

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

[REDACTED]  
Réf. Interne : DUAJIQ-PIC/2024-215  
Date : 20 novembre 2024

Monsieur le Docteur [REDACTED]  
Gérant  
SARL « Le Mas de Marguerite »  
11 rue de l'Abrivado  
34740 VENDARGUES

N° PRIC : MS\_2024\_34\_CS\_02

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à Monsieur le Directeur de l'EHPAD « Le Mas de Marguerite »

**Objet :** Inspection conjointe de l'EHPAD « Le Mas de Marguerite » à Vendargues (34)  
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

**PJ :** Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur,

Suite à l'inspection réalisée dans votre établissement les 28 et 29 mars 2024, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 06 août 2024 et mail du 20 septembre 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 septembre 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.

Nous attirons particulièrement votre attention sur :

- La gouvernance et la nécessité de renforcer la professionnalisation des équipes, la politique d'amélioration continue de la qualité et la formalisation des échanges et rapports interpersonnels au sein de l'établissement et avec le gérant ;
- La mise en œuvre du projet d'établissement dans une démarche associant les personnels et les usagers ;
- Le recrutement d'un comptable en capacité de vous permettre de répondre à vos obligations réglementaires (transmission des documents obligatoires aux autorités de tarification) en termes budgétaires et financiers ;
- La nécessité d'engager une démarche de formation diplômante ou de validation des acquis de tous les personnels faisant fonction d'aides-soignants ;
- L'instauration d'un cadre de travail fonctionnel qui permette une meilleure qualité de prise en charge des résidents.

.../...

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions et en informer également les membres du CVS. Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

En application des articles L.121-1 et L.122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

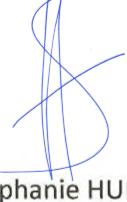
Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré 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, 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](http://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.

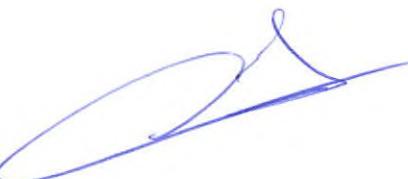
Nous vous prions d'agrérer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

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 Inspections-Contrôles**  
**Conseil départemental de l'Hérault**

## Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Inspection de l'EHPAD « Le Mas de Marguerite » à Vendargues (34740)

N° PRIC : MS\_2024\_34\_CS\_02

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

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

Écarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 34)
Écart 1	Article L331-2 CASF et R331-5 CASF	<b>Prescription 1 :</b> L'établissement doit tenir <u>un seul</u> registre des entrées et sorties des résidents paraphé et côté par le maire de la commune d'installation de l'établissement. Ce registre doit être <u>systématiquement</u> renseigné des sorties des résidents de l'établissement que ce soit suite à un décès ou à un retour à domicile.	Immédiat			<b>Prescription levée (photo registre transmise, côté et paraphé par le maire)</b>
Écart 2	Articles D 311-38-3 der al CASF	<b>Prescription 2 :</b> La direction doit s'engager dans l'élaboration-révision intégrale du projet d'établissement (PE) dès 2024, pour la période 2025-2030 selon une démarche conforme aux RBPP, associant les personnels et les usagers. Le projet d'établissement doit permettre de clarifier le positionnement institutionnel de la structure, d'indiquer les évolutions en termes d'objectifs, compte tenu des publics et des missions, de donner des repères aux professionnels dans la conduite de l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble. L'actualisation du PE doit être menée en se conformant aux attendus réglementaires d'un PE et notamment préciser la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement ou le service, notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Les modifications apportées au projet d'établissement, ou lors de son actualisation tous les 5 ans, seront soumises aux instances représentatives du personnel et au conseil de la vie sociale.	3 mois			<b>Prescription maintenue et délai de réalisation portée à 6 mois</b>

