

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

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

Le Président du Conseil département de l'Hérault

Date : 24/07/2024

N° PRIC : MS 2023 34 CS 09

À

CCAS de Clermont l'Hérault
Place Auguste Ginouvès
34800 Clermont l'Hérault

Courrier RAR n°

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'EHPAD Léon Ronzier Joly à Clermont l'Hérault

Objet : Inspection conjointe de l'EHPAD Léon Ronzier Joly
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 en date du 23 novembre 2023, nous vous avons invité, par lettre d'intention en date du 18 mars 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 2 mai 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 et de manière non exhaustive votre attention sur les problématiques suivantes :

- Le climat social apparaît compliqué au sein de l'établissement ;
- Les instances permettant la participation des usagers et des personnels à la vie de l'établissement ne sont pas mises en place de manière satisfaisante ;
- Il n'existe aucune procédure formalisée de déclaration des événements indésirables graves ;
- Il n'existe aucune organisation de la continuité de la fonction de direction.

- Le temps de médecin coordinateur est insuffisant ;
- Les protocoles et les procédures liés aux bonnes pratiques en gériatrie ne sont pas à jour.
- L'absence de procédure formalisée pour assurer la permanence des soins ;

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à nos services respectifs, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions.

Le cas échéant, nous organiserons un contrôle d'effectivité.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

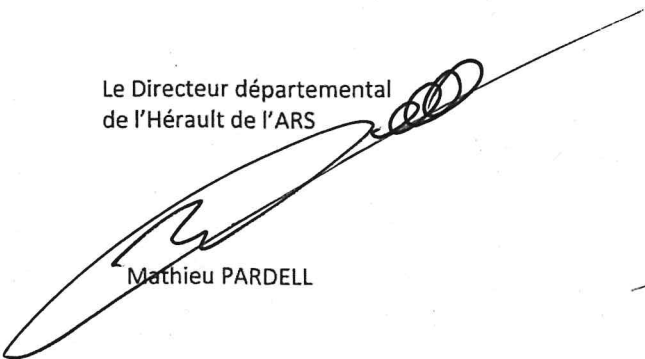
Un recours gracieux motivé peut être adressé à nos services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré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

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « 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'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur départemental
de l'Hérault de l'ARS



Mathieu PARDELL

La Directrice adjointe de la Maison
départementale de l'autonomie



Florence ALDEBERT



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



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



Tableau de synthèse des mesures correctrices définitives

Inspection de l'EHPAD Léon Ronzier Joly

Rue Françoise Giroud - 34800 Clermont-l'Hérault

Inspection du 23 novembre 2023

N° PRIC : MS_2023_34_CS_09

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

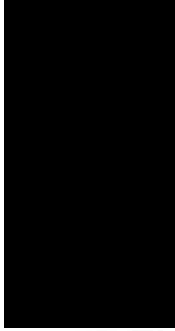
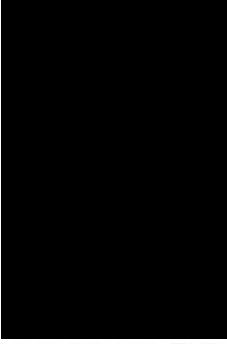
Une Remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

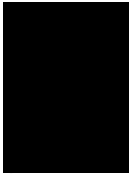
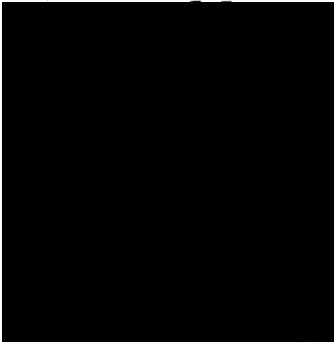
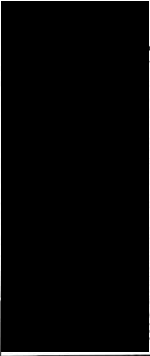
Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr



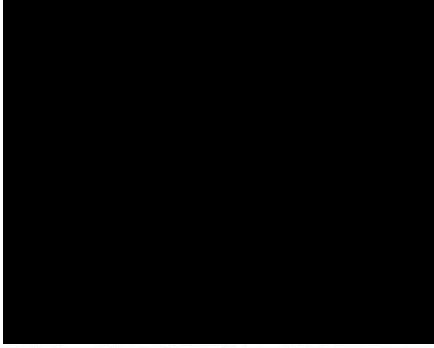
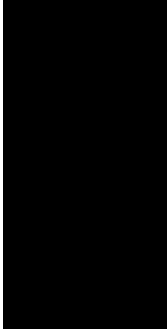
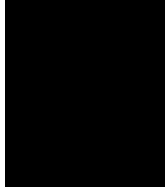
Conseil départemental de l'Hérault
Hôtel du département, Mas d'Alco
1977 avenue des Moulins
34087 MONTPELLIER CEDEX 4

