



RAPPORT EHPAD AL NIU DEL ROC (11)

CONTROLE SUR PIECES

PORANT SUR LA SECURITE, LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD

Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux
(Articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles)

| | |
|--|---|
| Nom de l'EHPAD : EHPAD AL NIU DEL ROC Adresse : le Tatou, 11340 - ROQUEFEUIL Nom de l'organisme gestionnaire : CH Limoux Quillan N° de téléphone : [REDACTED] | Équipe du contrôle sur pièces 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..... | 7 |
| 1.3 - Médecin et IDEC..... | 9 |
| 1.4 - Qualité et GDR..... | 10 |
| II - RESSOURCES HUMAINES..... | 12 |
| 2.1 - Effectifs..... | 12 |
| 2.2 - Formation..... | 12 |
| III - PRISE EN CHARGE ET SOINS..... | 13 |
| 3.1 - Projet général médico-soignant..... | 13 |
| 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 du Travail, de la Santé et des Solidarités 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 AL NIU DEL ROC 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 25 mars 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.

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 | AL NIU DEL ROC | |
| Statut juridique | Public | |
| EHPAD avec ou sans PUI | Sans | |
| Capacité autorisée et installée | Autorisée | Autorisée |
| HP | 17 | 17 |
| HT | | |
| PASA | | |
| UHR | | |

| Points abordés et constatés lors du contrôle | Références | RAPPORT Ecarts 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 | L'organigramme transmis mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente les différentes fonctions de l'EHPAD. Conforme à la demande. |
| Directeur : Qualification et diplôme Contrat. | Art. D.312-176-6 à 9 du CASF | La structure déclare disposer d'un directeur et exerce également des fonctions de direction au niveau des structures suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. EHPAD André Chénier (Limoux) 2. EHPAD La Vallée du Lauquet (Saint-Hilaire), relocalisé 3. EHPAD Madeleine Bres (Limoux) 4. EHPAD Fondation Gaudíssard (Espéraza) en direction commune depuis 2013 5. EHPAD La Coustète (Quillan), intérim de direction depuis le 28 avril 2023 Il est titulaire de la formation [REDACTED]. Un arrêté de nomination a été transmis. Conformité à la réglementation. |
| Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ? | | Le calendrier d'astreinte 2024 a bien été transmis. |

| 1.2 - Fonctionnement institutionnel | | |
|--|--|---|
| Projet d'établissement valide | Art. L.311-8 du CASF Art D311-38-3 et 4 du CASF | La structure a transmis une note stratégique couvrant la période 2022-2026. De plus, elle déclare qu'il y a eu un retard dans l'actualisation du Projet d'établissement, dû à la gestion de la crise sanitaire SARS-COV-2. La direction a élaboré une note stratégique en attendant la rédaction du nouveau projet d'établissement. |
| Règlement de fonctionnement valide | Art. R.311-33 du CASF | Le règlement en vigueur date du 21 septembre 2021 (échéance : 2026). Conformité. |
| Est-ce qu'un livret d'accueil est 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 Recommandation ANESM : 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 pas les textes. |
| Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Le contrat de séjour est-il signé ? | <u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF | Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure. Conformité. Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité. |
| La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle : - Constituée ? | Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312- | La structure a transmis la composition de la commission de coordination gériatrique (CCG) ainsi que le compte-rendu de 2022. De plus, elle déclare que le compte rendu de la CCG du 23 novembre 2023 est en cours de rédaction. La CCG est constituée et active. Conformité à la réglementation. |

| | | |
|--|---|--|
| - Active ? | 158 du code de l'action sociale et des familles | |
| Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? | Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1er janvier 2023 Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF Formalisation des CR des séances CVS Art. D. | <p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Il est constitué.</p> <p>La structure a transmis les comptes rendus des réunions de CVS de 2023.</p> <p>Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>La programmation 2024 prévoit trois réunions.</p> |

| 1.3 - MÉDECIN et IDEC | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Contrat de travail du Médecin | Article L313-12 CASF | Le diplôme [REDACTED] a été transmis. |

| | | |
|--|--|---|
| | | La structure a transmis un avenant au contrat du Médecin, daté et signé du [REDACTED] |
| ETP Médecin | | L'établissement déclare Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 17 places autorisées et installées. |
| 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 | <p>La structure déclare que le cadre de santé nommé sur le site de Quillan est détaché à hauteur de [REDACTED]. La décision de nomination, datée et signée du [REDACTED], a été transmise.</p> <p>La structure déclare que l'IDEC est expérimentée et a suivi de nombreuses formations dans le domaine de la personne âgée.</p> |
| 1.4 - Qualité et GDR | | |
| Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ? | Art. L.312-8 du CASF | La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées. |
| Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAs) ? | Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable | La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées. |

| | | |
|---|--|--|
| | d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008 | |
| L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ? | | Au jour du contrôle, 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 ? | <u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u> | La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques). |

| | | |
|---|---------------------|--|
| L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ? | | La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Conformité. |
| 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 ? | Art. L.331-8-1 CASF | La structure mentionne 0 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui. |
| Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et EIG ? | | La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration. |

