

RAPPORT EHPAD CHI LOMBEZ – Site SAMATAN

CONTROLE SUR PIECES

**PORTANT 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)

Structure	Equipe du contrôle sur pièces
Dénomination : EHPAD CHI LOMBEZ SITE SAMATAN Adresse : 49 R MARCADIEU, SAMATAN 32130 N° FINESS géographique : 320780489 N° FINESS juridique : 320780174 Gestionnaire : CHI LOMBEZ SAMATAN Tél. : 05.62.62.30.43 Mail direction et/ou directeur : [REDACTED]	Pour l'ARS : Equipe 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

- 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.

- 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	6
1.3 - MEDCO & IDEC	8
1.4 - QUALITE ET GDR.....	9
II - RESSOURCES HUMAINES.....	10
2.1 - EFFECTIFS.....	10
2.2 - FORMATION	Erreur ! Signet non défini.
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	11
3.1 - PROJET GENERAL ET MEDICO-SOIGNANT	11
3.2 - PROCEDURE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES GERIATRIQUES	12
3.3 - PROJET ACCOMPAGNEMENT PERSONALISE	14
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR.....	14

INTRODUCTION

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées 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 CHI LOMBEZ SITE SAMATAN 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 (les) contrôleur(s) a (ont) 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 pièces s'est déroulé le 13 février 2023 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national¹. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (cf. annexe n°1).

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	EHPAD SAMATAN	
Statut juridique	Etablissement Autonome de la Fonction Publique Hospitalière	
Option tarifaire	Tarification globale	
EHPAD avec ou sans PUI	Avec PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	59	59
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	59	59

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart 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 a bien été transmis et est conforme aux attendus réglementaires.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF <u>EHPAD publics :</u> Art. D.312-176-10 du CASF	L'EHPAD rattaché au CH de Lombez dispose d'un chef d'établissement, de deux directrices adjointes. Ecart 1 : L'établissement n'a pas transmis l'arrêté de nomination ainsi que les qualifications et diplôme du directeur de l'établissement.
Document de délégation et/ou subdélégation du Président du Président du Conseil d'administration au directeur de la structure pour les EHPAD	<u>EHPAD relevant du public :</u> Art. L. 315-17 du CASF	Remarque 1 : Le document de délégation n'a pas été transmis. Il n'est pas possible d'évaluer le rôle respectif du directeur d'établissement et des deux directrices adjointes.
Astreintes : Le calendrier du 1 ^{er} semestre 2022 est-il fixé ?		Le calendrier des astreintes est transmis, ainsi que le planning. Ils sont lisibles avec légende et permettent de s'assurer de la permanence de direction.
1.2 – FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL		
Projet d'établissement valide	<u>Validité :</u> Art. L.311-8 du CASF	La date d'échéance du projet d'établissement de l'EHPAD en vigueur est 2025. Conformité à la réglementation.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R 311- 33 du CASF	La date du règlement de fonctionnement en vigueur est conforme : 2019.
Un livret d'accueil est-il 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).	Article L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare disposer d'un livret d'accueil remis à chaque nouveau résident.

<p>La commission de coordination gériatrique, chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement, est-elle constituée et active ?</p>	<p><u>Présidence CCG :</u> Art._D312-158, 3° du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>L'établissement déclare la constitution et l'effectivité de la commission de la coordination gériatrique.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS. Est-il opérationnel ? (Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation)</p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023</p> <p><u>Formes de participation :</u> Art. L311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences :</u> Art. D. 311-3 à 32-1 CASF Art D311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D311-4 du CASF Art. D311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u> Art. D311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u> Art. D311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u> Art. D311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Le CVS de l'EHPAD est constitué au sein de la structure. Il est actif. Conformément à la réglementation, le CVS s'est réuni trois fois en 2022. Les trois réunions se sont tenues le :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 février 2022, - 20 juin 2022, - 30 septembre 2022. <p>La dernière en date est le 17 février 2023.</p> <p>Sa composition ainsi que son fonctionnement sont conformes à l'article D.311-6 du CASF – avec formalisation des comptes rendus</p>

1.3 - MEDCO & IDEC		
Qualifications et diplôme du MEDCO (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Contrat de travail du MEDCO	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 <u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Les documents transmis ne permettent pas de s'assurer de la qualification du MEDEC. Ecart 2 : Le MEDCO doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie, d'un diplôme équivalent, ou de l'engagement dans un processus de formation qualifiante .
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	Le MEDEC intervient sur les différents sites des EHPAD Lombez, Samatan et l'USLD. Le temps déclaré d'ETP du médecin Co est conforme à la réglementation, l'établissement a une capacité maximale autorisée de 59 lits, l'ETP du MEDCO est de ■■■ ETP.
IDEC Contrat de travail et date du recrutement	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP	La structure dispose d'une IDEC avec contrat de travail. Conformité avec la réglementation en vigueur.
L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	L'IDEC a bénéficié d'une formation de cadre de santé. Elle est affectée sur l'EHPAD de Samatan à hauteur de ■■■ et 50% sur l'Unité de Soins de Longue Durée.

