

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD RESIDENCE MONT ROYAL

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 RES MONT-ROYAL Adresse : RUE PEMAY MONTREAL DU GERS 32250 MONTREAL DU GERS N° FINESS Juridique : 320785611 N° FINESS Géographique : 320785629 Gestionnaire : ASS MONT-ROYAL EN GASCOGNE Tél. : 05.62.29.50.00 Mail direction et/ou directeur : ass.mont-royal.gasc@wanadoo.fr	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	10
3.1 - Projet général médico-soignant.....	10
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 MONT ROYAL 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 RES MONT-ROYAL	
Statut juridique	associatif à but non lucratif	
Option tarifaire	partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	32	30
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	Validés en mars 2019
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	32	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement		L'organigramme transmis par le gestionnaire mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Remarque 1 : L'organigramme transmis n'est pas daté.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure déclare disposer d'une directrice non titulaire d'une certification niveau 1 (BAC+5). Ecart 1 : La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D.312-176-6 du CASF. Ecart 2 : En l'absence de document transmis, la directrice ne dispose pas d'un contrat de travail.
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature	Art. D.312-176-5 du CASF	Remarque 2 : Le document unique de délégation n'est pas signé et n'est pas daté.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Remarque 3 : La structure déclare ne pas disposer de calendrier des astreintes pour 2024 permettant de vérifier la continuité de service.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2023-2027. Conformité.
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	Ecart 3 :

		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 ?	<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	Ecart 4 : 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.
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 <u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26 du CASF	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Le CVS est constitué. Conformité. La structure a transmis un seul compte-rendu de réunion de CVS en date du 07/03/2023. Or la réglementation demande de réunir le CVS a minima 3 fois par an, ce qui n'a pas été fait en 2023. Compte tenu de la non transmission du planning 2024 des CVS, il n'est pas possible de vérifier la conformité à la réglementation. Ecart 5 : Le CVS ne s'est pas réuni à minima 3 fois en 2024.

	<u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF <u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF	
--	---	--

1.3 - MEDCO et IDEC

Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) 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	Ecart 6 : Le jour du contrôle l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.
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 ?	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Remarque 4 : L'EHPAD ne dispose pas d'IDEC.

1.4 - Qualité et GDR

Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, évènements 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.
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>Remarque 5 : La mission constate, au jour du contrôle, que la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (document probant n°20), n'a pas été transmise.</p> <p>La structure mentionne 2 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 ?		<p>Remarque 6 : La structure déclare ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		<p>Remarque 7 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée.</p>
Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF</p>	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit et les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle.

Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.		Composition de l'équipe pluridisciplinaire : Pas de MEDEC ; Pas d'IDEC ; ■ IDE ; ■ AS ; Pas d'AMP. Aucun salarié n'a de statut de « faisant fonction AS ».
---	--	--

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)	Remarque 8: Les plans de formation demandés n'ont pas 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 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	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. Conformité.
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	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour.

	Art. R.311-0-9 du CASF	
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	Remarque 9 : La structure déclare l'absence d'une procédure d'admission formalisée.
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, dispositif IDE HAD la nuit.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare organiser transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire lors de la relève.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a été transmise. Pas de remarques particulières.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 II du CSP	Ecart 7 : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec une PUI / Pharmacie d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.
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 un logiciel de soins.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		Remarque : La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

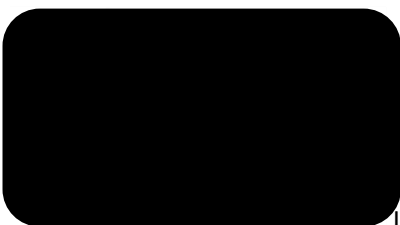
Disposez-vous d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas de remarques 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	La structure a transmis sa 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 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	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, Etat bucco-dentaire, Troubles du sommeil.

