



RAPPORT EHPAD LES ESTAMOUNETS (11) CONTROLE SUR PIECES

PORANT SUR LA SECURITE, LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD

Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux
(Articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Nom de l'EHPAD :	EHPAD LES ESTAMOUNETS
Adresse :	25, Chemin du Pech - 11 190 COUIZA
Numéro FINESSE juridique :	110007473
Numéro FINESSE géographique :	110787579
Nom de l'organisme gestionnaire :	CIAS de la Communauté des Communes du Limouxin
N° de téléphone :	04 68 74 10 50
Mail direction :	direction.lesestamounets@orange.fr

Équipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Équipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]

Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection/contrôle est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L. 300-2 du Code des Relations entre le Public et les Administrations (CRPA) et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

- o Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L. 311-2 du CRPA).

Seul le rapport établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée/contrôlée est communicable aux tiers.

- o Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- *dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »*

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

I - GOUVERNANCE.....	6
1.1 - Direction.....	6
1.2 - Fonctionnement institutionnel.....	7
1.3 - MEDCO et IDEC.....	9
1.4 - Qualité et GDR.....	10
II - RESSOURCES HUMAINES.....	12
2.1 - Effectifs.....	12
2.2 - Formation.....	12
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	13
3.1 - Projet général médico-soignant.....	13
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques.....	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé.....	18
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	19

INTRODUCTION

La Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités a lancé un plan national de contrôle spécifique aux EHPAD. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD occitans au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD LES ESTAMOUNETS est conduit en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique.

Dans ce contexte, le contrôleur a procédé à la vérification et à l'analyse de la gouvernance, de l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents et l'analyse de la prise en charge et des soins des résidents.

Ce contrôle sur pièces a pour objet de procéder au repérage des principaux risques et facteurs de risque de toute nature présentés éventuellement par l'établissement, au regard de son pilotage, son organisation et son fonctionnement.

Le contrôle sur pièce s'est déroulé le 25 mars 2024 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires.

Ce rapport est communiqué au gestionnaire de l'établissement afin de recueillir ses éventuelles observations quant aux mesures envisagées par le commanditaire.

La structure inspectée se présente comme suit :

Nom de l'EHPAD	LES ESTAMOUNETS	
Statut juridique	Fonction Publique Territoriale	
Option tarifaire	Tarif partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	76	76
HT	2	2
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupes Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : [REDACTED] - validé le 09 juin 2022 PMP : [REDACTED] - validé le 09 juin 2022	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	78	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement : Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente les différentes fonctions de l'EHPAD. Conforme à la demande.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure dispose d'une directrice qui exerce des fonctions de direction sur cette structure à ETP. La directrice est titulaire d'un diplôme de directeur d'établissement de l'intervention sociale niveau 1. Un Arrêté de titularisation a été transmis. Conformité à la réglementation.
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature		Le Document Unique de délégation a été transmis. Il est daté et signé du 24 mars 2017.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		La structure déclare que l'astreinte est informelle 24 heures sur 24. Remarque 1 : Au jour du contrôle, la structure ne dispose pas de calendrier d'astreinte.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	La structure déclare que le projet d'établissement est en cours d'actualisation. Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté du 29 avril 2015: Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
Est-ce qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour)	Art. L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Le contrat de séjour est-il signé ?	Contrat de séjour : Art. L.311-4 du CASF Signature : Art. D.311 du CASF	Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure. Conformité. Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de	Art. D.312-158, 3° du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la	La structure a transmis la composition de la commission de coordination gériatrique (CCG), le compte-rendu daté du 01 février 2024. La CCG est constituée et active. Conformité à la réglementation.

ARS Occitanie

EHPAD LES ESTAMOUNETS – Contrôle sur pièces du 25 mars 2024

Dossier MS_2024_11_CP_11

l'établissement est-elle : <ul style="list-style-type: none"> - Constituée ? - Active ? 	commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles	
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF	Selon la structure le CVS n'est pas actif en raison des difficultés à mobiliser les membres élus. La structure déclare que le CVS sera constitué le 17 avril 2024 suite aux élections et au règlement intérieur. La programmation 2024 prévoit trois réunions. La structure a transmis un compte rendu du CVS daté de 20 septembre 2023.

1.3 - MEDCO et IDEC

Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	Diplôme : Art D. 312-157 du CASF	Le MEDEC dispose d'un diplôme [REDACTED] La structure a transmis le contrat du MEDEC daté et signé du [REDACTED]. Conformité.
---	-------------------------------------	---

ARS Occitanie

EHPAD LES ESTAMOUNETS – Contrôle sur pièces du 25 mars 2024

Dossier MS_2024_11_CP_11

Contrat de travail du MEDEC	HAS, 2012 <u>Contrat</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Ecart 3 : La réglementation prévoit pour une capacité de 76 places, un ETP de 0,6 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de █ ETP pour 76 places autorisées et installées, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
IDEc : L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ? Contrat de travail et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC.	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. Son Arrêté de nomination par voie de détachement daté et signé du 19 octobre 2023. La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste.
1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles	Recommandation	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.

ARS Occitanie

EHPAD LES ESTAMOUNETS – Contrôle sur pièces du 25 mars 2024

Dossier MS_2024_11_CP_11

formalisées (cas complexes, EIAS) ?	de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		Au jour du contrôle, la structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).

