 levée.</u> |

| | | | | | |
|--|-----------------|--|--|--|--|
| Écart 6 : La composition du CVS n'est pas conforme. | D311-5-I CASF | <u>Prescription 6 :</u> La structure doit garantir une composition du CVS conforme. Transmettre aux autorités tout justificatif. | À compter de la prochaine séance du CVS | | Dont acte. <u>Prescription 6 levée.</u> |
| Écart 7 : Le relevé de conclusions de chaque séance du CVS n'est pas, dès adoption par le conseil, transmis aux autorités de contrôle (ARS Occitanie et CD34). | D311-20 du CASF | <u>Prescription 7 :</u> La gouvernance doit transmettre, dès adoption par le CVS, le relevé de conclusions de chaque séance du Conseil, aux autorités de contrôle. | À compter de la prochaine séance du CVS. | | <u>Prescription 7 maintenue.</u> L'adresse du CD est à rectifier. Pour le CD, les CR du CVS doivent être transmis à l'adresse suivante : cd34-cvs-essms@herault.fr Délai: Prochaine séance du CVS |
| Écart 8 : Le CVS ne fait pas l'objet d'un règlement intérieur approuvé. | D311-19 CASF | <u>Prescription 8 :</u> Le CVS doit faire l'objet d'un règlement intérieur approuvé. Transmettre aux autorités le règlement. | À l'issue de la prochaine séance du CVS | | Dont acte. <u>Prescription 8 levée</u> |
| Écart 9 : Compte de l'absence de candidatures, le comité social d'établissement (CSE) n'est pas constitué. | R315-27 du CASF | <u>Prescription 9 :</u> Poursuivre la démarche active de sensibilisation du CSE auprès du personnel afin de recueillir des candidatures et constituer le CSE. Transmettre le plan d'actions aux autorités. | Immédiat | | Il est pris acte de la démarche engagée <u>Prescription 8 maintenue</u> dans l'attente de l'envoi aux autorités de la composition du CSE. Immédiat. |
| | | Transmettre aux autorités la composition du CSE. | 3 mois | | |

| | | | | | |
|--|----------------------|---|----------|--|--|
| <p><u>Écart 10</u> : La procédure de déclaration, ne précise pas une déclaration « Sans délai » aux autorités administratives. Elle n'indique pas correctement l'adresse d'alerte de l'ARS : ars-oc-alerte@ars.sante.fr ainsi que le n° de téléphone ouvert H24 à l'ARS : 0800 301 301</p> | L331-8-1 CASF | <p><u>Prescription 10</u> : Actualiser la procédure de déclaration en y intégrant la notion « sans délai » et les coordonnées de l'ARS. La transmettre aux autorités.</p> | Immédiat | | Dont acte. Prescription 10 levée. |
| <p><u>Écart 11</u> : Le référent pour l'activité physique et sportive n'a pas été désigné parmi le personnel de la structure.</p> | D311-40 du CASF | <p><u>Prescription 11</u> : La directrice doit désigner parmi son personnel, le référent pour l'activité physique et sportive. Transmettre aux autorités le justificatif.</p> | Immédiat | | Dont acte. Prescription 11 levée. |
| <p><u>Écart 12</u> : 5 salariés 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 12</u> : Le gestionnaire doit s'assurer de l'effectivité de la professionnalisation des 5 salariés. Transmettre aux autorités tout justificatif.</p> | 6 mois | | <p><u>Prescription 12 maintenue.</u> <u>Délai : 6 mois</u></p> |

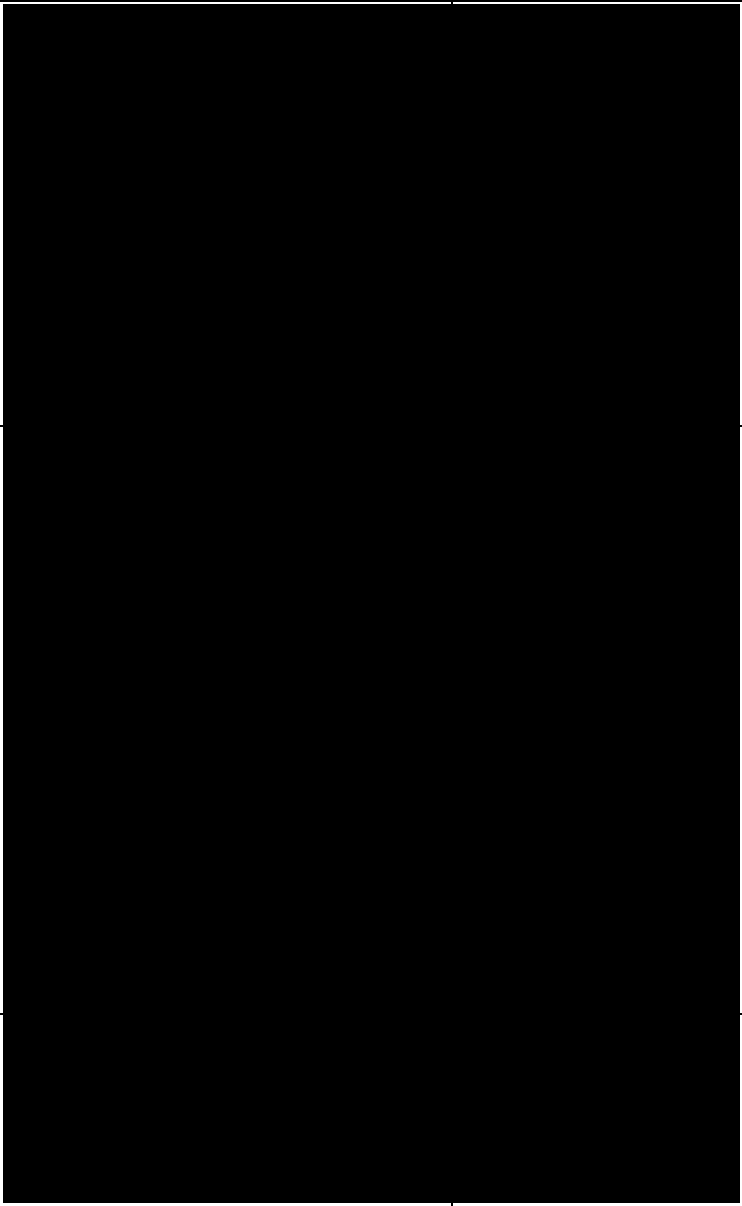
| | | | | | |
|---|-----------------------|--|---------------|--|--|
| | | | | | |
| <p><u>Écart 13</u> : Le médecin coordonnateur n'est pas titulaire d'un diplôme de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur</p> | D312-157 du CASF | <p><u>Prescription 13</u> : Le médecin coordonnateur doit s'engager dans une démarche de formation continue de médecin coordonnateur d'EHPAD. Transmettre à l'ARS, dans un premier temps, l'inscription du médecin à la formation continue puis le diplôme au terme de la formation.</p> | 1 an | | <p><u>Nous prenons acte du départ du MEDCO de l'EHPAD et du soutien du MEDCO de Domidep.</u> <u>Prescription 13 maintenue.</u> Le MEDCO qui sera recruté devra disposer des qualifications réglementaires. <u>Délai: 1 an</u></p> |
| <p><u>Écart 14</u> : La quotité réelle du temps de travail du médecin coordinateur (0.2 ETP) est inférieure à la quotité réglementaire (0.4 ETP) pour la capacité autorisée de 36 places d'hébergement complet.</p> | Art. D312-156 du CASF | <p><u>Prescription 14</u> : Le temps de travail du MEDEC devra être porté à 0.4 ETP. A défaut, la structure devra recruter un 2nd médecin coordonnateur à 0,2 ETP dont les missions sont axées sur la qualité de prise en charge médicale des résidents. Transmettre une copie du contrat de travail du ou des MEDEC.</p> | 6 mois | | <p><u>Prescription 14 maintenue.</u><u>Délai: 6 mois</u></p> |