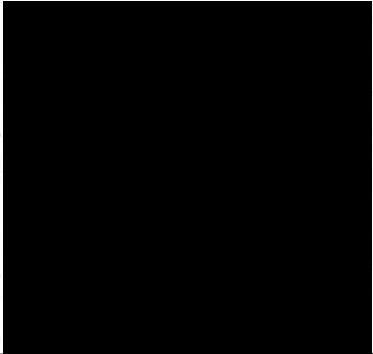
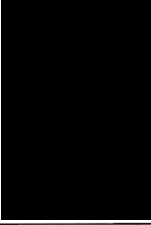
herault.fr

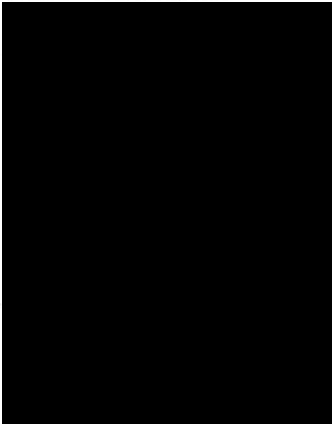
Écarts (11)	Rappel de la réglementation	Mesure (prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la notification de la décision du DGARS/ PCD 34	Réponses de l'établissement	Décision des autorités (ARS/CD34)
Écart n° 1 : Le DUD de la directrice transmis à la mission date de 2017 et n'a pas été renouvelé lors du changement des nouvelles instances dirigeantes (nouveau président du CCAS). Le DUD transmis n'est donc pas conforme aux textes compte tenu du changement de l'identité du délégataire, ce qui peut présenter un risque pour la conformité de certaines décisions prises par la direction.	D312-176-5 et-10 CASF	Le DUD de la directrice doit être signé du président du CCAS en fonction.	3 mois		La prescription est maintenue car il est nécessaire que le document soit transmis aux autorités. Délai de 3 mois inchangé.
Écart n° 2 : Il apparaît que le CVS n'est pas mis en place de façon conforme à la réglementation : depuis 2019 ses membres n'ont pas été élus. Des personnes y siègent sans mandat électif; Le quorum requis n'est pas respecté; Les relevés de décision et d'instauration du CVS de 2023 n'ont pas été communiqués aux autorités. Le règlement intérieur du CVS n'a pas été établi. Cela présente un risque important pour la garantie de la bonne participation des usagers et leur possibilité d'exprimer leurs besoins.	D311-20 CASF D311-19 CASF	Le gestionnaire doit respecter les règles de composition et d'organisation du CVS qui doit être instauré et fonctionner conformément à la réglementation. Le règlement intérieur du CVS doit être établi. La copie de la décision d'instauration et des relevés de décisions doivent être transmis aux autorités.	3 mois		La prescription est maintenue. Il est en effet demandé à l'établissement de respecter les délais (inchangés) et d'adresser le cas échéant les documents demandés aux autorités.

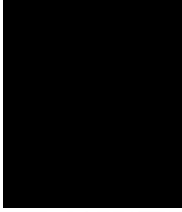
Écart n° 3 : Tout EIG (associés aux soins ou non), quel que soit la gravité, soit déclaré par tout professionnel de l'établissement à l'ARS ars-oc-alerte@ars.sante.fr. Il n'existe aucune procédure formalisée pour cette remontée ni affichage sur la conduite à tenir. Cette absence de formalisation ne permet pas de s'assurer que la notion d'EIG est connue des professionnels et que l'ensemble des EIG est transmis aux autorités compétentes, présentant ainsi un risque pour le suivi des risques encourus par les résidents et les personnels.	R1413-68 CSP	Établir une procédure interne de déclaration des EI et EIG, prévoyant également un retour d'expérience et un affichage, et la diffuser.	2 mois		La prescription est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre des mesures correctives. Délai inchangé.
Écart n° 4 : Il n'y a pas de registre des entrées et sorties mais une liste informatisée des résidents.	L331-2 et R331-5 CASF	L'établissement doit mettre en place et établir le registre des entrées et sorties papier tel que prévu aux articles L331-2 et R331-5 du CASF.	1 mois		La mission prend bonne note du commentaire de l'établissement. La prescription et son délai de mise en œuvre sont maintenus. En effet il s'agit toutefois d'une exigence réglementaire du CASF, utile aux autorités de police notamment, information qui doit pouvoir être donnée à tout moment à l'autorité qui en ferait la demande notamment lors d'un événement pouvant impacter la sécurité des résidents. La liste des personnes accueillies devant ainsi être accessible sans être dépendant de l'informatique.
Écart n° 5 : L'examen des dossiers des résidents et des contrats montrent que leur formalisme n'est pas conforme aux articles sus visés du CASF : les contrats et les annexes	L311/4 et suivants, L311-5; L 311-7, D311, L342-2 et L342-	L'intégralité des contrats de séjour doit être signé. Leur contenu actualisé pour se conformer aux dispositions réglementaires en vigueur. Les contrats et les annexes doivent être	Immédiat		La prescription est maintenue. En effet il ne saurait y avoir de résident hébergé sans contrat signé. L'absence de contrat présente un fort risque