1.4 - QUALITE ET GDR		
<p>Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité : L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</p>	<p>Art. D312-203 du CASF Art. R314-223 du CASF Art. D312-158-10° CASF</p>	<p>La structure déclare ne pas être engagée dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Et ne pas réaliser de RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p> <p>Ecart 3 : L'EHPAD n'a pas engagé d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.</p>
<p>Depuis 2020, 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 ? Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>	<p>Art. L331-8-1 du CASF Art. R331-8 & 9 du CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016</p> <p>Art. R. 1413-59 du CSP Art. R. 1413-79 du CSP <u>(EIGS)</u></p>	<p>Depuis 2020, la structure déclare 0 dysfonctionnements graves 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>La structure déclare une formation du personnel à la déclaration des EIG.</p> <p>Remarque complémentaire : Il est rappelé à titre indicatif à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est ars-oc-alerte@ars.sante.fr; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - EFFECTIFS

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe:</u> Art. D.312-155-0 du CASF <u>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP :</u> Art. R.4311-4 du CSP <u>Qualité et sécurité de la PEC:</u> Art. L311-3 du CASF	Il existe un organigramme hiérarchique et fonctionnel. Remarque 2 : A noter : Sur ■ aides-soignantes, ■ salarié(e)s ont un statut de « ASH faisant fonction AS » Le turnover des IDE est de 0% Le turnover des AS est de 22,28%.
---	--	---

2.2 - FORMATION

Plan de formation interne, externe au titre de la gouvernance	HAS ,2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention HAS 2008, p21 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance	La structure déclare la mise en place des plans de formation en interne et externe.
---	--	---

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS

3.1 - PROJET GENERAL ET MEDICO-SOIGNANT

Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission ?		La structure déclare disposer d'une procédure décrivant les étapes du processus d'admission.
Existe-t-il un volet médical dans le projet d'établissement décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D311-38 du CASF <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art D312-155-3 alinéa 1° du CASF	La structure déclare l'existence du volet médical dans le projet d'établissement de l'EHPAD.

3.2 - PROCEDURE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES GERIATRIQUES

Quelle est la procédure de sécurisation du circuit du médicament ?	Art. L313-26 du CASF	La structure déclare disposer de 29 procédures ou protocoles de sécurisation du circuit du médicament qui sont à disposition et diffusées auprès des professionnels de santé. <u>Il serait utile de faire connaître aux autorités compétentes la nature des procédures et protocoles de sécurisation.</u>
Quelle est la stratégie de gestion du risque médicamenteux et de vérification de sa mise en œuvre ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R5132-3 et suivants du CSP <u>Besoins pharmaceutiques :</u> Art. L5126-10 du CSP	L'établissement déclare que l'évaluation du circuit du médicament s'effectue par la réalisation d'une cartographie. Des plans d'actions y sont réalisés par la cellule qualité ainsi que la pharmacienne.
Existe-t-il une procédure relative à l'alerte des professionnels en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont l'iatrogénie ?	Art. L331-8-1 du CASF Arrêté du 2 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, considère comme dysfonctionnements graves « [...] 4° Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] » Selon le formulaire en annexe du même arrêté, cela comprend les erreurs dans la distribution des médicaments.	L'établissement déclare disposer de procédure spécifique relative à l'alerte des professionnels en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse.
Quelle est la stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La structure déclare disposer d'un plan/programme bilan de prévention et de maîtrise du risque infectieux.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	L'établissement déclare l'organisation d'une permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.
De combien de procédures de bonnes pratiques professionnelles disposez-vous ? (médicaments, escarres, chutes, incontinence, prise en	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD – ANESM – Juin 2017 Guide HAS	La structure déclare disposer de 130 procédures de bonnes pratiques professionnelles. L'absence de détails ne permet pas à la mission de vérifier l'existence et la nature des procédures suivantes :