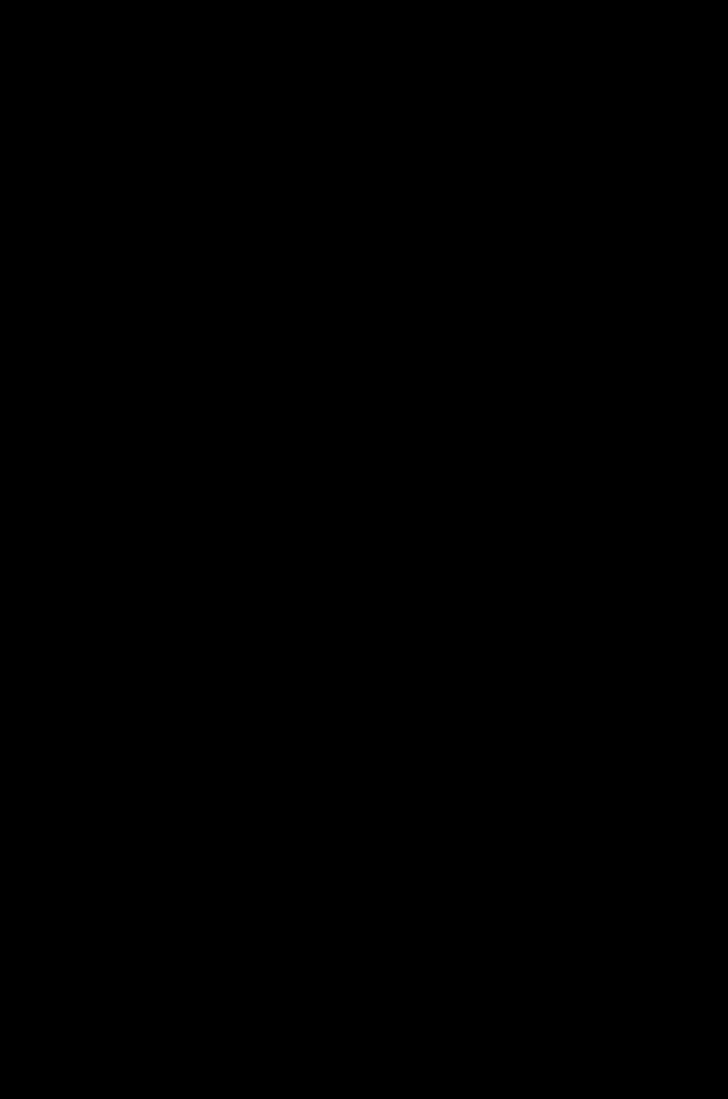
| | | | | | |
|--|---|--|------------------------|--|---|
| <p><u>Écart 15</u> : La mission n'a pas constaté la présence du bulletin n°3 du casier judiciaire ou la preuve de la vérification de cet extrait avant signature du contrat d'embauche ni après l'embauche.</p> | <p>L133-6 du CASF</p> | <p><u>Prescription 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.</p> <p>Il est rappelé à la structure que le contrôle des antécédents doit, par ailleurs, être réalisé après l'embauche de manière régulière.</p> | <p>Immédiat</p> | | <p>Dont acte. <u>Prescription 15 maintenue en l'attente de l'attestation de vérification par la gouvernance.</u></p> <p>Immédiat.</p> |
| <p><u>Écart 16</u> : Lors de la visite des locaux, la mission a constaté des dysfonctionnements susceptibles de compromettre la sécurisation des résidents et des professionnels : défaut d'espace de rangement entraînant un stockage dans les couloirs ou à l'extérieur, notamment pour la lingerie. Enfin, un état de délabrement du cabanon - situé à l'extérieur de l'établissement comprenant le matériel des ASH et du personnel d'entretien avec infiltration d'eau de pluie et trou béant ; des vestiaires inadaptés avec mobilier vétuste et douche non fonctionnelle.</p> | <p>L 311-3-1 du CASF – L312-1-II et charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p> | <p><u>Prescription 16</u> : La gouvernance doit garantir la sécurisation des résidents et des professionnels. Transmettre aux autorités la preuve :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'un rangement optimisé réduisant le risque de chute des résidents et permettant d'assurer l'hygiène du linge notamment ; • De la sécurisation du cabanon ; • De la remise en état des vestiaires. | <p>Immédiat</p> | | <p><u>Prescription 16 maintenue en l'attente de la finalisation des travaux de sécurisation des résidents et des professionnels.</u></p> <p>Immédiat.</p> |

| | | | | | |
|---|------------------|--|---------------|--|---|
| | | | | | |
| Écart 17 : L'établissement ne s'est pas organisé pour pallier une éventuelle défaillance d'énergie. | R 313-31 du CASF | <p><u>Prescription 17 :</u> L'établissement doit s'organiser pour pallier une éventuelle défaillance d'énergie : il doit pouvoir disposer d'un groupe électrogène (acquisition – mutualisation ou location). Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p> | 1 mois | | <p>Dont acte. <u>Prescription 17 maintenue.</u> Délai: 1 mois</p> |

