

## **RAPPORT EHPAD - CONTROLE SUR PIECES**

**Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement**

**Des établissements médico-sociaux**

**Sur les volets gouvernance et ressources humaines**

**(Articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles)**

<b>Structure</b>  Dénomination : EHPAD CH FANNY RAMADIER Adresse : RTE DU MALZIEU 48200 ST CHELY D APCHER N° FINESS juridique : 480780121 N° FINESS géographique : 480783158 Organisme gestionnaire : CH FANNY RAMADIER Tél. : 0466310066 / 0466313929 Mail direction et/ou directeur : direction@chsc.fr	<b>Equipe du contrôle sur pièces</b>  Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces Nom de la gestionnaire instructrice : [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
Direction .....	6
Fonctionnement institutionnel .....	7
Médecin coordonnateur et IDEC .....	9
Qualité et Gestion des risques.....	10
II - RESSOURCES HUMAINES .....	11
Procédure d'accueil du nouvel arrivant .....	11
Effectifs dans l'ensemble de la structure.....	12
Effectifs spécifiques à l'UVP .....	12
Plan de formation interne, externe .....	12

## INTRODUCTION

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées a lancé un plan national de contrôle spécifique aux EHPAD. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS de Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD de la région au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD CH FANNY RAMADIER 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, les contrôleurs ont procédé à la vérification et à l'analyse de la gouvernance ainsi que de l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents.

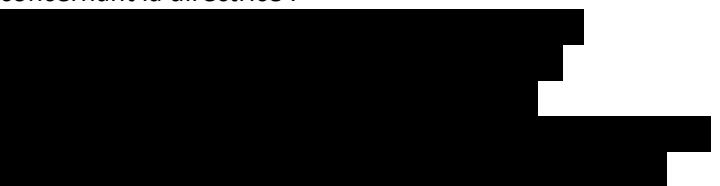
Ce contrôle sur pièces a pour objet de procéder **au repérage des principaux risques et facteurs de risque de toute nature présentés éventuellement par l'établissement, au regard de son pilotage, son organisation et son fonctionnement.**

Le contrôle sur pièce s'est déroulé le 19/12/2022, 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 :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD FANNY RAMADIER	
<b>Statut juridique</b>	Public	
<b>Option tarifaire</b>	Donation Globale	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Avec PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée :	Installée :
HP	93	90
HT	0	0
PASA	12	12
UHR		
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)</b> <b>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP : 	PMP : 
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	93	13

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
Direction		
Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement (lien hiérarchiques et fonctionnels)	D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée)	<p>Le gestionnaire a transmis un organigramme non daté et non nominatif. Il fait apparaître plusieurs établissements dont deux EHPAD, un SSIAD, le CH...</p> <p><b>Remarque 1 :</b> L'établissement n'a pas fourni d'organigramme spécifique à l'EHPAD CH FANNY RAMADIER et ne permet pas une compréhension précise du fonctionnement de l'entité EHPAD.</p>
Qualification et diplôme du directeur Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur [1])  L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics)	<p>L'établissement a transmis les documents suivants concernant la directrice :</p> 
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	<p>Le gestionnaire n'a pas transmis la fiche de poste de la directrice de l'établissement.</p> <p><b>Remarque 2 :</b> Absence de fiche de poste de la directrice.</p>
<b>DUD</b> : Document unique de délégation Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur) R123-23 du CASF (délégation du président du conseil d'administration) L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 D. 312-176-5 CASF (DUD)	<p>Absence de document de délégation de signature.</p> <p><b>Ecart 1 :</b> L'établissement ne dispose pas de document de délégation de signature conformément à l'article D 315-67 à 71 du CASF.</p>