ne sont pas systématiquement signés des résidents ou renseignés convenablement. Les prestations socles de l'art. L314-2 en vigueur n'y sont pas indiquées.	3; annexe 2-3-1 CASF	systématiquement renseignés et signés des résidents ou leur représentant à leur entrée dans l'établissement. La liste des prestations socles (dites minimales) et optionnelles doit être mise à jour et indiquée au contrat. Les annexes sur les prestations choisies, l'état des lieux et autres doivent être également signés et paraphés, mis à jour et convenablement renseignés afin de permettre d'indiquer clairement si l'option est choisie ou pas par le résident. La variation des tarifs doit être signifiée par écrit au résident et faire l'objet d'une information préalable en CVS. Concernant les contrats des résidents, ce rapport est susceptible d'être transmis aux services compétents de la DREETS.		d'irrégularité de la facturation qui n'est pas possible sans contrat signé. L'attention de l'établissement est portée sur les modalités de mise à jour a posteriori des contrats : les conditions des contrats sont celles signées lors de l'admission donc les changements doivent respecter l'accord de l'usager auquel cas les anciennes conditions (tarifs notamment) perdurent. Le délai, modifié, est de deux mois avec prise en compte nécessaires des points de vigilance signifiés ci-dessus par la mission.	
Écart n° 6 : L'article L314-12 du CASF prévoit la signature d'un contrat sur les conditions d'exercice entre le professionnel de santé libéral et l'établissement. Les conventions avec les professionnels qui interviennent au sein de l'établissement n'ont pas été transmises à la mission d'inspection, ne permettant ainsi pas de connaître de leur bon exercice.	L314-12 du CASF	Etablir des conventions signées individuelles avec tous les médecins traitants et tous les kinésithérapeutes intervenant dans l'établissement selon le modèle de contrats types fixé par arrêté du 30 décembre 2010.	3 mois	La prescription est maintenue et le délai inchangé. Il est demandé à l'établissement d'apporter à minima la preuve de la recherche de conventionnement ou du refus des professionnels de signer. Ces conventions visent à définir les modalités d'exercice au sein de l'établissement.	

Écart n° 7 : L'article D312-156 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise que « le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à 0.6 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ». Le MEDEC est actuellement à 0.1 ETP pour une capacité autorisée de 85 places. Ainsi le temps dont dispose l'établissement est inférieur à celui prévu par le décret. L'absence d'un temps suffisant de médecin coordonnateur présente un risque important pour la coordination des soins au sein de l'établissement et donc pour la prise en charge des résidents.	D312-156 CASF	Selon les textes en vigueur, au regard du nombre de résidents accueillis, correspondant à une quotité de travail du MEDEC à 0,6 ETP, établir et mettre en œuvre un plan d'actions pour augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à 0,6 ETP et dans l'attente du recrutement prévoir un renfort de temps de professionnel de santé pour pallier ce défaut de temps de médecin coordonnateur.	3 mois. Et mise en œuvre continue		La prescription est maintenue et le délai de mise en œuvre est inchangé. L'établissement doit, a minima, être en capacité, de présenter la preuve de la recherche d'un médecin coordonnateur.
Écart n° 8 : la commission de coordination gériatrique doit être organisée annuellement et présidée par le MEDEC ce qui n'est pas le cas actuellement. Sa non mise en œuvre présente un risque pour la bonne coordination des interventions des professionnels et donc pour la prise en charge des résidents.	D312-158 CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique	Organiser la commission de coordination gériatrique.	12 mois		La prescription est maintenue et le délai de mise en œuvre est inchangé. La mise en place de cette commission doit être une priorité des missions du médecin coordonnateur lorsque celui-ci sera recruté.
Écart n° 9 : l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles pose le principe du Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) pour chaque résident avec l'aide de celui-ci ou de son représentant légal. La formalisation des PAP est une des actions prioritaires dans le CPOM 2020-2024. Le nombre de résidents disposant d'un PAP n'est pas connu et celui-ci n'apparaît pas systématiquement sur BL soins. Il n'est ainsi pas garanti que l'ensemble des résidents dispose d'un PAP validé et accessible aux professionnels.	L311-3 CASF	Pour tous les résidents, rendre disponible un projet d'accompagnement validé par le résident ou son représentant légal, l'inclure dans le dossier médical informatique et le réévaluer en fonction de l'évolution du résident et au moins annuellement.	9 mois		La prescription est maintenue et le délai de mise en œuvre est inchangé. Le commentaire de l'établissement, difficilement compréhensible, ne permettant pas d'établir que la prescription n'est plus d'actualité.

