

RAPPORT EHPAD « LA TENAREZE »

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

Dénomination : EHPAD LA TENAREZE

Adresse : 32 RUE ARISTIDE BRIAND 32100 CONDOM

N° FINESS Juridique : 320782840

N° FINESS Géographique : 320782212

Gestionnaire : CIAS DE LA TENAREZE

Tél. : 05 62 68 44 00

Mail direction et/ou directeur :

direction.ehpad@cias-tenareze.fr

Equipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]

Nom de l'Inspecteur ou 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	7
1.3 - MEDCO et IDEC	9
1.4 - Qualité et GDR	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
2.1 - Effectifs	12
2.2 - Formation.....	13
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	14
3.1 - Projet général médico-soignant.....	14
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 de la sante du Travail et des Solidarité, 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 TENAREZE 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 **20 octobre 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	LA TENAREZE	
Statut juridique	établissement public territorial	
Option tarifaire	N/C	
EHPAD avec ou sans PUI	EHPAD SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	92	82
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	92	

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	La structure a transmis l'organigramme. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	Les diplômes du directeur ont été transmis. Conformité. Le contrat du directeur a été transmis. Conformité. Le directeur n'exerce pas ses fonctions au sein d'un autre établissement.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2023 est-il fixé ?		Le planning a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	<p>Le projet d'établissement est en cours de réécriture.</p> <p>Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas, le jour du contrôle, d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	<p>Le règlement de fonctionnement a été transmis par la structure.</p> <p>Sa date d'échéance est le 31 décembre 2023.</p>
Est-ce qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ?	<p>Art. L311-4 du CASF</p> <p>ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</p>	<p>Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.</p>
<p>Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ?</p> <p>Le contrat de séjour est-il signé ?</p>	<p>Art. L.311-4 du CASF</p> <p>Art. D.311 du CASF</p>	<p>Le contrat de séjour a été transmis par la structure. Il n'appelle pas d'observation</p> <p>Le modèle de contrat de séjour prévoit sa signature.</p>
La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des	Art. D.312-158, 3° du CASF	<p>la commission de coordination gériatrique est constituée et active.</p> <p>Conformité.</p>

professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle : - Constituée ? - Active ?		
Composition et modalités de fonctionnement du CVS Est-il constitué ? Est-il actif ?	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 <u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF <u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF Art. D.311-15 –I du CASF <u>Composition :</u> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF <u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF <u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF <u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR</u> Art. D. 311-20 du CASF	<u>Ecart 2</u> : Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF. <u>Ecart 3</u> : Les CR des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.

1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Contrat de travail du MEDEC	<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	Le contrat du MEDCO a été transmis. Conformité. Les diplômes du MEDCO ont été transmis. Conformité.
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Le temps ETP du médecin Co est conforme à la réglementation.
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	Le contrat de l'IDEC a été transmis. Remarque 1 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement 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	Ecart 4 : La procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles n'existe pas, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF.
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAS) ?	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	Remarque 2 : La structure déclare ne pas formaliser de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		Remarque 3 : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ? 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 CASF?	Art. L.331-8-1 CASF	La structure déclare 1 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.
Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration existe.

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p>	<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>Le planning des IDE du jour dit a été transmis.</p> <p>Remarque 4 : Le planning n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents.</p> <p>Le tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe se compose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MEDCO - ■ AS - ■ ANIMATEURS - ■ ASH - 1 IDEC - ■ IDE - ■ PSY <p>+ ■ ASH FF AS</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des IDE est de 0. Le taux d'absentéisme est de 2%. Le taux de rotation est de 0.</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG est de 0. Le taux d'absentéisme est de 15,68%. Le taux de rotation est de NC.</p>
--	---	---

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention 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	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.
---------------------------------------	---	--

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)	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF <u>Elaboration projet soin par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	L'annexe au contrat de séjour a été transmise par la structure. Le modèle transmis par la structure prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée existe. Elle a été transmise par la structure.
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)	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	Remarque 5 : La structure déclare l'absence de 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 ?	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	Le circuit du médicament est formalisé. La procédure a été transmise.
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 la pharmacie [REDACTED].
La structure organise-t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP	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	Remarque 6 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.
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	Remarque 7 : La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. Selon la structure, un dossier de liaison d'urgence (DLU) n'existe pas pour chaque résident.
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	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 été transmise par la structure.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Remarque 8 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.
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 été transmise par la structure.

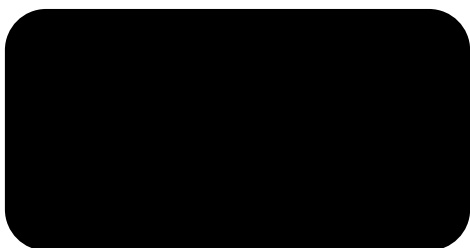
<p>De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?</p>	<p>Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)</p>	<p>La structure déclare disposer de 7 procédures.</p> <p>Remarque 9 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, déshydratation, escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs/ fin de vie, décès du patient.</p>
--	---	---

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) ?	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP). La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI).
Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?	Art. D.312-155-0 du CASF	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-3 ^{ème} alinéa.