Écart 3	Articles R314-3 CASF à R314-20	<p><b>Prescription 3 :</b> La gouvernance doit mettre en œuvre toutes les dispositions nécessaires afin de transmettre les documents comptables et financiers règlementaires selon les modalités du CASF.</p> <p>Cette mesure concerne le budget en cours et également les documents non transmis relatifs aux exercices passés. En cas de non-exécution de la présente prescription dans les formes et délais requis, les autorités se réservent le droit de prendre les sanctions et dispositions nécessaires, telles que prévues par la réglementation, comme procéder à l'élaboration et l'exécution du budget, suspendre les versements des dotations, ou encore exiger la restitution des dotations versées non justifiées</p>	Immédiat		<p><b>Maintien de la prescription dans l'attente de l'intégralité des documents budgétaires de 2022 à 2024</b></p> <p><b>Délai 3 mois pour le budget 2024 et 6 mois pour les documents restants</b></p>
Écart 4	Article L311-6, D311-3 du CASF	<p><b>Prescription 4 :</b> L'établissement doit mettre l'organisation et le fonctionnement du CVS en conformité avec les dispositions du décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 qui modifie et complète celui du 25 mars 2004 : Des élections doivent être organisées, selon les nouvelles dispositions réglementaires. La tenue de ses séances, du quorum, l'ordre du jour ou du secrétariat doivent être conformes aux nouvelles dispositions en vigueur.</p>	Immédiat		<p><b>Prescription maintenue dans l'attente des corrections attendues : certaines mentions font défaut dans le règlement intérieur, qui devra être daté lors de son adoption.</b></p> <p><b>La composition du CSV est incomplète puisque notamment elle doit comporter 2 représentants des personnes accompagnées. De plus, le statut des membres n'est pas indiqué.</b></p>

Écart 5	Article L312-8 CASF et aux dispositions du référentiel HAS « évaluation de la qualité des ESMS » mars 2022,	<b>Prescription 5 :</b> La gouvernance doit mettre en œuvre un dispositif d'amélioration continue de la qualité, via un ou des comités de pilotage chargé du suivi des actions déclinées dans le plan d'action formulé dans l'évaluation externe et lors des précédents contrôles des autorités.	6 à 8 mois		Prescription levée (programmation groupe de travail + COPIL transmise)
Écart 6	Articles L331-8-1 R331-8 et 9 CASF	<b>Prescription 6 :</b> L'établissement doit mettre en place un protocole de déclaration immédiate et transmettre les EI, EIG EIGs aux autorités de tarification tel que prévue par le CASF. <u>Pour rappel</u> , il convient d'utiliser le formulaire transmis par les autorités et adresser les EIG par mail aux adresses suivantes : <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a> ; (EIG et EIGs) Pour le Département <a href="mailto:cd34-eig-essms@herault.fr">cd34-eig-essms@herault.fr</a> (EIG)	Immédiat		Prescription levée (protocole transmis + déclaration EIG réalisées suite à l'IC)
Écart 7	Article L 312-1 II CASF	<b>Prescription 7 :</b> La direction de l'EHPAD doit engager une démarche de formation diplômante ou de validation des acquis de tous les personnels faisant fonction d'aides-soignants	6 mois		Prescription maintenue (transmission d'un tableau de suivi des VAE mais tous les personnels ne sont pas inscrits en VAE)
Écart 8	Article L. 311-12. CASF.	<b>Prescription 8 :</b> La gouvernance doit désigner un référent pour les activités physiques et sportives au sein de l'établissement.	Immédiat		Prescription levée (transmission de la fiche de poste)

<b>Écart 9</b>	Article D312-158 10° du CASF et 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.	<b>Prescription 9 :</b> Établir 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.	Immédiat		<b>Prescription maintenue dans l'attente de la transmission de la convention avec la clinique du Parc</b>
<b>Écart 10</b>	Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	<b>Prescription 10 :</b> Etablir des contrats signés par les médecins généralistes libéraux intervenants dans l'EHPAD.	Immédiat		<b>Prescription maintenue dans l'attente de la transmission de la convention avec la clinique du Parc</b>

