

## RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

### EHPAD LE CASTELOU

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 LE CASTELOU Adresse : 10 RUE RENE CASSIN 11400 CASTELNAUDARY N° FINESS Juridique : 110005659 N° FINESS Géographique : 110786530 Gestionnaire : ETABLISSEMENT PUBLIC AUTONOME LE CASTELOU Tél. : 04 68 23 46 00 Mail direction et/ou directeur : direction@ch-castelnaudary.fr	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> Nom de l'Inspectrice : <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>

## 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.....	9
1.4 - Qualité et GDR.....	9
II - RESSOURCES HUMAINES.....	11
2.1 - Effectifs.....	11
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	12
3.1 - Projet général médico-soignant.....	12
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques.....	13
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé.....	14
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	14

## 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 LE CASTELOU 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 06 février 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 LE CASTELOU	
Statut juridique	Etablissement Social et Médico-Social Communal	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
	HP 63	63
	HT 2	2
	PASA 0	0
	UHR 0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : <div></div> PMP : <div></div>	Validé le : 15/11/2023 Validé le : 16/11/2023
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	65	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
Organigramme détaillé de l'établissement		La structure a transmis l'organigramme du Centre Hospitalier Jean-Pierre CASSABEL dont dépendent les EHPAD LOS FOUNTETOS et LE CASTELOU. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	L'arrêté de nomination du directeur est daté et signé du [REDACTED].  Le directeur est titulaire du [REDACTED] [REDACTED] Conformité à la réglementation.  Le directeur exerce également des fonctions de direction au niveau du CH Castelnaudary et de l'EHPAD du LAS FOUNTETOS.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.
<b>1.2 - Fonctionnement institutionnel</b>		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF	La structure a transmis le projet d'établissement daté de 2009-2014. Elle informe la mission de l'actualisation du projet d'établissement qui constitue un objectif figurant dans le CPOM 2024. « Cette démarche d'actualisation vient de débiter et s'appuie sur une autoévaluation HAS à partir de la plateforme SYNAE ».  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	<p>Le règlement de fonctionnement est daté du 17 décembre 2017.</p> <p>Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que le 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.</p>
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)	<p>Art. L311-4 du CASF</p> <p><u>Recommandation ANESM</u> : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</p>	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 ?	<p><u>Contrat de séjour</u> : Art. L.311-4 du CASF</p> <p><u>Signature</u> : Art. D.311 du CASF</p>	Le modèle de contrat de séjour a bien été transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.
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 ? —Active ?	<p><u>Médecin coordonnateur préside la commission réunie au moins 1x/an</u> : Art. D.312-158, 3° du CASF</p> <p>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</p>	<p>La structure a transmis la feuille d'émargement de la CCG du 13 juin 2022. La CCG est constituée. La structure indique que la CCG n'est pas active du fait d'un poste de médecin coordonnateur non pourvu malgré les multiples démarches de recrutement en lien avec le CH de Castelnau-dary.</p> <p>Ecart 3 : La structure déclare que la Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF</p>

<p>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.</p> <p>Est-il opérationnel ?</p>	<p><u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3</p> <p><u>Composition et fonctionnement :</u> Art. D.311-4 à 20 CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF</p> <p><u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF</p> <p><u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26</p> <p><u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF</p> <p><u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS) daté du 3 février 2023.</p> <p>La structure a transmis les trois comptes rendus des réunions de CVS de 2023 datés du 3 février, 2 août et 29 novembre, ainsi que les ordres du jour correspondants. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>La programmation 2024 prévoit 3 réunions, le 6 mars, le 14 juin et le 11 octobre.</p>
---	---	---



1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	La structure indique l'absence de MEDCO depuis le [REDACTED] 2022 suite à un changement de région et avoir eu recours à [REDACTED] dans le contexte de la validation du GMPS. Elle indique une prise de contact en cours avec Medco- conseil afin de pallier temporairement l'absence de médecin coordonnateur et maintenir des démarches actives en vue du recrutement d'un médecin coordonnateur à hauteur de la quotité de temps prévue règlementairement.
Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	<u>Contrat du MEDCO :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF  HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	
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 ? Qualification et diplôme de l'IDEC	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. Elle a transmis sa Décision de recrutement par mutation datée du [REDACTED]  La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation de cadre avant d'accéder à ce poste.

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, événements indésirables associés aux soins EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées lors des transmissions orales pluridisciplinaires.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		La structure déclare organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS, sous forme d'analyse des pratiques en équipe pluridisciplinaire.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques)	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018 Recommandation de l'ANESM –	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.

sont-elles mises en place ?	Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008 Art. L.312-8 du CASF	
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?  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 ?	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF	L'établissement a transmis un modèle de « Fiche de signalement événement indésirable grave établissements et services médicosociaux ».  Ecart 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.  La structure mentionne aucun 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 ?		Remarque 1 : La structure déclare ne pas disposer de 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 qu'un nouveau livret d'accueil vient d'être formalisé et validé en février 2024. Y ont été intégrés : entretien avec CDS + visite établissement + fiches de tâches.
Effectifs dans l'ensemble de la structure  Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.	Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : Pas de MEDEC ; █ IDEC ; █ IDE ; █ AS ; █ AMP.  █ salarié(e)s ont un statut de « faisant fonction AS ». Aucun n'est inscrit dans un protocole VAE. Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.  Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare : Ø Aucun ETP vacant d'IDE et -AES-AMP ; Ø 0,91 ETP d'encadrement. Pour les personnels : Ø IDE : 29 % de taux d'absentéisme ; 43 % de taux de turn-over. Ø AS-AES-AMP : 12 % de taux d'absentéisme ; 10 % de taux de turn-over.