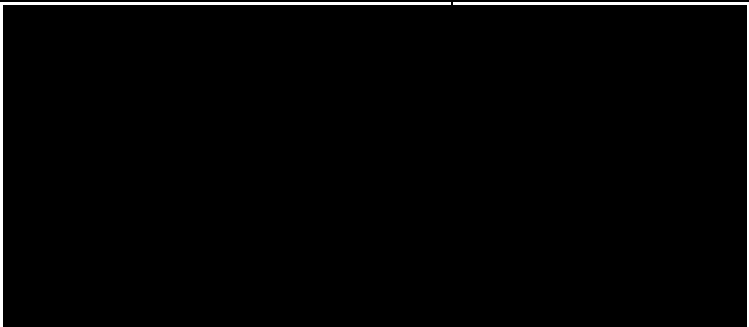
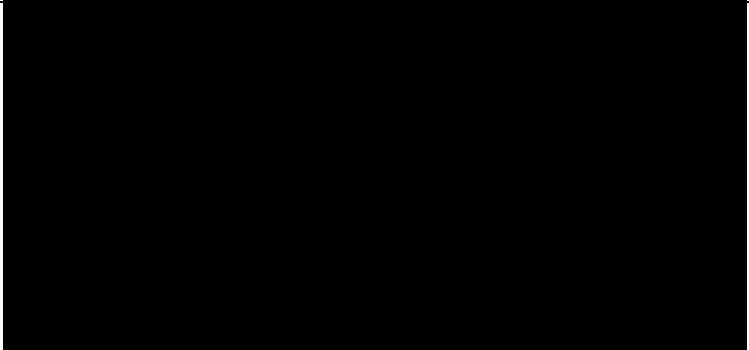
| | | | | | |
|---|----------------------|---|----------|--|---|
| <p><u>Écart 18</u> : Les contrats de séjour ne sont pas systématiquement signés par la personne accueillie ou son représentant légal. Il est rappelé à la structure que la personne de confiance n'est pas le représentant légal.</p> | D.311 du CASF | <p><u>Prescription 18</u> : Faire systématiquement signer les contrats de séjour par la personne accueillie ou son représentant légal. Transmettre aux autorités tout élément de preuve.</p> | 1 mois | | <p>Il est pris acte de la démarche engagée. <u>La prescription 18 est maintenue</u> dans l'attente de la réception de l'attestation sur l'honneur. 1 mois</p> |
| <p><u>Écart 19</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> | D.311 du CASF | <p><u>Prescription 19</u> : La direction de la structure veillera à garantir pour tout résident la réalisation d'un avenant du contrat de séjour cité en écart 13, dans un délai de 6 mois après admission et une révision annuelle. Transmettre tout document d'effectivité.</p> | 1 mois | | <p>Il est pris acte de la démarche engagée. <u>La prescription 19 est maintenue</u> dans l'attente de la production de la réalisation effective d'un avenant pour tous les contrats de séjour. 1 mois</p> |
| <p><u>Écart 20</u> : L'état des lieux d'entrée et de sortie signé n'a pas été systématiquement retrouvé dans les dossiers des résidents.</p> | <u>L311-7-1 CASF</u> | <p><u>Prescription 20</u> : 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.</p> | Immédiat | | <p>Dont acte. La prescription 20 est levée.</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| Écart 21 : Chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé. | D312-155-0 du CASF | <u>Prescription 21</u> : La structure doit garantir un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident. Transmettre aux autorités tout élément de preuve. | 3 mois | | <u>La prescription 20 est maintenue</u> dans l'attente de la transmission d'une attestation pour l'effectivité du projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident. <u>Délai: 3 mois</u> |
| Écart 22 : La commission de coordination gériatrique n'a pas été consultée pour l'élaboration de la politique du médicament. | Art. 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011. | <u>Prescription 22</u> : Afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD, la commission de coordination gériatrique doit être consultée sur la politique du médicament au sein de l'établissement. Transmettre à l'ARS le CR de la CCG avec les points abordés concernant la politique du médicament. | 6 mois, lors de la prochaine réunion de la CCG. | | <u>La prescription 22 est maintenue.</u> <u>Délai: 6 mois</u> |
| Écart 23 : En l'absence de cartographie des risques, l'établissement n'a pas identifié les risques liés à la prise en charge médicamenteuse. | D. 312-158 12° du CASF | <u>Prescription 23</u> : Réaliser un autodiagnostic des risques liés à la prise en charge médicamenteuse. Transmettre à l'ARS tout justificatif. | 2 mois | | <u>La prescription 23 est maintenue.</u> <u>Délai: 2 mois</u> |
| Écart 24 : Un des médecins traitants n'a pas signé un contrat portant sur les conditions d'exercice entre le professionnel libéral et l'établissement. | L. 314-12 du CASF | <u>Prescription 24</u> : Établir un contrat signé portant sur les conditions d'exercice entre le professionnel libéral et l'établissement Transmettre la copie du contrat signé à l'ARS. | 1 mois | | Dont acte. La prescription 24 est levée. |