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	N° de justificatifs	Décision des autorités (ARS / CD 34)
Remarque 1	L'établissement doit présenter le règlement de fonctionnement aux instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale pour avis formel.	3 mois		Recommandation maintenue. À ce jour, il n'a pas été présenté en instance. Il conviendra de formaliser davantage les échanges de l'établissement, notamment en s'assurant de l'inscription à l'ordre du jour et dans le compte-rendu.	
Remarque 2	L'établissement doit mettre en place une démarche continue de la qualité, via un comité de pilotage et de suivi des actions d'amélioration déclinées au projet d'établissement, aux évaluations ou issues des contrôles, afin de s'assurer de leur mise en œuvre effective de façon durable.	3 mois		Recommandation levée (calendrier de démarche entrepris via COPIL et groupe de travail cf. Écart 5 et Remarque 12).	
Remarque 3	Doter l'établissement d'outils d'analyse, de mesures et de réflexions suivies, des pratiques professionnelles, permettant d'apprecier objectivement les modalités de prise en charge des personnes accueillies conformément aux objectifs qui doivent être fixés dans le cadre de l'actualisation du projet d'établissement.	3 mois		Recommandation maintenue.	
Remarque 4	L'établissement doit s'assurer du respect de l'organisation de l'établissement défini par les procédures et fiches de postes, en adéquation avec l'organigramme et afin de ne pas perturber l'organisation et le bon fonctionnement de l'établissement.	3 mois		Recommandation maintenue. La mission prend en compte la réponse et les pièces jointes R4 et R24 et recommande de poursuivre ce travail de clarification de l'organisation et des missions de chacun.	

Remarque 5	Afin d'instaurer un cadre de travail fonctionnel qui permette d'avoir une meilleure visibilité de la qualité de prise en charge des résidents la gouvernance est invitée à mettre en place de la formalisation et de la traçabilité dans les transmissions de l'ensemble du personnel de l'établissement.	Immédiat		Recommandation maintenue. La mission insiste sur la poursuite de ces travaux de formalisation des relations interprofessionnelles. Cela fera partie des éléments vérifiés lors du contrôle d'effectivité.
Remarque 6	La gouvernance doit prendre les dispositions nécessaires indispensables pour stabiliser durablement le poste de direction de cet établissement.	Immédiat		Recommandation levée. La mission constate que la gouvernance a pris la mesure des enjeux et des recommandations préconisées par la mission au vu des actions engagées depuis l'inspection. La stabilité de l'encadrement est un facteur propice à la poursuite de ces améliorations. La mission encourage la direction à poursuivre sa dynamique de réorganisation de l'établissement dans un climat apaisé et de professionnalisation, qui doit rester un point d'attention et de vigilance des responsables et du gestionnaire.
Remarque 7	La mission recommande au directeur de faire appel à un comptable spécialisé dans la comptabilité des ESMS afin de mettre en place une gestion efficiente de la comptabilité l'établissement	Immédiat		Recommandation maintenue dans l'attente de l'effectivité du recrutement et de la qualité des documents règlementaires attendus.
Remarque 8	Il est nécessaire que l'établissement mette en adéquation des procédures et fiches de poste détaillées et formalisées au sein de l'établissement, conformes avec les missions attendues par le personnel pour éviter des glissements de tâches.	Immédiat		Recommandation maintenue jusqu'à transmission des fiches de poste actualisées (transmission d'une programmation de mise à jour des fiches de poste)

<b>Remarque 9</b>	Il est indispensable que le rôle et les attributions du poste de direction soient respectés et formellement rappelés à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD par la gouvernance (gestionnaire et directeur).	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée. Cf. Remarque 6</b>
<b>Remarque 10</b>	La direction doit établir une procédure formalisée de continuité des fonctions de direction et de l'encadrement destinée à assurer une continuité de fonctionnement de l'établissement, en absence du directeur ou de l'équipe d'encadrement, par la rédaction d'un document, daté et signé, établissant la ou les subdélégation(s) au sein de l'établissement.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée. L'établissement doit s'assurer de la connaissance de ce document par tout le personnel.</b>
<b>Remarque 11</b>	Il est recommandé à l'établissement de s'appuyer sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles pour développer la politique d'amélioration continue de la qualité, ainsi que la communication/sensibilisation auprès des personnels.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée (programmation des réunions animées par la psychologue sur les RBPP transmise rétroplanning COPIL Qualité transmis).</b>
<b>Remarque 12</b>	L'établissement doit mettre en place un comité de suivi de la démarche qualité et/ou disposer d'un temps de responsable de la qualité dans ses effectifs.	<b>Immédiat</b>		<b>La mission prend note de la planification de réunions. Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du plan d'actions planifié avec les échéances fixées (Cf. tableaux de suivis de la démarche qualité anciennement établis entre le CD34 et la direction).</b>
<b>Remarque 13</b>	L'établissement doit décliner et mettre en œuvre un plan et les moyens de prévention et de lutte contre la maltraitance en adéquation avec le projet d'établissement.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du rétroplanning de travail de ces groupes de travail.</b>