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	Ecart 8 : La structure déclare que, au jour du contrôle, 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 ^{ème} 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] et [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, et LBM avec LBA [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec les filières gériatriques [REDACTED] et CH [REDACTED]. CH [REDACTED] Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) du DR [REDACTED] à [REDACTED].
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	La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec le CH [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 [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	Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec l'unité de soins palliatifs du CH [REDACTED] et l'EMSP du CH [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, 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 MONT ROYAL situé à MONTREAL DU GERS (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 (8)

Ecart (8)	Référence réglementaire	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
Ecart 1 : La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D.312-176-6 du CASF.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Prescription 1 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2025		Prescription 1 maintenue Effectivité 2025
Ecart 2 : En l'absence de document transmis, la directrice ne dispose pas d'un contrat de travail.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Prescription 2 : Transmettre à l'ARS le contrat de travail de la directrice.	Immédiat		Prescription 2 maintenue Immédiat
Ecart 3 : 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 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	6 mois		Prescription 3 maintenue Délai 6 mois

Ecart 4 : 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	Prescription 4: Se mettre en conformité à la réglementation dès recrutement d'un MEDCO.	Effectivité 2025		Prescription 4 maintenue Effectivité 2025
Ecart 5 : Le CVS ne s'est pas réuni a minima 3 fois en 2024.	Art. D.311-16 du CASF	Prescription 5 : Transmettre le planning 2024. Réunir le Conseil de la Vie Sociale (CVS) a minima 3 fois par an.	1 mois		Prescription 5 maintenue Délai 3 mois
Ecart 6 : Le jour du contrôle l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Prescription 6 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2025		Prescription 6 maintenue Effectivité 2025
Ecart 7 : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec une PUI / Pharmacie d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.	Art. L.5126-10 II du CSP	Prescription 7 : La structure est invitée à établir une convention avec un ou des pharmaciens titulaires d'officine, conformément à l'article L.5126-10 du CSP. Transmettre le document à l'ARS.	3 mois		Prescription 7 maintenue
Ecart 8 :	Art. L311-3,7° du CASF	Prescription 8 :	Effectivité 2025		Prescription 8 maintenue

La structure déclare que, au jour du contrôle, 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.		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.			Effectivité 2025
--	--	--	--	--	------------------

Tableau des remarques et des recommandations retenues (10)

Remarques (10)	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 : L'organigramme transmis n'est pas daté.		Recommandation 1 : Transmettre un organigramme daté.	Immédiat		Recommandation 1 maintenue Délai immédiat
Remarque 2 : Le document unique de délégation n'est pas signé et n'est pas daté.		Recommandation 2 : Transmettre le document unique de délégation signé et daté à l'ARS.	2 mois		Recommandation 2 maintenue Délai 2 mois
Remarque 3 : La structure déclare ne pas disposer de calendrier des astreintes pour 2024 permettant de vérifier la continuité de service.		Recommandation 3 : Bien vouloir formaliser un calendrier des astreintes et le transmettre à l'ARS.	Immédiat		Recommandation 3 maintenue Délai immédiat
Remarque 4 : L'EHPAD ne dispose pas d'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Recommandation 4 : La direction est invitée à s'assurer d'un temps de présence d'IDEC. Transmettre à l'ARS une attestation de présence d'IDEC.	6 mois		Recommandation 4 maintenue Délai 6 mois

Remarque 5 : La mission constate, au jour du contrôle, que la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (document probant n°20), n'a pas été transmise.		Recommandation 5 : Transmettre le document probant n°20 pour vérification réglementaire.	Immédiat		Recommandation 5 maintenue Délai immédiat
Remarque 6 : La structure déclare ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.		Recommandation 6 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	6 mois		Recommandation 6 maintenue Délai 6 mois
Remarque 7 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée.		Recommandation 7 : Bien vouloir indiquer si un livret d'accueil du salarié est transmis à chaque nouvel arrivant.	Immédiat		Recommandation 7 maintenue Délai immédiat
Remarque 8: Les plans de formation demandés n'ont pas été transmis.	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	Recommandation 8 : Transmettre à l'ARS les plans de formation interne et externe de 2024.	Immédiat		Recommandation 8 maintenue Délai immédiat

	<u>populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</u>				
Remarque 9 : La structure déclare l'absence d'une procédure d'admission formalisée.	GUIDE ANESM 2011	Recommandation 9 : Élaborer et mettre en place une procédure d'admission formalisée. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Recommandation 9 maintenue Délai 6 mois
Remarque 10 : La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.		Recommandation 10 : Elaborer et mettre en place un dispositif de communication avec les familles.	3 mois		Recommandation 10 maintenue Délai 3 mois