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------|---|--|
| <p><u>Écart 25</u> : Pendant l'absence du médecin coordonnateur, l'admission d'un résident au sein de l'EHPAD n'a fait l'objet d'aucune évaluation gériatrique. Le résident n'a pas de médecin traitant désigné et sa prise en charge médicamenteuse n'est pas organisée comme celle des autres résidents (piluliers non fait par la pharmacie).</p> | <p>D. 312-158 6° du CASF</p> | <p><u>Prescription 25</u> : Mettre en place une organisation permettant d'assurer une évaluation gériatrique à l'entrée des résidents puis en tant que de besoin. Transmettre tout justificatif à l'ARS.</p> | <p>1 mois</p> |  | <p>Dont acte. La prescription 25 est levée.</p> |
| <p><u>Écart 26</u> : Les prescriptions médicales ne comportent pas les modes d'emploi particulier pour l'administration des médicaments, notamment si les médicaments ont besoin d'être écrasés.</p> | <p>CSP : R. 5132-3 2° ; R. 5121-55 ; R. 4127-34.</p> | <p><u>Prescription 26</u> : Rédiger d'une part, les prescriptions médicales avec l'ensemble des modes d'emploi particulier pour l'administration des médicaments aux résidents ; d'autre part, le libellé de la prescription de façon à permettre de Distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Transmettre à l'ARS une prescription avec les modes d'emploi particulier à jour.</p> | <p>1 mois</p> | | <p>Dont acte. La prescription 26 est levée.</p> |
| <p><u>Écart 27</u> : Le libellé de la prescription médicale ne permet pas de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.</p> | <p>L. 313-26 du CASF</p> | | | | <p>Dont acte. La prescription 27 est maintenue. Délai 6 mois</p> |
| <p><u>Écart 28</u> : Les protocoles ne sont pas régulièrement réévalués.</p> | <p>R. 4311-2 4°, 7, 8 et 14 du CSP</p> | <p><u>Prescription 27</u> : Réévaluer et diffuser les protocoles à jour sur TITAN. Transmettre à l'ARS un protocole à jour.</p> | <p>6 mois</p> | | <p><u>La prescription 27 est maintenue.</u> Délai 6 mois</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|------------------------|--|---|
| <p><u>Écart 29</u> : Le dossier pharmaceutique des résidents n'est pas alimenté par le pharmacien.</p> | <p>L. 1111-23 du CSP</p> | <p><u>Prescription 28</u> : Alimenter le dossier pharmaceutique des résidents à l'occasion de la dispensation. L'établissement devra transmettre les cartes vitales des résidents à la pharmacie afin que le pharmacien puisse renseigner le dossier pharmaceutique, le cas échéant. Il est rappelé que sauf opposition du résident quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. Adresser tout élément de preuve à l'ARS.</p> | <p>Immédiat</p> |  | <p>Dont acte. La prescription 28 est levée.</p> |
| <p><u>Écart 30</u> : Les médicaments non utilisés, périmés ou retirés, ne sont pas systématiquement rapportés à la pharmacie.</p> | <p><u>CSP</u> : L. 4211-2 ; R. 4211-23</p> | <p><u>Prescription 29</u> : Retourner les médicaments non utilisés, périmés ou retirés à la pharmacie. Adresser à l'ARS tout élément de preuve.</p> | <p>Immédiat</p> | | <p>Dont acte. La prescription 29 est levée.</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|----------|--|---|
| Écart 31 : Une bouteille d'oxygène n'est pas arrimée, ce qui entraîne un risque d'explosion en cas de chute. | Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (point 5.2.8) | Prescription 30 : Stocker les bouteilles d'oxygène en conformité avec l'autorisation de mise sur le marché, en position verticale et arrimées. Adresser à l'ARS tout élément de preuve. | Immédiat | | Dont acte. La prescription 30 est levée. |
| Écart 32 : L'évaluation de l'état clinique des résidents pour l'administration des médicaments prescrits en « si besoin » est réalisé par l'AS de nuit. | L. 313-26 du CASF R. 4311-4 du CSP ; R. 4311-5 4°, 5° et 6° du CSP ; | Prescription 31 : L'administration des médicaments prescrits en « si besoin » doit faire l'objet d'une évaluation par un médecin ou un infirmier. Rappeler aux AS de nuit la nécessité d'appeler l'astreinte de nuit infirmier pour évaluer l'état du résident avant d'administrer les médicaments. Transmettre à l'ARS tout élément de preuve. | Immédiat | | Dont acte. La prescription 31 est levée. |
| Écart 33 : Aucun protocole de collaboration IDE /aides-soignants ou d'aides médicopsychologiques n'a été rédigé et notamment pour l'aide à la prise, y compris pour la nuit. | R. 4311-3 du CSP | Prescription 32 : Dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3, rédiger des protocoles de soins en indiquant les collaborations IDE / aides-soignants ou d'aides médicopsychologiques Transmettre les protocoles de collaboration à l'ARS. | 3 mois | | Dont acte. La prescription 32 est maintenue dans l'attente de la transmission des protocoles validés et signés. Délai : 1 mois |

| | | | | | |
|---|----------------------------|---|------------------------|---|---|
| <p><u>Écart 34</u> : Au moment de l'administration, la concordance entre la prescription et les doses préparées n'est pas vérifiée.</p> | <p>R. 4312-38 du CSP</p> | <p><u>Prescription 33</u> :</p> <p>Rappeler immédiatement aux IDE d'utiliser la prescription sur les tablettes informatiques portables pour l'administration des médicaments.</p> <p>Adresser à l'ARS tout élément de preuve.</p> | <p>Immédiat</p> |  | <p>Dont acte. La prescription 33 est levée.</p> |
| <p><u>Écart 35</u> : La prise effective des médicaments n'est pas vérifiée par la personne en charge de l'administration ou de l'aide à la prise.</p> | <p>R. 4311-5 5° du CSP</p> | <p><u>Prescription 34</u> :</p> <p>Rappeler immédiatement aux IDE de vérifier pour l'ensemble des résidents de l'EHPAD, l'administration effective des médicaments prescrit.</p> <p>Adresser à l'ARS tout élément de preuve.</p> | <p>Immédiat</p> |  | <p>Dont acte. La prescription 34 est levée.</p> |

