

# RAPPORT EHPAD du CH de MIRANDE (32)

## 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)**

Structure	Equipe du contrôle sur pièces
<p>Dénomination : EHPAD CH DE MIRANDE Adresse : 8 AVENUE CHANZY 32300 MIRANDE N° FINESS géographique : 320000169 N° FINESS juridique : 320780190 Gestionnaire : CENTRE HOSPITALIER SAINT-JACQUES Tél. : 05 62 66 88 00 Mail direction et/ou directeur : [REDACTED] [REDACTED]</p>	<p>Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED] Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]</p>

## 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 .....	10
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 .....	15
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR .....	15

## 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 CH DE MIRANDE 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 23 janvier 2023 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national<sup>1</sup>. 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 :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD du CH SAINT-JACQUES	
<b>Statut juridique</b>	Etablissement public	
<b>Option tarifaire</b>	Tarif global	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Avec PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	<b>Autorisée :</b>	<b>Installée :</b>
HP	133	133
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP :  PMP : 	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	<b>133</b>	<b>133</b>

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - DIRECTION</b>		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b> Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L. 312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis est conforme aux attendus.
<b>Directeur :</b> 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'établissement a transmis l'attestation de formation de [REDACTED] [REDACTED]. Ce document est signé et daté du [REDACTED]. Le directeur a été recruté le [REDACTED].
<b>DUD :</b> Document unique de délégation	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art D. 312-176-5 du CASF <u>EHPAD relevant du public :</u> Art. L. 315-17 du CASF	L'établissement a transmis la décision du Centre hospitalier d'Auch portant mention des délégations accordées au directeur, ainsi que des subdélégations. Ce document n'appelle pas d'observation particulière.
<b>Astreintes :</b> Le calendrier du 1 <sup>er</sup> semestre 2022 est-il fixé ?		L'établissement a transmis le calendrier des astreintes de 2022. La permanence de direction est assurée.
<b>1.2 - FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL</b>		
<b>Projet d'établissement valide</b>	<u>Validité :</u> Art. L.311-8 du CASF	L'établissement déclare une date d'échéance du projet d'établissement à 2019.  <b>Ecart 1 :</b> En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
<b>Règlement de fonctionnement valide</b>	Art. R 311- 33 du CASF	L'établissement déclare que le règlement intérieur est en vigueur depuis 2012.  <b>Ecart 2 :</b> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
<b>Un livret d'accueil</b> est-il remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ?	Article L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de	L'établissement déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, ainsi que les documents prévus par les textes.

(livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour).	l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	
<b>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 ?</b>	<u>Présidence CCG :</u> Art. D312-158, 3° du CASF  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	L'établissement déclare ne pas avoir de commission de coordination gériatrique constituée et active.  <b>Ecart 3 :</b> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active.
<b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS.</b>  Est-il opérationnel ?  (Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation)	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 <sup>er</sup> janvier 2023 <u>Formes de participation :</u> Art. L311-6 du CASF <u>Compétences :</u> Art. D. 311-3 à 32-1 CASF Art D311-15 –I du CASF <u>Composition :</u> Art. D311-4 du CASF Art. D311-5-I du CASF <u>Elections :</u> Art. D311-9 du CASF <u>Représentation syndicales :</u> Art. D311-13 du CASF <u>Durée du mandat :</u> Art. D311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF	Le CVS est constitué au sein de la structure. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à l'article D.311-6 du CASF.  Les comptes rendus sont formalisés.  1 seul CR est signé.  <b>Ecart 4 :</b> Les CR des CVS ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF

### 1.3 - MEDCO & IDEC

<b>Qualifications et diplôme du MEDCO</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<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	L'établissement a transmis l'attestation de [REDACTED] du MEDCO, délivrée en [REDACTED]. Le MEDCO est titulaire du diplôme demandé et dispose de la qualification requise.
<b>Contrat de travail du MEDCO</b>		
<b>ETP MEDCO</b>	Art. D.312-156 du CASF	<b>Ecart 5 :</b> L'établissement déclare un équivalent temps plein du MEDCO de [REDACTED] ETP, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF. Pour un établissement de 133 résidents ce dernier doit être 0,80 ETP.
<b>IDEc</b> Contrat de travail et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière</b> 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	Les éléments de réponse de la structure mentionnent : <ul style="list-style-type: none"><li>- La présence de [REDACTED] ETP d'IDEC ayant bénéficié d'une formation spécifique d'IDEC en [REDACTED] via [REDACTED]</li><li>- Le suivi d'une formation de l'IDEC en [REDACTED]</li><li>- L'absence d'IDEC depuis Octobre 2021</li></ul> <b>Remarque 1 :</b> Les informations transmises par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de la présence d'une IDEC.