le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022		Le gestionnaire a transmis un planning de gardes administratives des EHPAD Ch Fanny Ramadier et Hubert de Flers, de juillet à décembre 2022. <b>Remarque 3 :</b> En l'absence d'organigramme nominatif, la mission n'est pas en mesure de vérifier la fonction des personnes réalisant des astreintes.
<b>Comité de direction</b>		Le gestionnaire n'a pas transmis de compte-rendu permettant de justifier l'existence d'un Comité de Direction(CODIR). Cependant l'établissement a indiqué que des « rencontres hebdomadaires responsables services/Direction » avaient lieu.  <b>Remarque 4 :</b> Absence de réunions de management et de gouvernance organisées et planifiées.
Fonctionnement institutionnel		
<b>Le Projet d'établissement (PE)</b>	L.311-8 du CASF (contenu PE- durée 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-155-3 alinéa 1°, CASF (MEDCO élabore projet de soins dans PE)	Le projet d'établissement transmis date de 2015-2019, il n'est ni daté ni signé, et concerne le centre hospitalier Fanny Ramadier. La mission constate également l'absence de projet d'établissement propre à l'Ehpad.  <b>Ecart 2 :</b> Le Projet d'Etablissement disponible au jour de l'inspection sur pièces est caduque depuis 4 ans.
Validité (max 5 ans)	L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	
Dernier rapport de la <b>commission de coordination gériatrique</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ? Cf. 26  Cf. compte-rendus de la commission gériatrique des 12 derniers mois	D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)  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	Le gestionnaire a transmis un Procès-Verbal de la Commission de Coordination Gériatrique(CCG) daté du 11/12/2014.  <b>Ecart 3:</b> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et n'est pas active.

<p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?</b></p> <p>Composition du CVS</p>	<p>L311-6 (CVS ou autres formes de participation)  D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS)  D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions)  D311-4 CASF (nombre et répartition des membres du CVS)  D311-5 CASF (membres minimum du CVS)  D311-6 CASF (répartition membres du CVS  Résident/famille&gt;à la moitié du nombre total des membres)  D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans)  D311-9 CASF (président du CVS et directeur)  D311-13 CASF (représentation des organisations syndicale)  D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)  D. 311-3 à 32-1, CASF  D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)</p>	<p>Le gestionnaire a transmis deux comptes rendus du CVS en date du 06/06/2017 et du 20/06/2018. Une convocation pour la prochaine réunion du CVS le 07/03/2023 a été adressée à la mission ne permettant pas de s'assurer de la réalisation d'élections ni de la conformité de la composition du CVS.</p> <p><b>Ecart 4 : Absence de CVS.</b></p>
<p>Organisation du CVS (Ordre du jour, relevé de conclusion, compte rendu,</p>		
<p>Fréquence des séances du CVS</p>	<p>D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)</p>	
<p>Compte-rendu des 3 derniers CVS</p>		<p><b>Ecart 5 : Fréquence des réunions du CVS non conforme à la réglementation.</b></p>

Médecin coordonnateur et IDEC		
<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDCO	D. 312-157[3] (diplôme MEDCO) HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005 D312-158 du CASF D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO) HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Le Médecin Coordinateur (MEDEC) est titulaire d'un [REDACTED] [REDACTED] L'établissement a indiqué que le médecin coordonnateur était également médecin traitant de 15 résidents sur les 93.
<b>ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD</b>	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	L'organigramme fait apparaître [REDACTED] ETP pour le MEDEC. <b>Ecart 6 :</b> L'équivalent temps plein du MEDEC n'est pas conforme à la réglementation à la date de l'inspection pour un établissement comptant 93 lits autorisés.
Date dernier <b>RAMA</b> établi ? Cf. 26	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	Le RAMA 2021 a été transmis par le MEDEC .
<b>IDEc :</b> Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? Qualification Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEc	D. 312-155-0, II du CASF à vérifier HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011[5] Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP	L'établissement indique que l'IDEc est inscrite au concours d'entrée de l'école de cadre de santé. Le contrat de travail stipule une période de travail déterminée du 19/04/2022 au 30/04/2023.  <b>Remarque 5 :</b> Il n'est pas précisé l'organisation envisagée à la fin du contrat de travail de l'IDEc.