| Remarques (52) | 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/CD34) |
|--|---|---|------------------------|---------------|--|
| <u>Remarque 1</u> : La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est évoquée de manière diffuse dans le projet d'établissement et, de ce fait, est insuffisamment lisible. | <u>Recommandation 1</u> : La politique de prévention et de lutte contre la maltraitance doit être recentrée dans le projet d'établissement. Adresser aux autorités le projet d'établissement actualisé. | 3 mois | | | <u>Recommandation 1 maintenue</u> dans l'attente de la production du projet d'établissement. <u>Délai 3 mois</u> |
| <u>Remarque 2</u> : L'absence de référence sur le positionnement actuel et futur de l'EHPAD au sein du territoire et les complémentarités à investiguer, constitue des manques d'autant plus conséquents que cet établissement est d'une capacité modeste et que l'accueil de jour reste peu identifié et utilisé (cf. Écart 2). | <u>Recommandation 2</u> : La gouvernance est invitée à clarifier et renforcer son réseau. L'intégrer dans le projet d'établissement. Adresser aux autorités la liste des partenariats et le projet d'établissement actualisé. | 3 mois | | | <u>Recommandation 2 maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 3</u> : Si le projet d'établissement évoque, pour certaines de ses rubriques, des pistes de réflexion et axes de progrès, l'absence de plan d'action et de suivi de ces axes ne favorise pas sa portée, sa mise en œuvre et son appropriation par les personnels. | <u>Recommandation 3</u> : Élaborer un plan d'action et de suivi des axes du projet d'établissement. Adresser aux autorités tout justificatif. | 3 mois | | | <u>Recommandation 3 maintenue</u> dans l'attente de la production effective d'un plan d'action et de suivi des axes du projet d'établissement. <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 4</u> : L'organigramme présenté ne distingue pas les liens hiérarchiques des liens fonctionnels. | <u>Recommandation 4</u> : Adresser aux autorités l'organigramme actualisé distinguant la nature des liens. | Immédiat | | | Recommandation 4 levée. |

| | | | | |
|--|--|----------|--|--|
| | | | | |
| <p><u>Remarque 5</u> : L'analyse des documents consultés et des entretiens interrogent la mission sur les responsabilités respectives et la chaîne des délégations entre l'organisme gestionnaire et ses services d'une part, le cas échéant la directrice régionale, et la directrice d'autre part.</p> <p>Aussi, la mission pense utile d'ajouter que 4 directeurs se sont succédés depuis 2021.</p> | <p><u>Recommandation 5</u> : La gouvernance est invitée à clarifier les responsabilités respectives et la chaîne des délégations entre l'organisme gestionnaire et ses services d'une part, le cas échéant la directrice régionale, et la directrice d'autre part.</p> <p>La stabilisation de la direction est à garantir.</p> <p>Transmettre tout justificatif aux autorités.</p> | 1 mois | | <p><u>La recommandation 5 relative à une recherche de stabilisation de la direction de l'établissement est maintenue.</u></p> <p>Délai 1 mois</p> |
| <p><u>Remarque 6</u> : La mission s'interroge sur la portée opérationnelle et effective du document de subdélégation de la directrice de l'EHPAD à l'assistante de direction.</p> | <p><u>Recommandation 6</u> : Transmettre tout justificatif aux autorités.</p> | 1 mois | | <p>La mission prend acte de la subdélégation consentie. Cette dernière doit faire l'objet d'une signature du subdéléguant et du délégataire. <u>Recommandation 6 maintenue.</u></p> <p>Délai: 1 mois</p> |
| <p><u>Remarque 7</u> : Selon le planning communiqué, les astreintes de janvier à mai 2024 reposent sur la seule directrice.</p> <p>La mission pense utile d'ajouter que l'exercice de toutes les astreintes, assuré sans aucun relais de manière quasi permanente, par la seule directrice, outre qu'elle est susceptible de générer de réelles difficultés d'ordre personnel pour l'intéressée, ne répond pas aux exigences d'organisation et de fonctionnement et de sécurité de la structure.</p> | <p><u>Recommandation 7</u> : Au regard du Code du Travail, la continuité de direction doit être reconsidérée.</p> <p>Transmettre aux autorités la nouvelle organisation de la continuité de direction et le calendrier des astreintes sur le 2nd semestre 2024.</p> | Immédiat | | <p>Recommandation 7 levée.</p> |
| <p><u>Remarque 8</u> : La promotion de la bientraitance et de lutte contre la bientraitance bien que réelle et basée sur des procédures, protocoles, pratiques adaptées, ne fait pas suffisamment l'objet de</p> | <p><u>Recommandation 8</u> : La promotion de la bientraitance et de lutte contre la bientraitance doivent faire l'objet d'une meilleure formalisation et d'une</p> | 3 mois | | <p><u>Recommandation 8 maintenue</u> dans l'attente de la production effective des justificatifs.</p> <p>Délai: 3 mois</p> |

| | | | | |
|---|---|-----------------|--|--|
| formalisation, d'une politique et d'une stratégie d'ensemble. | politique et d'une stratégie d'ensemble. Transmettre aux autorités tout justificatif. | | | |
| <u>Remarque 9</u> : L'établissement ne dispose pas d'un document formalisé d'évaluation des risques concernant les résidents. | <u>Recommandation 9</u> : Formaliser l'évaluation des risques concernant les résidents. Transmettre aux autorités tout justificatif. | 3 mois | | <u>Recommandation 9 maintenue</u> dans l'attente de la production effective d'un document d'évaluation des risques. <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 10</u> : La démarche d'amélioration continue de la qualité ne fait pas l'objet d'un suivi et d'une évaluation formalisés établissant son organisation, son management et l'association des personnels. | <u>Recommandation 10</u> : La démarche d'amélioration continue de la qualité doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation formalisés établissant son organisation, son management et l'association des personnels. Transmettre aux autorités tout justificatif. | 3 mois | | <u>Recommandation 10 maintenue</u> dans l'attente de la production effective d'un document d'évaluation et de suivi d'amélioration de la qualité. <u>Délai 3 mois</u> |
| <u>Remarque 11</u> : L'enquête annuelle de satisfaction n'a pas été adressée à la mission. | <u>Recommandation 11</u> : Adresser aux autorités l'enquête annuelle de satisfaction. | Immédiat | | Recommandation 11 levée. |
| <u>Remarque 12</u> : Aucun document récapitulatif des réclamations et de leurs suivis n'est présenté ce qui ne permet ni d'en évaluer leurs teneurs et leurs traitements par l'établissement, ni d'en faire état devant le CVS. | <u>Recommandation 12</u> : Adresser aux autorités tout document récapitulatif des réclamations et de leurs suivis. | Immédiat | | Recommandation 12 levée. |
| <u>Remarque 13</u> : La mission s'interroge sur les modalités participatives à l'élaboration du plan bleu d'une part, sa prise de connaissance | <u>Recommandation 13</u> : Adresser aux autorités les modalités participatives à l'élaboration, la prise de connaissance | Immédiat | | Recommandation 13 levée. Concernant la prise de connaissance du Plan Bleu par les professionnels, les |