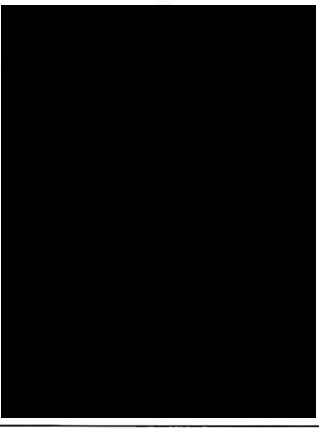
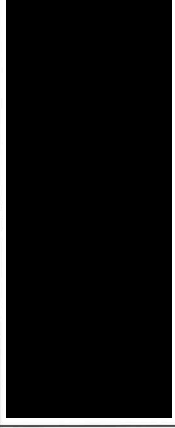
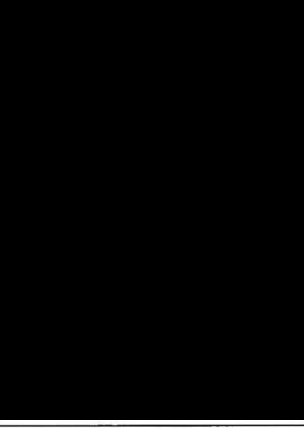
Écart n° 10 : Le dossier de suivi médical est couvert par le secret médical. À ce titre, il doit donc être sécurisé ce qui n'est pas le cas des dossiers papiers consultés.	145-6 du CSP	Sécuriser les dossiers papiers (armoire fermée à clef) et sécuriser les locaux infirmiers, pharmacie et médicaux en général (à fermer quand il n'y a personne).	Immédiat		La prescription est levée.
Écart n° 11 : tout Événement Indésirable Grave associé aux Soins, quel que soit la gravité, doit être déclaré par tout professionnel de santé au directeur de l'ARS ars-oc-alerte@ars.sante.fr. Cette procédure n'est manifestement pas connue de l'ensemble des personnels. Le protocole actuel est ancien et aucun retour d'expérience n'est réalisé après EIGS.	R1413-68 CSP	Établir une procédure interne de déclaration des EIGS (quel que soit le niveau de gravité), prévoyant un retour d'expérience et un affichage, et la diffuser.	2 mois		La prescription est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre des mesures correctives. Délai inchangé.

Remarques (36)	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	Décision des autorités (CD34/ARS)
Remarque n° 1 : La mission constate que le règlement de fonctionnement en vigueur date du 4/02/2019 soit il y a presque 4 ans.	L'établissement doit veiller à ce que ce document soit à jour et adapté au fonctionnement de l'établissement. Sa rédaction doit être concertée avec le personnel.	12 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 2 : Le projet d'établissement couvre la période 2018-2023. Il doit donc être actualisé en 2024, d'autant qu'il n'a pas été actualisé avec le changement de municipalité entraînant un changement dans la gouvernance de l'établissement.	Procéder au renouvellement du projet d'établissement selon les recommandations des bonnes pratiques professionnelles et y préciser (obligatoire depuis le 1er janvier 2023) 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.	12 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 3 : La mission constate que les personnels ne semblent pas assez associés à la vie de l'établissement car le personnel semble ne communiquer que via le logiciel BL soins. Cela ne permet pas de s'assurer que les personnels se sont appropriés le projet d'établissement.	Recommandation : Sous la responsabilité de la direction, avec le concours des représentants des salariés et du conseil de vie sociale, l'établissement doit créer une modalité d'information de l'ensemble des personnels quant à la mise en œuvre du projet d'établissement et son renouvellement à venir. Cette modalité doit être indépendante du fonctionnement du logiciel BL Soins et être périodique. L'objectif poursuivi	6 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision (échancier notamment) sur la mise en œuvre des mesures correctives. Il convient que l'établissement présente des actions nouvelles et formalisées visant à l'appropriation du projet d'établissement par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Délai inchangé.

