

## RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

### EHPAD LA ROSERAIE

**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
Nom de l'EHPAD : EHPAD La Roseraie Adresse : 2 rue Augusta 32000 AUCH Numéro FINESS juridique : 775 646 615 Numéro FINESS géographique : 320 782 170 Nom de l'organisme gestionnaire : ITINOVA N° de téléphone : 05 62 61 52 90 Mail direction et/ou directeur(trice) : [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 et IDEC .....	8
1.4 - Qualité et GDR .....	8
II - RESSOURCES HUMAINES .....	9
2.1 - Effectifs .....	9
2.2 - Formation.....	10
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....	11
3.1 - Projet général médico-soignant.....	11
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques .....	12
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....	13
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	13

## INTRODUCTION

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes, 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 LA ROSERAIE 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 **28/07/2024** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (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 LA ROSERAIE	
Statut juridique	ASSOCIATION	
Option tarifaire	PARTIEL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	60	60
HT	0	0
PASA	14	14
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	Validé le : 02/11/2022 Validé le : 10/11/2022
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	60	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement</b>		L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 02/07/2024, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Pas d'observations.
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure déclare disposer d'une directrice, titulaire d'un [REDACTED] (Certification niveau 1 BAC+5). Conformité.  Le contrat de la directrice est daté et signé du [REDACTED].
<b>Document Unique de Délégation (DUD)</b> <b>Délégation signature</b>	Art. D.312-176-5 du CASF	Le Document Unique de délégation transmis est daté et signé du 30/06/2022. Conformité.
<b>Le calendrier des astreintes</b> pour l'année 2024 est-il fixé ?		La structure dispose d'un calendrier d'astreinte de direction. La continuité de service est assurée.

<b>1.2 - Fonctionnement institutionnel</b>		
<b>Projet d'établissement</b>	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	La structure indique qu'au jour du contrôle le projet d'établissement est en cours de réécriture, les groupes de travail se réunissant due le 2ème semestre 2024 pour une finalisation fin 2024.  <b>Ecart 1 :</b> 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.
<b>Règlement de fonctionnement</b>	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté du 26/06/2023. Conformité.

Un <b>livret d'accueil</b> 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)	Art. L311-4 du CASF  <u>Recommandation ANESM :</u> 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. Pas d'observations.
Chaque résident dispose-t-il d'un <b>contrat de séjour individualisé de prise en charge</b> ? Est-il signé ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
La <b>Commission de Coordination Gériatrique (CCG)</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?	<u>MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an :</u> Art. D.312-158, 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	<b>Ecart 2 :</b> La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.
<b>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) :</b> Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.  Est-il opérationnel ?	<u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3 du CASF  <u>Composition et fonctionnement :</u> Art. D.311-4 à 20 CASF <u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF  <u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF <u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26 du CASF <u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Il est constitué.  La structure a transmis les comptes rendus des réunions de CVS de 2023 datés du 02/03, du 15/06 et du 07/12. La composition du CVS et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.  La programmation 2024 prévoit 3 réunions : en février, en juin et en novembre. Pas d'observations.

	Signature : Art. D. 311-20 du CASF	
--	---------------------------------------	--

### 1.3 - MEDCO et IDEC

<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)  <b>Contrat</b> de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	<u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012  <u>Contrat du MEDCO</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF  HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Le contrat de travail du MEDCO est daté et signé du [REDACTED] Le MEDCO est titulaire de la [REDACTED] [REDACTED] Conformité
<b>ETP MEDCO</b>	Art. D.312-156 du CASF	<b>Ecart 3 :</b> La réglementation prévoit pour la capacité de 60 places autorisées, un ETP de 0,60 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED], ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
<b>IDEC :</b> Contrat et date du recrutement  L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</b>	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. Le contrat de travail de l'IDEC est daté et signé du [REDACTED].  Au jour du contrôle, la structure déclare que l'IDEC sera inscrite en formation IDEC en septembre 2024, formation dispensée par [REDACTED].

### 1.4 - Qualité et GDR

Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, événements indésirables associés aux soins EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées. Pas d'observations.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS. Pas d'observations.



évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<p>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</p> <p>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</p> <p>Art. L.312-8 du CASF</p>	<p><b>Remarque 1 :</b> La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles (bonnes pratiques) par manque de temps.</p>
<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p> <p>Depuis 2021, 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 ?</p>	<p><u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 du CASF</p>	<p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a bien été transmise à l'ARS. Elle porte bien la mention « <b>sans délai</b> ». Conformité.</p> <p>La structure mentionne 1 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui : Chute grave avec décès.</p>
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		<p>La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration. Pas d'observations.</p>

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - Effectifs

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. Pas d'observations.
Effectifs dans l'ensemble de la structure  Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : ■ ETP MEDEC ; 1 IDEC ; ■ ETP IDE ; ■ ETP AS ; Pas d'AMP.  ■ salarié(e)s ont un statut de « faisant fonction AS » : ■ agents de soins sont en formation AS et AES.  Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.  Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare : ➤ Pas d'ETP vacant d'IDE et 1 ETP vacant d'AS-AES-AMP ; ➤ 0,56 % de taux d'encadrement. Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare pour les personnels : ➤ IDE : 5 % de taux d'absentéisme ; 67 % de taux de turn-over. ➤ AS-AES-AMP : 1 % de taux d'absentéisme ; 30 % de taux de turn-over.