<b>Remarque 14</b>	La mission recommande vivement à l'établissement d'accentuer les actions de sensibilisation sur la posture des professionnels dans le cadre de leur mission, avec les résidents, afin de veiller au respect de leurs droits, leur dignité et leur intimité conformément à la charte des droits et libertés de la personne accueillie	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation levée avec demande de transmission des attestations de présence aux formations</b>
<b>Remarque 15</b>	L'établissement est invité à mettre en place un dispositif organisé et opérationnel de recueil, d'analyse et de traitement des réclamations et des plaintes des usagers.	<b>Immédiat</b>		<b>Remarque maintenue dans l'attente de la transmission du protocole. La mission prend note de la transmission du formulaire à l'attention des familles et des usagers. Maintien de la demande d'élaboration d'un dispositif (protocole) de traitement et d'analyse des réclamations.</b>
<b>Remarque 16</b>	Le fonctionnement du CSE doit être conforme au code du travail : ses comptes rendus doivent prendre la forme d'un procès-verbal signé du secrétaire et diffusés ou affichés selon les modalités du règlement intérieur.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation maintenue : la mission note la transmission de 9 comptes rendus. Toutefois, le compte rendu du 2/9 n'est pas signé et n'atteste pas des modalités de diffusion ou d'affichage (fournir preuve : photo...).</b>
<b>Remarque 17</b>	L'établissement doit développer la communication et les formations sur la procédure de gestion et de formalisation des événements indésirables auprès des personnels.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation maintenue : la mission note la transmission des copies d'écran. Toutefois, l'appropriation des informations par les agents n'est pas garantie. L'établissement doit développer des procédures de communication des informations auprès des agents.</b>
<b>Remarque 18</b>	L'établissement doit s'assurer du respect de la réglementation relative aux signalements indésirables graves (EIG) de la part de la direction de l'établissement	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation maintenue. Cf. Remarque 17</b>

<b>Remarque 19</b>	La gouvernance doit mettre en conformité le Plan bleu afin qu'il soit en conformité avec le guide d'aide d'élaboration du plan bleu en EHPAD » objet de l'instruction interministérielle N° DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du nouveau plan bleu.</b>
<b>Remarque 20</b>	Il est indispensable que le gestionnaire et le directeur s'attachent à trouver des solutions d'apaisement des tensions, du climat social et des attitudes des professionnels, qui ont un impact sur la qualité prise en charge des résidents.	<b>6 mois</b>		<b>Recommandation maintenue dans l'attente de la production des éléments attestant de la mise en œuvre effective des actions d'améliorations préconisées par le rapport RPS.</b>  <b>La mission prend note de la transmission de l'audit RPS + plan d'action + COPIL Qualité + Formation interne RBPP.</b>
<b>Remarque 21</b>	L'établissement doit veiller à s'assurer de la présence des attestations de formations des professionnels dans leur dossier administratif.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée</b>
<b>Remarque 22</b>	La gouvernance doit garantir une équité d'accès aux formations à toutes les catégories de personnels quelle que soit la nature de leur contrat.	<b>1 an</b>		<b>Maintien dans la mesure où l'établissement doit garantir le niveau qualification adapté du personnel embauché quelle que soit la nature de son contrat.</b>
<b>Remarque 11bis</b>	La gouvernance est invitée à organiser des temps d'analyse de la pratique avec l'ensemble du personnel et une meilleure connaissance des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP).	<b>1 an</b>		<b>Recommandation maintenue. Ces groupes d'analyse de la pratique doivent être animés par un intervenant extérieur à l'établissement et non la psychologue. L'établissement peut s'appuyer par les documents diffusés par l HAS ou Fédérations ou autres.</b>