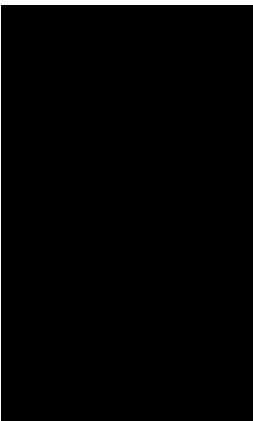
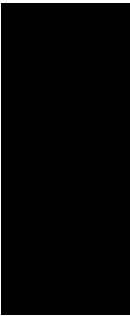
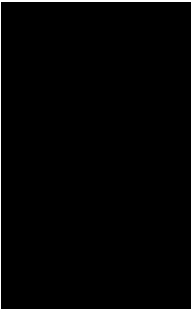
	est l'appropriation par les personnels du projet d'établissement, en lien avec les recommandations de bonne pratiques professionnelles correspondantes de la HAS.			
Remarque n° 4 : La mission a constaté que l'organigramme, ni daté, ni à jour, n'était affiché que dans la salle du personnel. L'organigramme ne doit pas être accessible que par le personnel mais également pour les résidents et leurs proches pour que les responsabilités des personnels soient bien comprises de tous. Il doit par ailleurs être daté et à jour.	Il est demandé à l'établissement d'afficher à la vue de l'ensemble des personnels et usagers l'organigramme de l'établissement et de dater ce dernier.	3 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 5 : La continuité de la fonction de direction n'est pas organisée ce qui présente un risque pour la continuité des prises en charge en cas d'événement indésirable survenant dans l'établissement.	L'organisation doit prévoir des modalités formelles et précises organisant la continuité des missions de direction et d'encadrement de l'établissement en cas d'absence du directeur / de la directrice, déclinées à travers des fiches ou protocoles définissant les contours et limites de cette continuité.	3 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé. La mission ne saurait accepter une seule « réflexion ». Il est nécessaire que l'établissement projette et présente une organisation. Il est souligné à l'établissement qu'en l'absence de délégation à jour (cf. écart n° 1 supra) l'établissement doit s'organiser en interne pour porter ses responsabilités, portées également par le gestionnaire président du CCAS). Il revient à l'équipe encadrante de définir l'organisation de la continuité des fonctions de direction en précisant les délégations, missions et leurs limites en absence de la direction. Un dispositif réfléchi à l'échelle du GECOH peut le cas échéant s'envisager mais

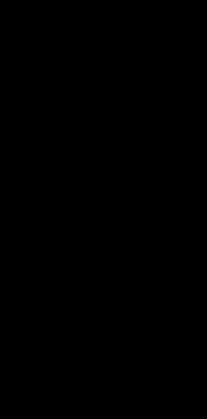
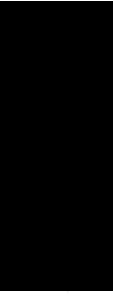
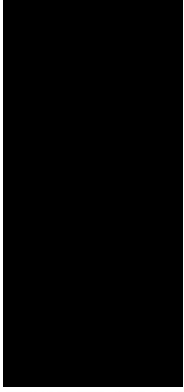
				ne retire en rien le besoin de clarifier les points évoqués ci-dessus.
Remarque n° 6 : La mission constate que le dernier compte rendu d'instance de dialogue social date du 03.03.2023.	La direction de l'établissement doit transmettre aux représentants des salariés les derniers compte rendu des instances de dialogue social. Les prochains comptes rendus devront être produits dans un délai d'un mois. Les représentants des salariés doivent en suivant communiquer les informations à l'ensemble des personnels.	3 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé. La mission d'inspection note que l'établissement n'apporte aucun élément motivant le commentaire transmis et souligne l'importance d'améliorer la qualité du dialogue social dans l'établissement, notamment au regard des nombreux témoignages reçus de la part de salariés, pendant et après la visite.
Remarque n° 7 : Le règlement intérieur n'apparaît pas avoir été mis à jour depuis 2017 et n'évoque pas les mesure préventives et/ou sanctions de la maltraitance.	La mission recommande d'évoquer au règlement intérieur la bientraitance et les mesures relatives à la politique de vigilance et aux mesure préventives ou de sanctions encourues relatives à la maltraitance des résidents au sein de l'établissement.	6 mois		Compte tenu de l'absence de transmission du document et de l'absence de réponse sur la thématique de la bientraitance, la recommandation est maintenue. Délai inchangé.
Remarque n° 8 : Bien que les personnels indiquent disposer de suffisamment de matériels pour mener leurs missions il a été indiqué à la mission d'inspection lors des entretiens qu'aucune traçabilité des demandes de matériel n'était réalisée. L'absence de suivi pourrait présenter un risque pour le bon approvisionnement de l'établissement dans un contexte de turnover des équipes. Cela permet également d'objectiver les demandes et leur niveau d'urgence.	Le gestionnaire doit mettre en place un outil de suivi des demandes d'achats permettant de suivre le volume des demandes et le délai de réponse.	6 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.