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> <p>- Usage de la télémedecine, téléconsultation ou télé-expertise</p> <p>- Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériologie par exemple)</p>		<p>Remarque 10 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>Au vu des éléments transmis, la structure a organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM.</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériologique ? Accès aux EMG ?</p>		<p>Remarque 11 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériologique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?</p>	<p>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)</p>	<p>Ecart 6 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?</p>		<p>Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p>

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 avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Au vu des éléments communiqués par la structure, il existe des conventions avec les HAD au jour dit.

Fait à Montpellier, le 19 janvier 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 TENAREZE » (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.*

ARS Occitanie
EHPAD LA TENAREZE – Contrôle sur pièces du 20 octobre 2023
Dossier MS_2023_32_CP_28

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecarts (6)	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
<p>Ecart 1 : Le jour du contrôle l'établissement ne possède pas un projet d'établissement de moins de 5 ans. L'établissement 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.</p>	Art. L.311-8 du CASF	<p>Prescription 1 : Finaliser le projet d'établissement en cours de réécriture et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>Effectivité 2024</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription n°1 : Maintenue</p> <p>La mission prend acte de la rédaction actuelle du nouveau projet d'établissement.</p> <p>Transmission dès sa finalisation et validation des instances à l'ARS.</p>
<p>Ecart 2 : Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.</p>	Art. D311-16 du CASF	<p>Prescription 2 : Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF. Transmettre le calendrier de tenue des CVS pour 2024 à l'ARS.</p>	<p>1 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription n°2 : Levée</p>

Ecart 3 : Les CR des CVS ne sont pas 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	Prescription 3 : La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.	Immédiat	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Prescription n°3 : Levée
Ecart 4 : La procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles n'existe pas, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF.	Art. L.312-8 du CASF	Prescription 4 : Elaborer une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Prescription n°4 : Maintenue Jusqu'à transmission de la procédure à l'ARS. La mission prend en compte l'élaboration en cours d'amélioration des pratiques professionnelles.
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- 3 ^{ème} alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 5 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet individuel de vie.	Effectivité 2024	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Prescription n°5 : Levée
Ecart 6 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, ce	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 6 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements	3 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Prescription n°6 : Maintenue

qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.		d'hospitalisation en court séjour.		<div></div> <div></div> <div></div>	<p>Jusqu'à transmission de la convention.</p> <p>La mission prend en compte le rapprochement de la structure du CH <div></div></p> <p>Délai : 6 mois</p>
--	--	------------------------------------	--	-------------------------------------	---

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (11)	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 déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.		Recommandation 1 : Veiller à s'assurer de la formation de l'IDEC à l'encadrement. Transmettre son inscription.	Effectivité fin 2024	[REDACTED]	Recommandation n°1 : Levée Sans objet La mission prend acte de l'absence d'IDEC et de la recherche active actuellement menée
Remarque 2 : La structure déclare ne pas formaliser de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	Recommandation 2 : La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS et à les formaliser.	1 mois	[REDACTED]	Recommandation n°2 : Maintenue Bien vouloir formaliser dans les meilleurs délais Délais : fin 1^{er} semestre 2024

<p>Remarque 3 : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p>		<p>Recommandation 3 : Mettre en place des RETEX suite à un EIG.</p>	<p>1 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation n°3 : Maintenue</p> <p>La mission prend en compte la mise en place de RETEX en cours</p> <p>Délai : 3 mois</p>
<p>Remarque 4 : Le planning n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents.</p>		<p>Recommandation 4 : Transmettre à l'ARS les plannings des AS –AMP- AES du jour dit.</p>	<p>Immédiat</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation n°4 : Levée</p>
<p>Remarque 5 : La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés</p>	<p>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</p>	<p>Recommandation 5 : Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques et transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation n°5 : Maintenue</p> <p>Jusqu'à transmission de la procédure</p> <p>La mission prend note que la procédure est en cours de rédaction.</p>
<p>Remarque 6 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.</p>	<p>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des</p>	<p>Recommandation 6 : Elaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux conformément au guide de bonnes pratiques et transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation n°6 : Maintenue</p> <p>Jusqu'à transmission de la procédure</p>

	établissements de santé.pdf				La mission prend note que la rédaction de la procédure est en cours.
Remarque 7 : La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. Selon la structure, un dossier de liaison d'urgence (DLU) n'existe pas pour chaque résident.		Recommandation 7 : Etablir une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents et transmettre la procédure à l'ARS Recommandation 7 bis : Constituer le DLU pour chaque résident et transmettre la procédure à l'ARS	3 mois	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation n°7 : Levée
Remarque 8 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 8 : Elaborer et mettre en place la procédure de prévention du risque iatrogénie. Transmettre la procédure à l'ARS.	3 mois	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation n°8 : Maintenue Jusqu'à transmission de la procédure La mission prend en compte la rédaction en cours de la procédure.
Remarque 9 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 9 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	Effectivité fin 2024	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation n°9 : Maintenue Jusqu'à transmission de la liste actualisée

manquantes : douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, déshydratation, escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs/ fin de vie, décès du patient.					Délai : fin 1^{er} semestre 2024
Remarque 10 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		Recommandation 10 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.	6 mois		Recommandation n°10 : Levée
Remarque 11 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatologique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 11 : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gériatologique et avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.	6 mois		Recommandation n°11 : Réglementairement maintenue La mission prend en compte la remarque de la structure.