<b>Remarque 23</b>	La direction doit réviser et compléter le DUERP afin qu'il prévoit des mesures opérationnelles préventives pour chaque risque identifié.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 24</b>	Afin de fluidifier le fonctionnement de l'établissement et d'apaiser les tensions, la direction est invitée à établir une procédure formalisée de programmation pour la préparation des chambres avant l'admission des résidents.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée (procédure d'admission transmise)</b> <b>La mission recommande de compléter la procédure d'admission en précisant notamment les modalités de signature du contrat et annexes, tarifs et prestations optionnelles ; l'état des lieux, la formalisation du recueil des informations sur la vie et habitudes du résident...</b>
<b>Remarque 25</b>	Les services techniques de l'établissement doivent trouver un dispositif qui permette l'ouverture des accès de secours tout en sécurisant la circulation des résidents.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 26</b>	Conformément aux prescriptions du PV de la commission de sécurité, au code de la construction et au code du travail, l'établissement est tenu d'organiser, les formations incendies et exercices d'évacuation de façon semestrielle et La procédure -à afficher dans le local SSI- doit permettre de consigner les modalités de réarmement du système de sécurité incendie (SSI) après son déclenchement. Au regard des constats une validation du réarmement du SSI doit être mise en place via un registre de réarmement. L'établissement devra préciser la méthode de levée de doute et de réarmement notamment pour le personnel qui n'a pas encore suivi la formation sécurité-incendie. Cette procédure sera affichée dans le local ou se situe le SSI.	<b>immédiat</b>		<b>Maintien de la recommandation en attente de transmission de la méthode de levée de doute et de réarmement.</b>  <b>Les procédures et la preuve de leur affichage n'ont pas été transmises.</b>  <b>La mission a bien noté la transmission des attestations de présence aux exercices évacuation</b>

Partie médicale				
<b>Remarque 27</b>	La direction de l'EHPAD doit transmettre le bilan des formations faites en 2023 et le plan de formation établi pour 2024. (Cf. : remarques 27 et 28)	<b>Immédiat</b>		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission des bilans de formation faites en 2023 et du plan de formations 2024.
<b>Remarque 28</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit transmettre à la mission l'ensemble des protocoles et procédures de bonne pratiques gériatriques.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 29</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit mettre à jour les protocoles, notamment ceux qui n'ont pas été révisés depuis 10 ans (Protocole douleur, prévention et traitement d'escarres, protocole chute, procédure « contention » et un protocole « contentions physiques » ...).	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 30</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit développer des actions de communication sur les modalités de signature de la charte de bientraitance et d'appropriation du protocole respect de vie du résident.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 31</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit élaborer un document définissant les critères d'entrée et de sortie de l'unité protégée.	<b>1 mois</b>		Recommandation maintenue dans l'attente de la transmission du document mis à jour. <b>1 mois</b>
<b>Remarque 32</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit formaliser et valider une procédure circuit du médicament décrivant les différentes étapes du circuit du médicament.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 33</b>	La direction de l'établissement doit transmettre la convention signée entre l'EHPAD et la pharmacie.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 34</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit mettre à jour le protocole de fonctionnement entre l'EHPAD et la pharmacie.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 35</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit systématiquement et régulièrement s'assurer de vérifier que le sac d'urgence est systématiquement scellé.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée.</b>

<b>Remarque 36</b>	La direction de l'établissement doit formaliser par écrit les modalités de traitement des EIAs. Les critères de déclaration à l'ARS des EIGS sur la plateforme ARS : <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a> et <a href="mailto:cd34-eig-essms@herault.fr">cd34-eig-essms@herault.fr</a> pour le Département (EIG) ne sont pas connus.	<b>1 mois</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 37</b>	La direction de l'établissement doit transmettre la convention datée et signée entre l'EHPAD et le CHU de Montpellier.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 38</b>	Mettre à jour et signer la procédure concernant l'accès aux urgences.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation levée.</b>
<b>Remarque 39</b>	L'équipe médicale de l'établissement doit transmettre à la mission l'ensemble des protocoles et procédures de bonne pratiques gériatriques.	<b>Immédiat</b>		<b>Cf. Recommandation N° 28</b>