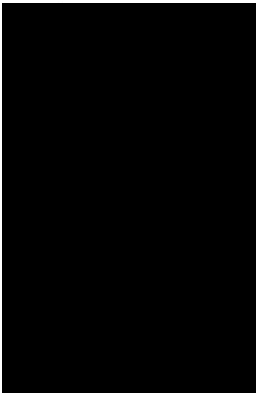
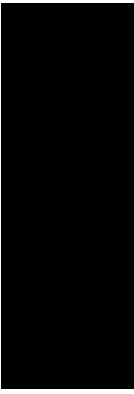
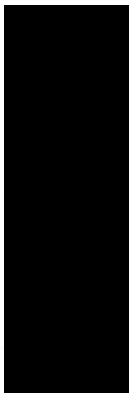
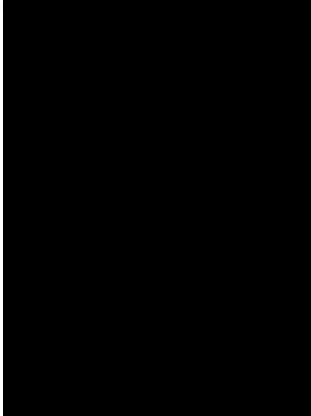
Remarque n° 9 : Une partie du personnel a suivi une formation « humanitude » mais il n'existe pas dans le plan de formation transmis à la mission d'inspection de formation sur la promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance à destination du personnel. Cela présente un risque de non diffusion d'une culture complète de la bientraitance au sein des équipes.	Le gestionnaire doit mettre en place un plan d'action destiné à promouvoir la bientraitance dans l'établissement à travers : • L'inscription au plan de formation de formations visant à prévenir la maltraitance, à proposer au maximum d'agents ; • Le développement d'un affichage spécifique sur la promotion de la bientraitance ; • La description précise de la politique de promotion de la bientraitance dans le projet d'établissement.	immédiat pour l'affichage et 12 mois pour les autres mesures		La recommandation est maintenue. Les éléments transmis dont la mission prend bonne note ne permettent pas de s'assurer qu'un plan d'action destiné à promouvoir la bientraitance soit porté à connaissance des agents, soit promu et mise en œuvre. Il en est de même pour l'affichage et l'intégration dans le projet d'établissement. Délai inchangé.
Remarque n° 10 : Contrairement au référentiel HAS d'évaluation de la qualité des ESMS" de mars 2022 il n'existe aucune démarche qualité formalisée au sein de l'établissement. Il existe seulement le plan d'action issu de la dernière évaluation, sans suivi formalisé.	Le gestionnaire doit mettre en place un suivi régulier de la qualité au sein de l'établissement à travers la mise en place d'une instance dédiée et d'actions en lien avec les préconisations de la dernière évaluation et permettant d'évaluer régulièrement le degré de satisfaction des usagers.	12 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 11 : Contrairement au référentiel HAS d'« évaluation de la qualité des ESMS » de mars 2022, les réclamations ne font pas l'objet d'un suivi spécifique ni d'une analyse collective.	Le gestionnaire doit mettre en place une procédure de recueil et de suivi des plaintes et réclamations ainsi que des actions régulières d'analyse en équipe autour des situations.	2 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.

Remarque n° 12 : Selon les témoignages recueillis par la mission d'inspection il existe des incertitudes sur le fait que le gestionnaire s'assure de la compatibilité de leurs personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables.	Le gestionnaire doit présenter sous la forme d'un écrit le processus réalisé pour mettre en œuvre cette obligation de contrôle	3 mois		La prescription est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre des mesures correctives. Délai inchangé. Il est rappelé à l'établissement que l'article L311-8 du CASF précise que le projet d'établissement doit "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"
Remarque n° 13 : La mission d'inspection a constaté que les fiches de poste transmises ne sont ni datées ni signées ce qui ne permet pas de savoir si elles ont emporté l'adhésion de leur destinataire.	Faire signer et transmettre la preuve des signatures des fiches de poste des personnels.	6 mois		La recommandation est levée.
Remarque n° 14 : Les responsabilités des personnels de l'équipe de direction ne sont pas clairement identifiées. Aucune équipe de direction n'est identifiée. Ce qui présente un risque pour la prise de décision, notamment en cas d'événement exceptionnel.	Le gestionnaire doit définir par un biais formalisé quels personnels sont membres de l'équipe de direction et comment s'organise la continuité de la mission de direction en l'absence ou en cas d'empêchement de du directeur / de la directrice de l'établissement.	4 mois		La recommandation est maintenue car aucun élément attestant de la formalisation de l'organisation décrite n'a été produit. De plus les salariés n'ont pu attester des éléments indiqués par l'établissement. Délai inchangé.
Remarque n° 15 : La gestion des absences de personnel n'est pas formellement organisée et est gérée par une infirmière.	Le gestionnaire doit définir et formaliser par un protocole une organisation de l'établissement qui prévoit des modalités formelles de gestion des absences inopinées assurées par un personnel de l'équipe de	3 mois		La recommandation est maintenue dans son aspect formel. La formalisation est indispensable pour prévenir les risques de mauvaise interprétation et pour rendre durable