<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p>		<p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Elle porte bien la mention « sans délai ». Conformité.</p>
<p>Depuis 2021, quel est le nombre de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?</p>	<p>Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>La structure mentionne 4 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et EIG ?</p>		<p>La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP</p> <p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit, l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Équipe pluridisciplinaire soignante en ETP :</p> <p>[REDACTED] médecin coordonnateur, [REDACTED] cadre de santé, [REDACTED] IDE, [REDACTED] AS / faisant fonction / AMP, [REDACTED] psychologue</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø 0 ETP vacant d'IDE et 2 ETP vacant d'AS-AES-AMP ; Ø 0,55 % de taux d'encadrement. <p>Pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø IDE : 25,30 % de taux d'absentéisme ; 12,50 % de taux de turn-over. Ø AS-AES-AMP : 16.96 % de taux d'absentéisme ; 10 % de taux de turn-over. <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p>
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<u>HAS, 2008, p.18</u> <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u>	<p>Le plan de formation pour l'année 2023, comprenant à la fois des formations réalisées en interne et en externe, a été transmis. De même, le plan de formation prévisionnel pour l'année 2024, incluant des formations internes et externes, a également été envoyé.</p>
---------------------------------------	---	--

	<p><u>HAS 2008, p.21</u> <u>(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)</u></p>	Pas d'observations.
--	--	---------------------

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (Projet général de soins)	Elaboration projet soin général dans PE par MEDCO : Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	La structure déclare que le projet de soins général comprendra lors de l'actualisation du projet d'établissement. Cf. écart 1
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF	La structure déclare disposer d'annexe au contrat de séjour.
Existe-t-il une procédure d'admission	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations.

formalisée ?		
--------------	--	--

Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u>	La structure déclare disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés. Astreinte opérationnelle IDE.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La procédure du circuit du médicament a bien été transmise. Pas d'observations.

La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine [REDACTED] Conformité.
La structure organise-t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise par la structure. Pas d'observations. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007 Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a bien été transmise. Pas d'observations.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise par la structure. Pas de remarques particulières.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise par la structure. Pas d'observations.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	La structure déclare disposer des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil.

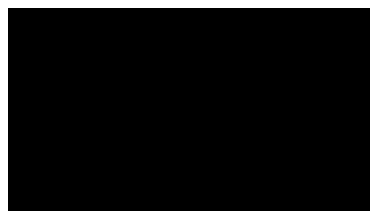
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3, 7 ^e du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Conformité. La structure déclare pour le projet de soins individuel (PSI) l'intégration des plans de soins individualisés AS et IDE dans le dossier informatisé du résident, Net'Soins, ainsi que les observations des médecins traitants. La structure déclare que pour le projet individuel de vie (PIV), un support intitulé "Recueil Bienvenue aux Estamounets" est systématiquement complété à cet effet.

3.4 - Relations avec l'extérieur		
<p>Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gérontologie par exemple) 		<p>La structure déclare organiser l'accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec l'organisme suivant : [REDACTED].</p> <p>L'accès aux spécialistes en médecine générale, tels que les médecins traitants des résidents, se fait de manière programmée par eux-mêmes et à la demande des IDE et IPA. L'accès aux autres spécialistes est organisé par les IDE, IPA et médecins traitants autant que nécessaire.</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>La structure déclare organisé les accès L'accès aux plateaux techniques imagerie est organisé par les IDE, IPA et spécialistes en médecine générale autant que de besoin, et aux LBM Laboratoire [REDACTED]</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare qu'il n'y a pas de filière gérontologique ni d'équipe mobile de gériatrie sur le territoire. La mission prend note de cette carence territoriale.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour suivant : le [REDACTED]. Conformité.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie avec [REDACTED] Pas d'observations.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Pas de remarques particulières.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec l'HAD [REDACTED]

Fait à Toulouse, le 15 avril 2024





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

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD LES ESTAMOUNETS
Situé à COUIZA 11 190

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.

Ecarts (3)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF	Prescription 1 : transmettre le projet d'établissement dès sa mise à jour effective.	Effectivité 2024		Maintien de la prescription 1. La mission prend note de la démarche de réécriture du projet d'établissement. Délai : Effectivité 2024
Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF	Prescription 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		Levée de la prescription 2.

<p>Ecart 3 : La réglementation prévoit pour une capacité de 76 places, un ETP de 0,6 médecin coordonnateur.</p> <p>L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 76 places autorisées et installées, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>	Art. D.312-156 du CASF	<p>Prescription 3 : Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	Effectivité 2024	[REDACTED]	<p>Maintien réglementaire de la prescription 3.</p> <p>La mission prend note de la situation du médecin coordonnateur.</p> <p>Délai : Effectivité 2025</p>
--	------------------------	---	------------------	------------	--

Remarques (1)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
<p>La structure déclare que l'astreinte est informelle 24 heures sur 24.</p> <p>Remarque 1 : Au jour du contrôle, la structure ne dispose pas de calendrier d'astreinte.</p>		<p>Recommandation 1 : formaliser le calendrier administratif de l'astreinte</p>	2 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée de la recommandation 1.
