

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES



EHPAD LA TOUR DE L'AGE D'OR

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 LA TOUR DE L'AGE D'OR Adresse : 32400 TERMES D'ARMAGNAC N° FINESS Juridique : 320003098 N° FINESS Géographique : 320782139 Gestionnaire : APAJH32 Tél. : 05.62.69.22.46 Mail direction et/ou directeur : direction.ehpad.tourdelagedor@orange.fr	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur :  Nom de l'Inspectrice : 

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	10
2.1 - Effectifs	10
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	11
3.1 - Projet général médico-soignant.....	11
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	14
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	15
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	15

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 TOUR DE L'AGE D'OR 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 21 juin 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 TOUR DE L'AGE D'OR	
Statut juridique	ASSOCIATIF	
Option tarifaire	PARTIEL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	24	20
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ████ PMP : Non communiqué	Validé le : 06/11/2023 Validé le : Non communiqué
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Non communiqué	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 08/07/2024, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Pas d'observations particulières.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure déclare disposer d'une directrice titulaire du [REDACTED] délivré le [REDACTED] et du [REDACTED] délivré le [REDACTED]. Le contrat de travail de la directrice est daté et signé du [REDACTED].
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		La structure a transmis la procédure d'astreintes de direction mentionnant les personnes à contacter. La continuité de service est assurée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté du 24/10/2014. La structure indique que le projet d'établissement sera renouvelé dès fin 2024, la nouvelle gouvernance ayant travaillé en priorité sur les axes financiers et organisationnels de l'établissement. Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que le structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de 2018.

		Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
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)	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.
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? 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 Commission de Coordination Gériatrique (CCG) chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?		La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée.
Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : 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	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Il est constitué. Conformité. La structure a transmis le compte-rendu signé de la réunion de CVS daté du 09/02/2024. La programmation 2024 prévoit 3 autres réunions, le 11/04, le 04/07 et le 09/10.

	<u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26 du CASF <u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF <u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF	
--	--	--

1.3 - MEDCO et IDEC

Contrat 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	Sans objet
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	Sans objet
IDEC : Contrat et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?	Art. D.312-155-0, II du CASF	La structure indique ne pas disposer d'IDEC sur site mais d'une convention avec un cabinet d'infirmiers libéraux.

1.4 - Qualité et GDR

Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, évènements)	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
--	---	--

indésirables associés aux soins EIAS) ?	soins réalisés en dehors des établissements de santé	
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<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>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
<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 dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?</p>	<p><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 été transmise à l'ARS. Elle porte bien la mention « sans délai ».</p> <p>Conformité.</p> <p>La structure mentionne 0 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>

Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration.
--	--	---

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		La structure déclare que différents documents sont donnés (trombinoscope, plan de soins, fiche de poste, liste d'astreinte. Le livret d'accueil étant en cours d'écriture.
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	<p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire : IDE, AS et AMP : tableau des personnels non transmis.</p> <p>■ salarié a un statut de « faisant fonction AS », la structure indique que ce personnel ne souhaite pas s'engager dans un parcours VAE.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aucun ETP vacant d'IDE et d'AS-AES-AMP ; ➤ Taux d'encadrement : 1 ETP <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ IDE : pas d'absentéisme ni de turn-over. ➤ AS-AES-AMP : 11 % de taux d'absentéisme et pas de turn-over. <p>Remarque 1:</p>

		Au jour du contrôle, le tableau des personnels (document n°21) n'a pas été transmis.
--	--	--

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<p>HAS, 2008, p.18 (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>	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 ?	<p><u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.312-158 du CASF</p>	La structure déclare que le projet d'établissement comprend 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.
--	---	---

L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF	<p>La structure déclare disposer d'annexe au contrat de séjour dont la signature est prévue par la résident.</p> <p>Remarque 2 : Le modèle d'annexe transmis ne mentionne pas sa signature par le résident et/ou son représentant légal.</p>
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	<p>La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.</p> <p>Pas de remarques particulières.</p>
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	<p>La structure déclare disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.</p> <p>Permanence des soins 7J/7 et 24h/24 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Astreinte des infirmiers libéraux 7j/7 ; - HAD pour la nuit ; - Pas d'astreinte médicale, recourt aux différents médecins ; - Recours au SAMU.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		<p>La structure déclare organiser les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire avec [REDACTED].</p>
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		<p>La procédure du circuit du médicament a été transmise.</p> <p>Pas de remarques particulières.</p>

La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 II du CSP	Sans objet
La structure organise t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R.5132-3 et suivants du CSP	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions sur [REDACTED] par les médecins traitants.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		Remarque 3 : La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.

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 de remarques particulières.
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 été transmise. Pas de remarques particulières. 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	Remarque 4 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.
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 particulières.
Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelles pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	La structure déclare disposer de 13 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.

		La structure indique que les procédures État bucco-dentaire et Incontinence sont en cours de mise à jour dès 2025 avec l'équipe mobile d'Hygiène.
--	--	---

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7° du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprend un PSI et un PIV pour chaque résident. Conformité.

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 ? - Télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gériologie par exemple)		Remarque 5 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux LBM avec [REDACTED]. Remarque 6 :

LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatrique [REDACTED]. Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (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 ^{ème} alinéa	Ecart 3 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie?		Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec l'unité de soins palliatifs et l'EMSP de la HAD. Conformité.

Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ?		
Disposez-vous d’une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure déclare avoir signé une convention avec une HAD.

Fait à Toulouse, le 04 octobre 2024



Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques, inspection-contrôle et Qualité
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD PUV LA TOUR DE L'AGE D'OR situé à TERMES D'ARMAGNAC
(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)

Ecart (3)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (-Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF	Prescription 1 : Finaliser le projet d'établissement en cours de révision et le transmettre à l'ARS.	Effectivité 2025		Prescription 1 maintenue
Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans ,ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	6 mois		Prescription 2 maintenue
Ecart 3 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Prescription 3 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	6 mois		Prescription 3 maintenue

Tableau des remarques et des recommandations retenues (7)

Remarques (9)	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
Remarque 1 : Au jour du contrôle, le tableau des personnels (document n°21) n'a pas été transmis.		Recommandation 1 : Bien vouloir transmettre le tableau des personnels tel que déjà demandé.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation 1 levée
Remarque 2 : Le modèle d'annexe transmis ne mentionne pas sa signature par le résident et/ou son représentant légal.		Recommandation 2 : Bien vouloir indiquer à la mission si l'annexe au contrat de séjour prévoit sa signature par le résident et/ou son représentant légal.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation 2 levée
Remarque 3 : La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.		Recommandation 3 : Elaborer et mettre en place un dispositif de communication avec les familles.	3 mois		Recommandation 3 maintenue Délai 3 mois
Remarque 4 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u>	Recommandation 4 : Elaborer et mettre en œuvre une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment	Effectivité 2025		Recommandation 4 maintenue Effectivité 2025

relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.		relative à la liberté d'aller et venir et à la contention. Transmettre la convention à l'ARS.			
Remarque 5 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		Recommandation 5: La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.	Effectivité 2025		Recommandation 5 maintenue Effectivité 2025
Remarque 6 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.		Recommandation 6 : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie sur site ou par convention.	Effectivité 2025		Recommandation 6 maintenue Effectivité 2025
Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 7: La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.	Effectivité 2025		Recommandation 7 maintenue Effectivité 2025
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 8: La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre la convention à l'ARS.	Effectivité 2025		Recommandation 8 maintenue Effectivité 2025