	direction, en lien avec l'infirmière coordinatrice.			une organisation indispensable à la continuité de la prise en charge. Délai inchangé.
Remarque n° 16 : Le plan de formation présenté n'est pas spécifique à l'établissement et est peu développé. De plus la politique de formation de l'établissement n'est pas claire, sans participation du médecin coordinateur ni de l'IDEC et il n'y a pas de suivi du personnel formé et du type de formations reçues.	Le gestionnaire doit : - Élaborer un plan de formation pluriannuel formalisé reprenant les souhaits exprimés par les personnels lors des entretiens annuels ou en réunion du personnel et les grandes orientations de la politique du Grand Age (prévention des chutes, lutte contre la maltraitance, etc.) en y associant les ressources interne (psycho, IDEC, MEDEC...), - Assurer un recueil régulier besoins du staff qui a été formé et des souhaits de formation. - Assurer le suivi des personnels formés et du type de formation suivi.	9 mois et actualisation tous les ans		Les éléments décrits aux pages 35 à 37 du projet d'établissement ne correspondent pas à un plan de formation mais en une liste de thématiques de formations classées en 4 axes. Ne sont pas précisés : les objectifs, le type de personnels ciblés, le nombre de personnel, les moyens mobilisés, l'année cible, les modalités de recueil des besoins en formation. La recommandation et le délai sont inchangés.
Remarque n° 17 : La mission constate que contrairement aux recommandations de bonne pratiques professionnelles de la HAS (2011) l'établissement ne développe pas de modes de soutien formalisés aux professionnels prenant la forme soit d'actions de supervisions, soit d'analyse des pratiques menées par des professionnels distincts de ceux appartenant à l'équipe thérapeutique.	Le gestionnaire doit rendre effectif l'analyse de pratique et la proposer aux professionnels de manière régulière.	6 mois		La mission prend bonne note de la réponse. La recommandation est levée.

Remarque n° 18 : Le dernier PV de commission de sécurité comportait 14 prescriptions devant faire l'objet de mesures correctives. La non prise en compte de ces prescriptions présente un risque pour la sécurité des résidents.	Le gestionnaire doit attester avoir levé les 14 prescriptions émises par la dernière commission de sécurité. Auquel cas un signalement aux autorités compétentes est envisagé par la mission d'inspection.	1 mois		La mission prend bonne note de la réponse. La remarque est levée.
Remarque n° 19 : Des dysfonctionnements du système d'appel malade ont été signalés à la mission et des retards dans le traitement des appels sont indiqués au compte rendu du CVS	La maintenance du dispositif d'appel malade doit permettre de garantir le bon fonctionnement de tous les appareils, sans délai. L'organisation des équipes doit permettre d'assurer une réponse sécurisante et appropriée aux résidents à tout moment, si besoin en rappelant aux résidents les consignes et conditions d'utilisation de ces équipements.	Immédiat		La mission prend bonne note de la réponse. La remarque est levée.
Remarque n° 20 : La signalisation dans les ascenseurs est inappropriée pour des personnes âgées ou à mobilité réduite. Cela présente pour les résidents un risque de pertes de repères et de stress voire d'errance.	Adapter la signalisation dans les ascenseurs aux publics présents dans l'établissement	1 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 21 : La mission a constaté qu'il n'y avait aucun critère d'admission formalisé et que certains profils particuliers n'étaient pas admis eut égard aux événements passés dans l'établissement et à leur impact potentiel sur le collectif. Cette non-formalisation des critères est susceptible à moyen terme de créer un risque de discrimination à l'admission.	Le gestionnaire doit formaliser une procédure d'admission avec des critères précis, objectifs et non discriminatoires. Cette procédure doit être construite en équipe et présentée aux personnels.	6 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.