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<b><u>HAS, 2008, p.18</u></b> (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention) <b><u>HAS 2008, p.21</u></b> (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis. 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 de soins 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> D.311-38-5 du CASF Art. L.311-8 du CASF  <u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.312-158 du CASF	<b>En lien avec la prescription 1.</b>
Disposez-vous d'une annexe au contrat de séjour ?	<u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF <u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	La structure déclare disposer d'annexe au contrat de séjour.
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare organiser les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire quotidiennement de 14h à 14h30 ainsi qu'entre les équipes de jour et de nuit.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		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 II du CSP	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine PHARMACIE [REDACTED] [REDACTED] Conformité.
La structure organise-t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u>	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions sur [REDACTED].

	Art. R.5132-3 et suivants du CSP	
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		La structure déclare organiser la communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure par tous moyens.

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Disposez-vous d'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	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Disposez-vous d'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. Pas d'observations.  Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Disposez-vous d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF  Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007	La structure a transmis la procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention. Conformité.
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas de remarques.
Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	<b>Prévention des chutes en EHPAD</b> - HAS – 2005 <b>Bonnes pratiques de soins en EHPAD</b> - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise. Pas d'observations particulières.

De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	La structure déclare disposer de 9 autres procédures.  Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, État bucco-dentaire, Incontinence.
---	---	---

### 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

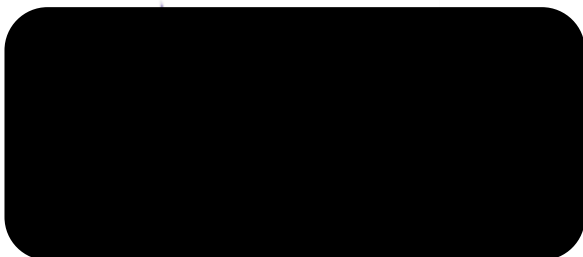
Chaque résident a-t-il un <b>médecin traitant</b> ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un <b>projet d'accompagnement personnalisé</b> (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident</u> : Art. L311-3,7° du CASF  <u>Equipe, PSI PIV</u> : Art. D.312-155-0 du CASF	<b>Ecart 4</b> : 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- 3 <sup>ème</sup> alinéa.

### 3.4 - Relations avec l'extérieur

Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie avec le CH [REDACTED] et LBM avec le [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatrique du CH [REDACTED] Elle déclare avoir accès à leurs Equipes mobiles de gériatrie (EMG).

gérontologique ? Accès aux EMG ?		
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour ?	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec le CH [REDACTED] [REDACTED] pour l'hospitalisation en court séjour. 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 le service de psychiatrie du CH [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs car pas d'USP sur le 32. La structure a signé une convention avec l'EMSP [REDACTED]. Conformité.
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 04 octobre 2024



**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 LA ROSERAIE situé à AUCH (32)**

*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 (3)**

<b>Ecart (4)</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Nature de la mesure attendue (Prescription-recommandation)</b>	<b>Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire</b>	<b>Réponse de l'établissement</b>	<b>Décision du Directeur Général de l'ARS</b>
<b>Ecart 1 :</b> 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 Art D311-38-3 et 4 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Finaliser l'actualisation du projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	Effectivité 1 <sup>er</sup> trimestre 2025	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Prescription 1 maintenue jusqu'à transmission du projet d'établissement en cours de finalisation.  Effectivité fin 1 <sup>er</sup> trimestre 2025
<b>Ecart 2 :</b> La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	Art. D.312-158, 3° du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	6 mois	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Prescription 2 levée
<b>Ecart 3 :</b> La réglementation prévoit pour la capacité de 60 places autorisées, un ETP de 0,60 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de <span style="background-color: black; color: black;">          </span> ce qui	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 3 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2025	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Prescription 3 réglementairement maintenue  Effectivité 2025



contrevient à l'article D312-156 du CASF.					
<b>Ecart 4 :</b> 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. L311-3,7° du CASF	<b>Prescription 4 :</b> La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé et à s'assurer de l'existence d'un PAP comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Transmettre la démarche d'élaboration du PAP. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	6 mois		Prescription 4 maintenue jusqu'à transmission de l'attestation d'effectivité.  La mission prend note du calendrier présenté par la structure.  Effectivité fin 1 <sup>er</sup> semestre 2025

Tableau des remarques et des recommandations retenues (0)

Remarques (1)	Référence	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
<b>Remarque 1 :</b> La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles (bonnes pratiques) par manque de temps.	<u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u>  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  Art. L.312-8 du CASF	<b>Recommandation 1 :</b> Établir un plan de formation du personnel aux bonnes pratiques professionnelles.	Effectivité 2025	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████</div>	Recommandation 1 levée  La mission prend note de l'organisation des formations professionnelles aux bonnes pratiques sur l'année 2025.