charge de la douleur, soins palliatifs ...)	Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – Novembre 2021 <u>Droit d’aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF	<ul style="list-style-type: none"> - Circuit du médicament - Iatrogénie - Risque infectieux - Nutrition – malnutrition - Escarre - Chute - Gestion des situations d’urgence - Soins palliatifs - Prise en charge de la douleur - Dépendance et contention physique et médicamenteuse
Existe-t-il un programme dédié à la prévention bucco-dentaire ?		<p>La structure déclare ne pas avoir mis en place d’actions préventives bucco-dentaires ni la formalisation d’un programme dédié.</p> <p><u>Remarque 3 :</u> La prévention de la santé bucco-dentaire chez la personne âgée constitue un enjeu majeur de santé publique. Il serait utile de lancer une réflexion pluridisciplinaire au sein de l’établissement pour disposer d’actions dédiées.</p>
Existe-t-il un plan de formation aux bonnes pratiques professionnelles ?	Qualité de vie en EHPAD – mars 2018	La structure confirme l’existence d’un plan de formation aux bonnes pratiques professionnelles.

3.3 - PROJET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE		
Existe-t-il une démarche pour établir et suivre le projet d'accueil, de vie individualisé et de soins et d'accompagnement de chaque personne ou famille accueillie en intégrant les intéressés eux-mêmes ?		L'établissement confirme l'existence d'une démarche pour établir et suivre le projet d'accueil de vie individualisé et de soins et d'accompagnement de chaque personne ou famille accueillie en intégrant les intéressés eux-mêmes.
Relations entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure - Un dispositif de communication avec les familles existe – t- il et quel est-il ?		La structure déclare l'existence une procédure de communication aux familles qui consiste en « mode oral : entretien présentiel, communication téléphonique, mail, réunions, groupe [REDACTED] crée pendant le covid ».
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR		
Avez-vous accès à des plateaux techniques (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir accès à des plateaux techniques par convention avec le Cabinet de Radiologie de [REDACTED] et le Laboratoire, la Radiologie SCANNER IRM de l'hôpital d'AUCH.
Existe-t-il des conventions avec les centres hospitaliers au jour dit ?	Art. D.312-155-4-1 du CASF 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.	La structure déclare l'existence de conventions avec des centres hospitaliers.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare l'existence de conventions avec les HAD.

Fait à Toulouse, le 20 avril 2023

[REDACTED]
[REDACTED]

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

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Contrôle sur pièces de l'EHPAD CHI LOMBEZ-SITE HOPITAL situé à LOMBEZ (32220)

*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.*

contrôle SUR PIÈCES n° : MS_2023_32_CP_12
EHPAD CHI LOMBEZ-SITE HOPITAL

Ecart (5)	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 fréquence de réunions du CVS n'est pas conforme à la réglementation.	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 <u>Formes de participation</u> : Art. L.311	Prescription 3 : Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF.	1 mois	[REDACTED]	Levée de la prescription 1.
Ecart 2 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 2 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation (art. D.312-156 CASF) et transmettre tout document attestant de la conformité ETP médecin coordonnateur à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la prescription 2. Effectivité 2024.
Ecart 3 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 3 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ».	6 mois	[REDACTED]	Levée de la prescription 3.

Contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.					
Ecart 4 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3ème alinéa.	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 4 : la structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé; Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée de la prescription 4.
Ecart 5 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3ème alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 5 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet individuel de vie. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée de la prescription 5.

Remarques (7)	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
Remarque 1 : La structure n'a pas transmis le document formalisé indiquant les délégations et/ou les subdélégations consenties par le Président du Conseil d'Administration au Directeur de la structure	<u>EHPAD relevant du public</u> : Art. L.315-17 du CASF	Recommandation 1 : La structure est invitée à formaliser délégations et/ou les subdélégations consenties par le Président du Conseil d'Administration au Directeur de la structure. Transmettre le document à l'ARS.	3 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 1.
Remarque 2 : Le taux de rotation des AS-AMP-AES est de 25%.	Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	Recommandation 2 : Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante. Mener une réflexion sur une politique offensive de recrutement. Actualiser le planning.	3 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 2.
Remarque 3 : La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation externe.	<u>HAS, 2008, p.18</u> <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u> <u>HAS 2008, p.21</u>	Recommandation 3 : La structure est invitée à actualiser/ élaborer et mettre en place un plan de formation interne et/ou externe en respect des attendus de l'HAS.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 3.

	la personne accompagnée)				
Remarque 6 : La structure n'a pas transmis la procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 6 : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie ; transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Maintien de la recommandation 6. Effectivité 2024.
Remarque 7 : Les éléments de réponse ne concordent pas : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. Et par ailleurs sur la liste des conventions apparait la clinique de psychiatrique d'Embats.		Recommandation 7 : Clarifier auprès de l'ARS l'existence d'une convention avec un service de psychiatrie.	3 mois		Levée de la recommandation 7.