Remarque n° 22 : La recherche du recueil du consentement à l'admission du résident n'est pas établie de façon écrite et formelle.	Mettre en place une fiche attestant des démarches de recueil du consentement éclairé et formel lors de l'admission des résidents dans l'établissement.	3 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 23 : Les projets d'accueil et d'accompagnement ne sont pas connus de tous les personnels. Il n'existe pas de récurrence dans l'actualisation des projets d'accueil et d'accompagnement qui ne sont donc pas actualisés régulièrement voire pas utilisés par les personnels dans le cadre de leur accompagnement des usagers de l'établissement.	Le gestionnaire doit réaliser une information régulière des personnels autour de la notion du PAA et formaliser et mettre en œuvre une modalité d'actualisation régulière (à minima tous les 3 à 6 mois) pour chaque résident.	6 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 24 : Seule la convention avec le Mas du Rochet a été transmise, elle est à l'état d'ébauche et non signée. Les autres conventions avec les partenaires hospitaliers n'ont pas été transmises, en particulier la convention avec l'HAD de Pézenas (convention inscrite comme objectif 3 du CPOM 2020-2024).	Le gestionnaire doit établir les conventions de coopération avec les établissements de santé afin de favoriser le recours à ces établissements.	6 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 25 : L'établissement n'utilise pas la télémedecine. Recommandation : utiliser la télémedecine, établir une convention avec un partenaire spécialisé et réserver une salle pour cet usage.	utiliser la télémedecine, établir une convention avec un partenaire spécialisé et réserver une salle pour cet usage.	12 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 26 : il n'y a pas de procédure formalisée pour assurer la permanence des soins ce qui présente un risque pour la prise en charge des résidents.	Prioriser les ressources territoriales pour assurer la permanence des soins ambulatoires hors urgence. Développer les liens avec la Maison Médicale de Garde afin d'avoir une possibilité de conseils et d'interventions (y compris pour les certificats de décès) ou pour la	3 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.

	possibilité de consultation non programmée.			
Remarque n° 27 : La prescription médicale de la contention n'est pas adéquate en précision (nuit/jour, moyens) et en durée (plusieurs mois) et n'est pas ré-évaluée régulièrement en staff d'équipe.	Veillez à une prescription médicale précise et de courte durée de la contention (jour et/ou nuit) avec réévaluation régulière impliquant l'ensemble de l'équipe soignante -Elaborer une procédure sur les contentions et leurs suivis. -Elaborer une liste de patients sous contentions (y compris lorsqu'il s'agit d'une seule des deux barrières du lit), avec les dates de prescription et de réévaluation.	Immédiat		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 28 : Le Dossier de Liaison d'Urgence ne répond pas au modèle synthétique de 2 pages recommandé par la HAS.	Poursuivre le travail pour standardiser un DLU court et précis.	3 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 29 : le charriot d'urgence est non scellé et sans procédure à jour de vérification.	Procéder à la vérification des péremptions du charriot d'urgence et au suivi du matériel. Sceller le charriot après vérification et/ ou utilisation	Immédiat		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 30 : les protocoles et les procédures ne sont pas à jour et leur consultation n'est pas facile ce qui présente un risque pour leur mise en œuvre rapide et donc pour la sécurité des résidents.	Le gestionnaire doit travailler en équipe une adaptation et mise à jour des fiches de procédures en fonction des situations et retours d'expérience de l'établissement avec en priorité les conduites à tenir urgence, douleur, chute, déshydratation, contention, escarre.	12 mois		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé. Les indications données par l'établissement concernant la consultation des protocoles ne sont pas partagées par la mission d'inspection. Le délai tient par ailleurs compte de la difficulté de recrutement du médecin coordinateur.

Remarque n° 31 : « Organiser la rédaction des directives anticipées, améliorer la prise en charge de la douleur et disposer de procédure de nursing » sont les actions identifiées dans le CPOM 2020-2024 pour l'objectif 10 de mettre en place un dispositif de prise en charge des soins palliatifs et qui n'ont pas complètement été mis en œuvre.	Finaliser ces actions qui sont déjà identifiées dans le CPOM 2020-2024.	Durant 2024		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de réponse sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 32 : Lors de la visite un carton DASRI débordait.	Établir une note de service demandant de veiller à fermer les cartons lorsqu'ils sont pleins et à ne pas dépasser la capacité.	Immédiat		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 33 : En bonne pratique déjà mise en place, la pharmacie doit continuer à assurer si le traitement peut être broyé ou non. Cependant le broyage des médicaments n'est pas prescrit par les médecins traitants.	Demander aux différents médecins traitants la prescription du broyage des médicaments lorsqu'il y a des troubles avérés de la déglutition ; le médecin traitant est responsable de l'adaptation du traitement si le traitement ne peut pas être broyé (alerte de la pharmacie).	Immédiat		La recommandation est levée.
Remarque n° 34 : les gouttes sont préparées en amont de l'administration	L'établissement doit rappeler aux professionnels que la préparation des gouttes buvables doit se faire au moment de l'administration.	Immédiat		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé.
Remarque n° 35 : la péremption des médicaments stockés n'est pas vérifiée.	mettre en place une procédure mensuelle de vérification de la pharmacie, des stocks et péremptions.	Immédiat		La recommandation est maintenue compte tenu de l'absence de précision sur la mise en œuvre de la mesure corrective. Délai inchangé
Remarque n° 36 : la pharmacie est peu sécurisée avec beaucoup de passages	La sécurité des locaux de la pharmacie doit être assurée en fermant à clef en cas d'absence des infirmières.	Immédiat		La recommandation est levée.