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

| | | |
|---|---|--|
| Effectifs dans l'ensemble de la structure | Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF | La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit, l'équipe pluridisciplinaire. Equipe pluridisciplinaire soignante : MÉDECIN, IDE, AS La psychologue intervient à hauteur de [REDACTED] ETP. |
| | Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP | Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare : Ø 0,2 ETP vacant d'IDE et 0,8 ETP vacant d'AS-AES-AMP ; Ø 0,62 % de taux d'encadrement. |
| | Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF | Pour les personnels : Ø IDE : 36 % de taux d'absentéisme ; 25 % de taux de turn-over. Ø AS-AES-AMP : 13 % de taux d'absentéisme ; 25 % de taux de turn-over. Nombre de personnel faisant fonction AS/AMP : [REDACTED] agents Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis. |
| 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. |

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 | Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis. Pas d'observations. |
|---------------------------------------|--|---|

| |
|--|
| <u>(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)</u> |
|--|

| 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) | Elaboration projet soin général dans PE par MEDCO : Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF | 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 | La structure déclare disposer d'annexe au contrat de séjour. Conformité. |
| Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? | GUIDE ANESM 2011 | La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations. |

| | | |
|---|---|--|
| 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) | <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u> | La structure déclare qu'un projet d'adhésion au dispositif [REDACTED] porté par [REDACTED] est en cours. |
| 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 | 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 du CSP | La structure déclare que la signature d'une convention avec une pharmacie d'officine est en cours. Ecart 1 : Au jour du contrôle, La structure ne dispose pas 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 ? | Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales) | 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 ? | <u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u> | La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas de remarques particulières. |
| Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ? | <u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u> | La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise par la structure. Pas d'observations. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU). |
| Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ? | <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u> Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée) | 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 bien été transmise. |

| | | |
|---|--|--|
| Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ? | ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD) | La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise par la structure. Pas de remarques particulières. |
| 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 bien été transmise par la structure. Pas d'observations. |
| De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ? | Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus) | La structure déclare disposer 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, Incontinence, Troubles du sommeil. |

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

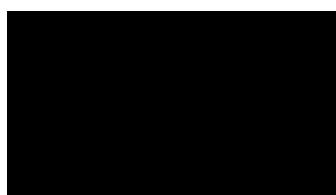
| | | |
|---|--|--|
| Chaque résident a-t-il un médecin traitant ? | | La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant. Il s'agit du médecin coordonnateur de l'EHPAD. |
| Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ? | <u>Participation résident :</u> Art. L311-3, 7 ^e 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 comprenant 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 ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gérontologie par exemple) | | La structure déclare organiser l'accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec les organismes suivants : [REDACTED], Téléconsultation avec [REDACTED], Adhésion au réseau [REDACTED] en cours de déploiement. |
| 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 [REDACTED] et LBM avec le laboratoire [REDACTED] |

| | | |
|--|---|--|
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ? | | La structure déclare avoir signé de convention de partenariat avec une Equipe mobile de géronto psychiatrie de [REDACTED]. Elle déclare également avoir accès aux Filières Gériatriques [REDACTED] |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ? | 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) | La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour suivant : le [REDACTED] |
| 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 un service de psychiatrie avec le [REDACTED]. Pas de remarques particulières. |
| 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 de partenariat avec une unité de soins palliatifs de la [REDACTED] Pas d'observations. |
| Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ? | | La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec l'HAD Korian Carcassonne. |

Fait à Toulouse, le 21 mai 2024





**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle**

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD AL NIU DEL ROC
Situé à Roquefeuil 11340

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.

| Ecarts (1) | 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 : Au jour du contrôle, La structure ne dispose pas d'une convention avec une PUI / pharmacie d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP. | Article L.5126-10 du CSP | Prescription 1 : 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 la convention à l'ARS. | 2 mois | [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] | Levée de la prescription 1 dès la transmission de la convention signée. Délai : Fin 2024 |

| Remarques (0) | Référence règlementaire | Nature de la mesure attendue | Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponse de l'établissement | Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS |
|-------------------------|-------------------------|------------------------------|---|----------------------------|--|
| Aucune remarque. | | | | | |