| | | | | |
|--|--|-----------------|--|--|
| et appropriation par les personnels, d'autre part. | et l'appropriation du plan bleu par le personnel. | | | dispositions devront toutefois faire l'objet de réunions et d'échanges en interne. |
| <u>Remarque 14</u> : Le jour de l'inspection, 50% du personnel a bénéficié pour l'exercice 2023 d'un entretien d'évaluation annuel. | <u>Recommandation 14</u> : Poursuivre les entretiens d'évaluation. Adresser tout justificatif aux autorités. | 6 mois | | <u>Recommandation 14 maintenue.</u> <u>Délai: 6 mois</u> |
| <u>Remarque 15</u> : La mission n'a pas été destinataire du plan de formation et du bilan des formations suivies. | <u>Recommandation 15</u> : Adresser aux autorités le plan de formation 2024 et le bilan des formations suivies. | Immédiat | | Dont acte. Recommandation 15 levée. |
| <u>Remarque 16</u> : Il n'existe pas de dispositif formalisé de soutien aux pratiques professionnelles du personnel. L'analyse des pratiques des professionnels relève plus de factuel plutôt que d'un dispositif organisé de soutien qui favoriserait leur systématisation et leur harmonisation nécessaire au bien être des résidents notamment les plus vulnérables. | <u>Recommandation 16</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. | 3 mois | | <u>Recommandation 16 maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |

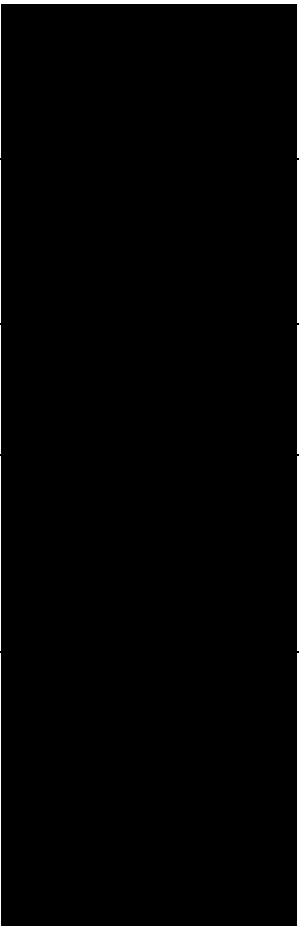
| | | | | |
|--|---|------------------------|--|--|
| <p><u>Remarque 17</u> : Un tableau d'analyse des accidents et des incidents de travail de même qu'un tableau de suivi des actions sont intégrés au DUERP mais ne sont pas renseignés ce qui ne permet pas d'apprécier le nombre et la nature des accidents et incidents intervenus de même que les éventuelles mesures correctives</p> | <p><u>Recommandation 17</u> : Adresser aux autorités le DUERP visé par la médecine du travail et le service de prévention des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Y intégrer le tableau d'analyse des accidents et des incidents de travail de même qu'un tableau de suivi des actions renseignés.</p> | <p>6 mois</p> | | <p><u>Recommandation 17</u> maintenue. <u>Délai: 6 mois</u></p> |
| <p><u>Remarque 18</u> : Le DUERP n'a pas été transmis à la médecine du travail et au service de prévention des organismes de sécurité sociale.</p> | | | | |
| <p><u>Remarque 19</u> : Il n'existe pas de locaux d'accueil spécifiquement dédiés aux familles.</p> | <p><u>Recommandation 18</u> : Mener une réflexion afin de permettre aux familles de disposer d'un espace dédié.</p> | <p>6 mois</p> | | <p><u>Recommandation 18</u> maintenue. <u>Délai: 6 mois</u></p> |
| <p><u>Remarque 20</u> : L'établissement n'a pas transmis à la mission de procédure de levée de doute lorsqu'une alarme se déclenche</p> | <p><u>Recommandation 19</u> : Adresser aux autorités la procédure de levée de doute lorsqu'une alarme se déclenche.</p> | <p>Immédiat</p> | | <p>Dont acte. La recommandation 19 est levée.</p> |
| <p><u>Remarque 21</u> : Il est rappelé à la structure que le contrat de séjour peut comporter une annexe 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.</p> <p>Ces mesures peuvent être définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du MEDEC, en cas d'empêchement</p> | <p><u>Recommandation 20</u> : Adresser aux autorités un modèle vierge d'annexe.</p> | <p>Immédiat</p> | | <p>Dont acte. Recommandation 20 levée . Le cas échéant, il est impératif que cette annexe soit élaborée, pour les contrats de séjour <u>concernés</u>.</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. | | | | | |
| <u>Remarque 22</u> : La politique du médicament ne fixe pas d'objectifs, ni d'indicateur de suivi. | <u>Recommandation 21</u> : La politique du médicament pourrait être étoffée avec des objectifs, un plan d'action d'amélioration avec un calendrier de mise en œuvre et un suivi de ces actions d'amélioration. | Cette recommandation sera à intégrer dans le prochain projet d'établissement à rédiger en 2026. | | | <u>Recommandation 21 maintenue.</u> <u>Délai : 6 mois</u> |
| <u>Remarque 23</u> : Il n'existe pas de responsable de l'assurance qualité désigné au sein de l'EHPAD. Il n'y a pas de personne ou de comité en charge de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. | <u>Recommandation 22</u> : Nommer un responsable de l'assurance qualité au sein de l'EHPAD. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 6 mois | | | <u>Recommandation 22 maintenue.</u> <u>Délai: 6 mois</u> |
| <u>Remarque 24</u> : L'EHPAD n'a pas réalisé d'audit ou d'évaluation sur le thème du médicament. | <u>Recommandation 23</u> : Mettre en place des audits ou des évaluations des pratiques sur le thème du médicament. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 6 mois | | | <u>Recommandation 23 maintenue.</u> <u>Délai: 6 mois</u> |
| <u>Remarque 25</u> : Il n'existe pas de plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. | <u>Recommandation 24</u> : La mission conseille d'utiliser l'autodiagnostic des risques pour établir un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 2 mois | | | <u>Recommandation 24 maintenue.</u> <u>Délai: 2 mois</u> |
| <u>Remarque 26</u> : L'autonomie du résident quant à sa prise en charge médicamenteuse et la réévaluation de cette autonomie n'est pas tracée dans le dossier du résident. | <u>Recommandation 25</u> : Formaliser et tracer l'évaluation de l'autonomie des résidents quant à leur prise en charge médicamenteuse. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 1 mois | | | Dont acte. Recommandation 25 levée. |