1.4 - QUALITE ET GDR		
<b>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 ?</b>	Art. D312-203 du CASF Art. R314-223 du CASF Art. D312-158-10° CASF	L'établissement déclare réaliser des RETEX.
Depuis 2020, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD</b> au titre de l'art. L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ? Existe-t-il un <b>plan de formation du personnel à la déclaration</b> ?	Art. L331-8-1 du CASF Art. R331-8 & 9 du CASF  Arrêté du 28/12/2016  Art. R. 1413-59 du CSP Art. R. 1413-79 du CSP <u>(EIGS)</u>	Depuis 2020, la structure déclare 0 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.  <b>Remarque 2 :</b> Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : <a href="mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr">ars31-alerte@ars.sante.fr</a> ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.  L'établissement déclare l'existence d'un plan de formation du personnel à la déclaration

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - EFFECTIFS

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe:</u> Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p><u>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP :</u> Art. R.4311-4 du CSP</p> <p><u>Qualité et sécurité de la PEC:</u> Art. L311-3 du CASF</p>	<p>Au vu des documents transmis, l'équipe est pluridisciplinaire. Elle comprend : 1 MEDEC, █ cadre de santé, █ IDE, █ AS, █ MP, █ ergothérapeute. La psychologue est rattachée aux effectifs du Centre Hospitalier avec un équivalent temps plein de █ ETP. Concernant l'IDEC- se référer à la <b>remarque 2</b></p> <p>L'établissement ne signale pas la présence de faisant fonction AS.</p> <p><b>Remarque 3 :</b> L'établissement déclare : IDE : 4 ETP vacants et █ ETP présents. Le taux d'absentéisme et taux de turn-over du 1er janvier au jour dit n'ont pas été communiqués AS AMP AES ASG : 6 ETP vacants et █ ETP présents - Un taux d'absentéisme de 14% et un turn-over non communiqué</p>
---	--	---

### 2.2 - FORMATION

Plan de formation interne, externe au titre de la gouvernance	<p>HAS 2008 , p. 18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p. 21 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</p>	La structure déclare déposer d'un plan de formation 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 ?		L'établissement déclare avoir la procédure demandée.
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	L'établissement confirme l'intégration du volet médical dans le projet d'établissement.

### 3.2 - PROCEDURE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES GERIATRIQUES

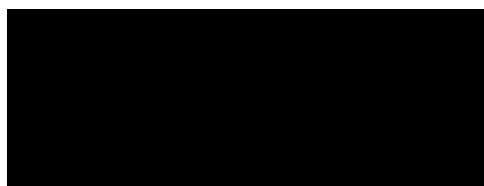
<p>Quelle est la procédure de sécurisation du circuit du médicament ?</p>	<p>Art. L313-26 du CASF</p>	<p>L'établissement déclare l'existence d'une procédure maîtrise du circuit de la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>L'établissement indique que la sécurisation du circuit du médicament fait partie des axes retenus pour la politique de prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Les éléments transmis retracent les modalités de sécurisation du circuit du médicament et de l'organisation des soins.</p>
<p>Quelle est la stratégie de gestion du risque médicamenteux et de vérification de sa mise en œuvre ?</p>	<p><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</p>	<p>La traçabilité est assurée dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).</p> <p>L'établissement dispose d'une PUI. Il précise utiliser le Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP).</p> <p>La stratégie de la structure repose sur 8 axes : la mise en place d'un système de management de la qualité de prise en charge médicamenteuse du patient ; la sécurisation du circuit du médicament ; l'efficience de la prise en charge des patients ; la mise en œuvre des actions de formation et des actions de communication permettant de lutter contre les évènements indésirables associés aux soins et notamment ceux associés aux médicaments ; assurer les vigilances sanitaires obligatoires ; la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé ; le bon usage des anti-infectieux ; l'évaluation de la qualité de la prise en charge médicamenteuses.</p> <p>Les soignants sont également sensibilisés à la déclaration des EI.</p>

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 confirme avoir une procédure relative à l'alerte des professionnels en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont l'iatrogénie.
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 l'existence d'une stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux. Selon la structure, cette stratégie est définie et mise en place : <ul style="list-style-type: none"> <li>- En collaboration avec la CME, l'Equipe opérationnelle en Hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques.</li> <li>- Par des audits mis en place plusieurs fois par an avec la venue de l'EOH sur site (hygiène des mains...).</li> </ul> La traçabilité de la mise en œuvre de la stratégie est assurée dans le DAMRI.
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 confirme l'existence de la procédure demandée par la mission.
De combien de procédures de bonnes pratiques professionnelles disposez-vous ? (médicaments, escarres, chutes, incontinence, prise en charge de la douleur, soins palliatifs ...)	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD – ANESM – Juin 2017 Guide HAS 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	Au vu des informations transmises par la structure, les procédures de bonnes pratiques professionnelles suivantes existent : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Circuit du médicament</li> <li>- Nutrition – malnutrition</li> <li>- Prise en charge de la douleur</li> </ul> <b>Remarque 4 :</b> La structure ne fait pas état de l'existence des procédures suivantes : Escarre, chute, gestion des situations d'urgence, soins palliatifs, dépendance et contention physique et médicamenteuse.
Existe-t-il un programme dédié à la prévention bucco-dentaire ?		L'établissement déclare l'existence programme dédié à la prévention bucco-dentaire.