Qualité et Gestion des risques		
<b>Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité</b>	Articles D312-203, L331-8-1 et art D312-158-10° CASF	<p>Le gestionnaire a transmis des documents dans le cadre de la gestion des risques intitulé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un plan d'action qualité 2014-2015</li> <li>- Programme –Qualité et Gestions des risques (non daté).</li> <li>- Charte Cellule Coordination Qualité rédigée le 18/09/2018</li> </ul> <p><b>Remarque 6 :</b> L'établissement n'a pas transmis les documents permettant de justifier son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.</p>
Protocole de <b>signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives</b> Cf. 33 Cf. Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ? Cf. 30 Cf. 31 Cf. Récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)	<p>Le gestionnaire a transmis une « Fiche de Signalement procédure des événements indésirables (EI) » datant de 2013. Par conséquent, les éléments mentionnés sont erronés.</p> <p><b>Déclaration éventuelle à l'ARS</b>            Tel : 04 67 07 20 60            Fax : 04 57 74 91 00            Mail : <a href="mailto:ARS34-ALERTE@ars.sante.fr">ARS34-ALERTE@ars.sante.fr</a>            En cas d'urgence, en dehors des heures ouvrées, doubler l'envoi du fax ou mail par un appel téléphonique</p> <p><b>Ecart 7 :</b> Les documents communiqués n'ont pas été mis à jour depuis 2013 et comportent des éléments erronés. De plus, ils ne précisent pas le signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives sans délai conformément à la réglementation.</p>

## II - RESSOURCES HUMAINES

Procédure d'accueil du nouvel arrivant	<p>HAS 2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</p> <p>HAS 2008, p19 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>	<p>Le gestionnaire n'a pas transmis de livret d'accueil du nouvel arrivant cependant une procédure de recrutement a été fourni à la mission.</p> <p><b>Remarque 7 :</b> L'absence de mise en place d'une procédure du nouvel arrivant ne favorise pas une prise de poste efficiente et peut impacter la prise en charge des usagers.</p>
--	--	--

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF</p> <p>délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP</p> <p>qualité et sécurité de la PEC:</p> <p>l'article L311-3 du CASF</p> <p>L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant</p>	<p>Le gestionnaire a transmis un tableau des effectifs sur le mois de décembre 2022. La mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [REDACTED] ETP IDE</li> <li>- [REDACTED] ETP AS</li> <li>- [REDACTED] ETP ASG</li> <li>- [REDACTED] ETP ASH</li> <li>- [REDACTED] ETP Psychologue</li> <li>- [REDACTED] ETP Cadre de Santé.</li> </ul> <p>L'établissement indique les éléments suivants : 1.14% d'absentéisme d'IDE et 16% de turn over IDE ; avec 5.51% d'absentéisme des AS/ASG/AMP/AES et d'un turn over de 9.09%.</p> <p>L'établissement indique que [REDACTED] ETP font fonction d'AS.</p> <p><b>Ecart 8 :</b> Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, ce personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.</p>
Effectifs spécifiques à l'UVP	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF</p> <p>délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP</p> <p>qualité et sécurité de la PEC:</p> <p>l'article L311-3 du CASF</p>	<p>L'établissement indique que les IDE de jour de l'UVP sont mutualisées avec l'EHPAD. L'UVP compte également la présence de [REDACTED] ETP ASH et [REDACTED] ETP AS/AMP/AES/ASG.</p>
Plan de formation interne, externe	<p>HAS 2008, p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p21 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>	<p>Le gestionnaire a transmis un plan de formation pour l'année 2022.</p>

Fait à Toulouse, le 20/02/2023

L'inspectrice ARS

[REDACTED]