### 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 2023 et le prévisionnel 2024 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 de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<p>Projet de soin dans PE : Art. D.311-38 du CASF Art. L.311-8 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF</p>	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.
Disposez-vous d'une annexe au contrat de séjour ?	<p><u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF</p> <p><u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF</p>	La structure déclare disposer d'une annexe au contrat de séjour.
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.
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 astreinte médicale.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare organiser les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire oralement en fin de matinée IDE/AS, puis matin et soir entre l'équipe de jour et de nuit.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a été transmise.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une	Art. L.5126-10 II du CSP	Ecart 6 :

pharmacie d'officine?		La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec une 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 par 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 ?		La structure déclare disposer de moyens de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure : CVS, affichage, lien par l'animatrice, mails familles.

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

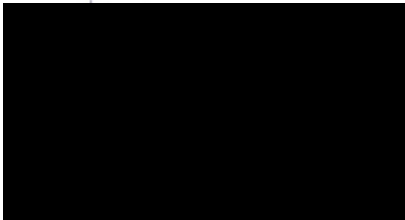
Disposez-vous d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise.
Disposez-vous 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.
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 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.
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.
Disposez-vous d'une procédure de	Prévention des chutes en	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise.

prévention et prise en charge du risque de chutes ?	EHPAD - HAS – 2005  Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	La structure déclare disposer de 21 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, Etat bucco-dentaire, Incontinence.
<b>3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé</b>		
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 comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident.  La structure indique que 38 PAP ont été réalisés, les autres sont en reprogrammation.

<b>3.4 - Relations avec l'extérieur</b>		
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 ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec PASTEL.
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 les [REDACTED] et de [REDACTED] ; - [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière

partenariat avec une filière gériatologique ? Accès aux EMG ?		gériatologique du CH [REDACTED] et avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa	La structure déclare avoir une direction commune avec le CH [REDACTED] qui dispose de 10 lits en hospitalisation en court séjour, et avec le CH de [REDACTED].  I
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 équipe 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 et l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de la [REDACTED].
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure a transmis la convention signée avec l'HAD [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 13 mars 2024



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

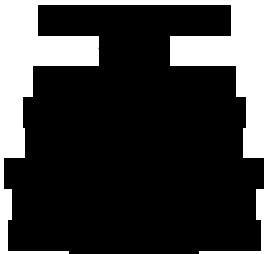
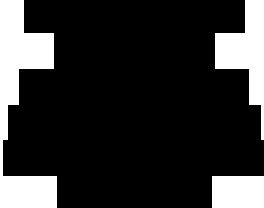
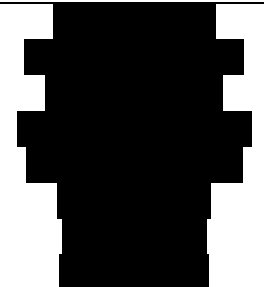
Tableau définitif de synthèse des mesures correctives  
Tableau des remarques et des recommandations retenues  
Contrôle sur pièces de l'EHPAD LE CASTELOU situé à Castelnaudary (11)

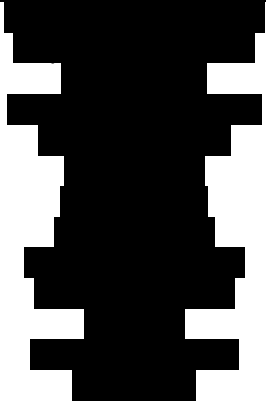

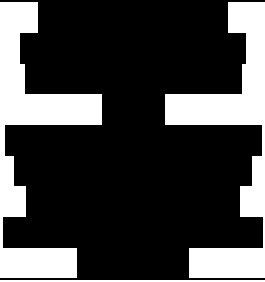
*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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 (4)**

<b>Ecart (6)</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)</b>	<b>Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire</b>	<b>Réponse de l'établissement</b>	<b>Décision du Directeur Général de l'ARS</b>
<b>Ecart 1 :</b> La mission constate, au jour du contrôle, que 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.	Art. L.311-8 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Finaliser l'actualisation du projet d'établissement et le transmettre à l'ARS. En lien avec le CPOM 2024.	<b>Effectivité 2024</b>		Prescription 1 maintenue  La mission prend note des travaux en cours.  Effectivité 2025
<b>Ecart 2 :</b> La mission constate, au jour du contrôle, que le 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	<b>Prescription 2 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement. Le transmettre à l'ARS.	<b>3 mois</b>		Prescription 2 levée dès la transmission du règlement par les instances prévues en juin 2024.
<b>Ecart 3 :</b> La structure déclare que la Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF	Art. D.312-158, 3° du CASF	<b>Prescription 3 :</b> Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique (CCG) chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	<b>Effectivité 2024</b>		Prescription 3 levée

<b>Ecart 4 :</b> Le jour du contrôle l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Art. D312-155-0 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	<b>Effectivité 2024</b>		Prescription 4 réglementairement maintenue  La mission prend note de la solution mise en place par la structure en attente du recrutement d'un MEDCO.  Effectivité 2025
<b>Ecart 5 :</b> 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.	Art. L.331-8-1 CASF	<b>Prescription 5 :</b> Transmettre le document probant n°20 pour vérification réglementaire.	<b>immédiat</b>		Prescription 5 levée
<b>Ecart 6 :</b> La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec une pharmacie d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.	Art. L.5126-10 II du CSP	<b>Prescription 6 :</b> Mettre en place une convention avec une pharmacie d'officine.	<b>6 mois</b>		Prescription 6 levée dès transmission de la convention avec une pharmacie d'officine.

### Tableau des remarques et des recommandations retenues (0)

Remarques (1)	Référence	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1 :</b> La structure déclare ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.		<b>Recommandation 1 :</b> L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation 1 levée