| | | | | |
|---|---|-----------------|--|---|
| | | | | |
| <u>Remarque 27</u> : Il n'existe pas de protocoles validés pour l'antibiothérapie de première intention pour les infections courantes. | <u>Recommandation 26</u> : Établir des protocoles validés pour l'antibiothérapie de première intention pour les infections courantes. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 6 mois | | <u>Recommandation 26 maintenue.</u> <u>Délai: 6 mois</u> |
| <u>Remarque 28</u> : Les missions du pharmacien référent ne sont pas clairement précisées (audits des stocks, rédaction de procédures, formations des équipes soignantes...). | <u>Recommandation 27</u> : Préciser dans la convention les missions du pharmacien référent intervenant dans l'établissement. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 3 mois | | <u>Recommandation 27 maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 29</u> : À défaut d'accès à Titan®, le pharmacien reçoit les prescriptions par mail sans échange sécurisé. | <u>Recommandation 28</u> : Envoyer de manière sécurisée par messagerie sécurisée les prescriptions au pharmacien d'officine en assurant un accusé de réception. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | <u>Recommandation 28 maintenue.</u> <u>Immédiat</u> |
| <u>Remarque 30</u> : Les modalités de détention des traitements nominatifs des résidents ne font pas l'objet d'une procédure. | <u>Recommandation 29</u> : Établir une procédure indiquant les modalités de détention des traitements nominatifs. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 3 mois | | <u>Recommandation 29 maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 31</u> : Le chariot de stockage des traitements nominatifs des résidents est mélangé ce qui ne permet pas de garantir tout risque de confusion de médicament lors de la distribution. | <u>Recommandation 30</u> : Organiser le chariot de stockage des traitements nominatifs des résidents, de façon à avoir un bac par résident dans lequel tous ces médicaments sont stockés. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 1 mois | | <u>Recommandation 30 maintenue.</u> <u>Délai: 1 mois</u> |
| <u>Remarque 32</u> : Les quantités de certains médicaments sont en surplus par rapport au besoin. A noter qu'en cas de besoin, une dotation est déjà en place. | <u>Recommandation 31</u> : Gérer les stocks de médicaments de manière à n'avoir que les traitements en cours en stock suffisant. Tenir compte des quantités restants pour passer les commandes auprès de la pharmacie d'officine. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 1 mois | | <u>Recommandation 31 maintenue.</u> <u>Délai: 1 mois</u> |

| | | | | |
|--|---|------------------|--|---|
| <u>Remarque 33</u> : Les modalités de détention et de gestion des médicaments (hors traitements individuels des résidents) ne font pas l'objet d'une procédure. Des médicaments périmés ont été retrouvés ainsi que des cigarettes, dans un chariot contenant des produits de santé. | <u>Recommandation 32</u> : Établir une procédure avec les modalités de détention et de gestion des médicaments (hors traitements individuels des résidents) notamment pour la gestion des périmés, la commande de la dotation et l'actualisation de la liste, et les conditions de stockage. Transmettre la procédure à l'ARS. | Immédiat | | <u>Recommandation 32 maintenue.</u> <u>Immédiat</u> |
| <u>Remarque 34</u> : Le réfrigérateur dédié aux médicaments contient de l'alimentation. | <u>Recommandation 33</u> : Enlever l'alimentation du réfrigérateur dédié au stockage des médicaments. Le réfrigérateur ne doit contenir que des médicaments. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | Dont acte. Recommandation 33 levée. |
| <u>Remarque 35</u> : La conduite à tenir en cas d'écart des températures n'est pas définie dans une procédure. | <u>Recommandation 34</u> : Établir une procédure de conduite à tenir en cas d'excursions de température et de rupture de la chaîne du froid. Transmettre la procédure à l'ARS. | 1 mois | | <u>Recommandation 34 maintenue.</u> <u>Délai: 1 mois</u> |
| <u>Remarque 36</u> : Le fait de ne pas laisser les dispositifs médicaux stériles dans leurs conditionnements secondaires d'origine peut entraîner un mauvais stockage et provoquer un défaut de stérilité. | <u>Recommandation 35</u> : Conserver le conditionnement secondaire des dispositifs médicaux stériles, et s'assurer d'avoir une zone de stockage suffisante. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat. | | <u>Recommandation 35 maintenue.</u> <u>Immédiat.</u> |
| <u>Remarque 37</u> : Les contenants utilisés pour les médicaments, autres que les sachets préparés par la pharmacie, ne sont pas clairement identifiés. | <u>Recommandation 36</u> : Identifier clairement les autres contenants utilisés pour les médicaments, à minima nom et prénom comme sur les rouleaux de sachets préparés par la pharmacie. L'identification peut se faire à l'aide d'une étiquette de l'établissement. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | <u>Recommandation 36 maintenue.</u> <u>Immédiat</u> |