<p>Existe-t-il un plan de formation aux bonnes pratiques professionnelles ?</p>	<p>Qualité de vie en EHPAD – mars 2018</p>	<p>L'établissement confirme l'existence du plan demandé par la mission.</p> <p>Des formations sont organisées in situ par l'EOH sur les précautions standards et complémentaires sur le risque infectieux.</p>
---	--	--

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 de la démarche demandée par la mission.
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 ?		Selon la structure, il existe un dispositif de communication avec les familles
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR		
Avez-vous accès à des plateaux techniques (directement ou par convention) ?		L'établissement déclare que : « L'accès aux plateaux techniques du CH d'Auch est facilité au regard de l'appartenance à la direction commune avec le CH d'Auch et le GHT du Gers »
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.	L'établissement informe avoir des conventions avec les centres hospitaliers au jour J.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		L'établissement déclare avoir formalisé des conventions avec les HAD.

Fait à Montpellier, le 13 avril 2023,



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 « CH de MIRANDE » (Gers)

*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.*

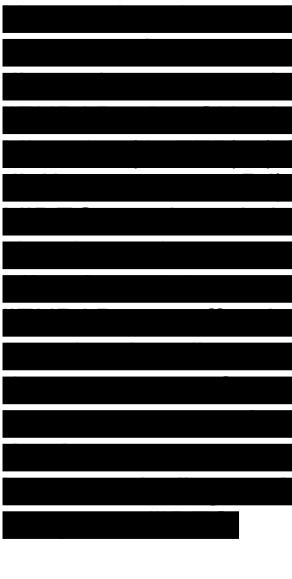
Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecarts (5)	Référence règlementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-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
<b>Ecart 1 :</b> En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	L.311-8 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	6 mois		Prescription 1 maintenue  Délai : 6 mois
<b>Ecart 2 :</b> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	R 311- 33 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	6 mois		Prescription 2 maintenue  Délai : 6 mois
<b>Ecart 3 :</b>	D312-158, 3° CASF	<b>Prescription 3 :</b>	1 mois		Prescription 3 levée

La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active.		Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement – Transmettre à l'ARS la date de la prochaine séance de la CCG.			
<b>Ecart 4 :</b> Les CR des CVS ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.	Art. D. 311-20 du CASF	<b>Prescription 4 :</b> La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR des CVS par le président du CVS, pour les prochains CVS.	<b>A effet immédiat</b>		Prescription 4 levée
<b>Ecart 5 :</b> L'établissement déclare un équivalent temps plein du MEDCO de [REDACTED] ETP. Pour un établissement de 133 résidents ce dernier doit être de 0,80 ETP.	Art. D. 312-156 CASF	<b>Prescription 5 :</b> Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation Art. D. 312-156 CASF (0,8 ETP) et transmettre l'attestation de conformité d'ETP médecin coordonnateur à l'ARS.	<b>6 mois</b>		Prescription 5 maintenue Délai : 6 mois

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (4)	Référence règlementaire	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><b>Remarque 1 :</b> Les informations transmises par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de la présence d'une IDEC.</p>	D. 312-155-0, II du CASF	<p><b>Recommandation 1 :</b> La direction doit s'assurer d'une présence d'IDEC. Transmettre à l'ARS une attestation confirmant la présence l'IDEC.</p>	1 mois		Recommandation 1 levée
<p><b>Remarque 2 :</b> Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables</p>				 	

<p>et dysfonctionnements graves aux autorités administratives</p> <p>L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : <a href="mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr">ars31-alerte@ars.sante.fr</a> ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.</p>					
<p><b>Remarque 3 :</b></p> <p>L'établissement déclare :</p> <p><b>IDE</b> : 4 ETP vacants et █ ETP présents.</p> <p>Le taux d'absentéisme et taux de turn-over du 1er janvier au jour dit n'ont pas été communiqués</p> <p><b>AS AMP AES ASG</b> : 6 ETP vacants et █ ETP présents - Un taux d'absentéisme de 14% et un turn-over non communiqué</p>		<p><b>Recommandation 3 :</b></p> <p>Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante.</p> <p>Mener une réflexion sur une politique offensive de recrutement.</p>	3 mois		<p>Recommandation 3 partiellement levée : La structure est invitée à poursuivre sa politique offensive de recrutement.</p>

<p><b>Remarque 4 :</b>  La structure ne fait pas état de l'existence des procédures suivantes : Escarre, chute, gestion des situations d'urgence, soins palliatifs, dépendance et contention physique et médicamenteuse.</p>		<p><b>Recommandation 4 :</b>  La structure est invitée à s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre des procédures citées en remarque.  Transmettre le justificatif de l'ARS.</p>	3 mois	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation 4 levée</p>