| | | | | |
|---|--|----------|--|---|
| <u>Remarque 38</u> : Plusieurs pipettes de différents médicaments sont mises dans un même carton, ce qui peut générer des inversions de pipettes et donc des erreurs de dosage. | <u>Recommandation 37</u> : Sensibiliser les IDE afin que les pipettes ne soient pas rassemblées dans le même contenant. Réaliser des audits de vérification à une fréquence définie. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | <u>Recommandation 37 maintenue. Immédiat</u> |
| <u>Remarque 39</u> : Pour la majorité des médicaments multi-doses, l'identité des résidents et les dates d'ouverture des médicaments ne sont pas indiquées sur le conditionnement de ces médicaments. | <u>Recommandation 38</u> : Sensibiliser l'équipe soignante sur la nécessité d'indiquer la date d'ouverture des flacons multi-doses afin de ne pas utiliser de médicament périmés. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | <u>Recommandation 38 maintenue. Immédiat.</u> |
| <u>Remarque 40</u> : L'établissement n'a pas à disposition de liste des durées d'utilisation des médicaments après leur ouverture. | <u>Recommandation 39</u> : Mettre à disposition de l'équipe soignante, une liste des durée d'utilisation des médicaments après leur ouverture. Transmettre tout justificatif à l'ARS | 1 mois | | <u>Recommandation 39 maintenue. Délai: 1 mois</u> |
| <u>Remarque 41</u> : L'autonomie des résidents quant à leur traitement ne fait pas l'objet d'une décision tracée dans le dossier de soin. | <u>Recommandation 40</u> : Sensibiliser les médecins à tracer les évaluations de l'autonomie des résidents. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | 1 mois | | <u>Recommandation 40 maintenue. Délai: 1 mois</u> |
| <u>Remarque 42</u> : L'IDE qui administre les médicaments n'a pas les prescriptions papier ou informatique avec elle. Elle ne peut donc pas vérifier la concordance systématique entre l'identité du résident, celle figurant sur la prescription médicale et celle figurant sur tout contenant utilisé. | <u>Recommandation 41</u> : Rappeler immédiatement aux IDE la nécessité d'utiliser la prescription sur les tablettes informatiques portables pour l'administration des médicaments afin de <u>vérifier la concordance systématique</u> entre l'identité du résident, celle figurant sur la prescription médicale et celle figurant sur tout contenant utilisé. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | Dont acte. Recommandation 41 levée. |
| <u>Remarque 43</u> : Les traçabilités de l'administration ou de la non administration sont effectuées de manière aléatoire. | <u>Recommandation 42</u> : Tracer l'administrations ou la non administration des médicaments sur la tablette informatique immédiatement après l'administration. Réaliser des | Immédiat | | <u>Recommandation 42 maintenue. Immédiat.</u> |

| | | | | | |
|--|---|-----------------|--|--|---|
| | audits vérifiant ce point à une fréquence donnée. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | | | | |
| <u>Remarque 44</u> : Il n'existe pas de conduite à tenir en cas d'incident lors de l'administration des médicaments | <u>Recommandation 43</u> : Elaborer et diffuser une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'incident lors de l'administration des médicaments. Transmettre la procédure à l'ARS. | Immédiat |  | | <u>Recommandation 43</u> <u>maintenue.</u> <u>Immédiat</u> |
| <u>Remarque 45</u> : Le personnel ne dispose pas d'une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir. | <u>Recommandation 44</u> : Mettre à disposition du personnel une liste des médicaments à ne pas écraser ou de gélules à ne pas ouvrir. Transmettre tout justificatif à l'ARS. | Immédiat | | | <u>Recommandation 44</u> <u>maintenue.</u> <u>Immédiat.</u> |
| <u>Remarque 46</u> : Il n'existe pas de protocole d'utilisation et d'entretien du broyeur. | <u>Recommandation 45</u> : Établir un protocole d'utilisation et d'entretien du broyeur. Transmettre le protocole à l'ARS. | Immédiat | | | <u>Recommandation 45</u> <u>maintenue.</u> <u>Immédiat.</u> |
| <u>Remarque 47</u> : En l'absence de projet d'animation formalisé et de bilan d'animation annuel, la mission s'interroge sur la réponse apportée aux besoins des résidents pour ce qui relève de la vie sociale. | <u>Recommandation 46</u> : Formaliser un projet d'animation en tenant compte des PAP des résidents et en fixant des objectifs de développement des activités d'animation. L'adresser aux autorités. | 3 mois | | | <u>Recommandation 46</u> <u>maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 48</u> : La convention avec les bénévoles n'a pas été actualisée. | <u>Recommandation 47</u> : Actualiser la convention avec les bénévoles. Les termes "DDASS et Conseil Général" doivent être remplacés par « ARS et Conseil départemental ». Le lieu d'intervention doit être modifié car il est fait référence à la commune de Marseille. L'adresser aux autorités. | 3 mois | | | <u>Recommandation 47</u> <u>maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |

| | | | | |
|--|---|-----------------|--|---|
| <u>Remarque 49</u> : L'établissement utilise peu le circuit court concernant l'approvisionnement des denrées alimentaires. | <u>Recommandation 48</u> : Mener une réflexion sur le développement du circuit court au sein de l'établissement. | 3 mois | | <u>Recommandation 48 maintenue.</u> <u>Délai: 3 mois</u> |
| <u>Remarque 50</u> : La commission des menus ne se tient plus depuis l'arrêt du chef cuisinier. | <u>Recommandation 49</u> : La commission des menus doit être rétablie au sein de l'établissement. Adresser tout justificatif aux autorités. | 3 mois | | Recommandation 49 levée. |
| <u>Remarque 51</u> : La mission a été informée de matériel de cuisine défaillant pour partie. | <u>Recommandation 50</u> : Procéder au changement du matériel défectueux utilisé pour la confection des repas. Adresser tout justificatif aux autorités. | Immédiat | | Recommandation 50 levée. |
| <u>Remarque 52</u> : La mission n'a pas été destinataire des conventions partenariales avec un réseau d'expertise ou une filière de soins. | <u>Recommandation 51</u> : Adresser aux autorités les conventions partenariales avec un réseau d'expertise ou une filière de soins. | Immédiat | | Recommandation 50 levée. |