**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 « CH FANNY RAMADIER » (48)

*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.*

CONTROLE SUR PIECES N° : MS\_2023\_48\_CP\_3

EHPAD CH FANNY RAMADIER

Agence Régionale de Santé Occitanie

26-28 Parc-Club du Millénaire

1025, rue Henri Becquerel - CS 30001

34067 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie.ars.sante.fr



Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

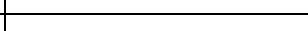
Ecarts (8)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription-)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<b>Ecart 1 :</b> L'établissement ne dispose pas de document de délégation de signature conformément à l'article D 315-67 à 71 du CASF.	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur) R123-23 du CASF (délégation du président du conseil d'administration)	<b>Prescription 1 :</b> Formaliser le document de délégations de signature permettant de distinguer les pouvoirs et les responsabilités hiérarchiques des cadres d'autorités affectés à ce site conformément à la réglementation.	3 mois	    	<b>Levée de la prescription n°1.</b>
<b>Ecart 2:</b> Le Projet d'Etablissement disponible au jour de l'inspection sur pièces est caduque depuis 4 ans.		<b>Prescription 2 :</b> L'établissement doit actualiser le projet d'établissement, et le transmettre aux autorités administratives compétentes.	6 mois	        	<b>La prescription n°2 est maintenue.</b>

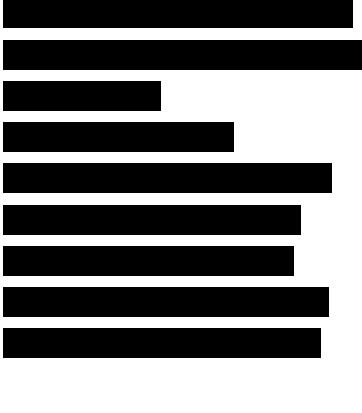
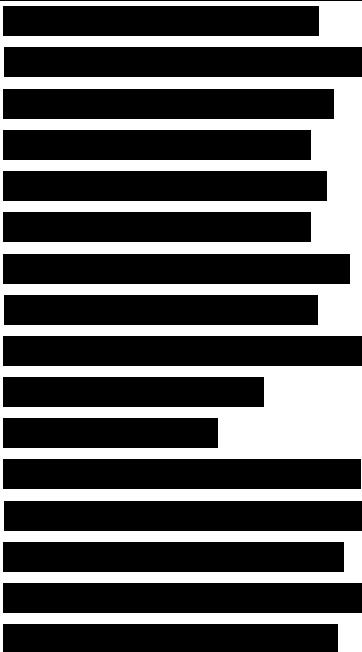
<b>Ecart 3 :</b> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et n'est pas active.	L.311-8 du CASF (contenu PE-durée 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-155-3 alinéa 1°, CASF (MEDCO élabore projet de soins dans PE) L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	<b>Prescription 3 :</b> Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	6 mois		<b>La prescription n°3 est maintenue.</b>
<b>Ecart 4 :</b> Absence de CVS.	L311-6 (CVS ou autres formes de participation) D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions).	<b>Prescription 4 :</b> Réaliser de nouvelles élections du CVS en respectant la composition réglementaire. Transmettre le PV suite aux nouvelles élections.	Au prochain CVS		<b>Levée de la prescription n°4.</b>

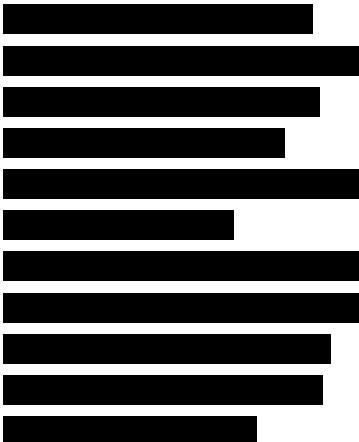
<b>Ecart 5 :</b> Fréquence des réunions du CVS non conforme à la réglementation.		<b>Prescription 5 :</b> Planifier trois réunions du CVS sur l'année 2023.	Au prochain CVS		<b>La prescription n°5 est maintenue.</b> Il manque une date pour que le CVS soit conforme à la réglementation.
<b>Ecart 6 :</b> L'équivalent temps plein du MEDEC n'est pas conforme à la réglementation à la date de l'inspection pour un établissement comptant 93 lits autorisés.	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	<b>Prescription 6 :</b> Compléter le temps de travail de médecin coordonnateur jusqu'à atteindre, au moins, le minimum réglementaire.	3 mois		<b>La prescription n°6 est maintenue.</b>

<p><b>Ecart 7 :</b> Les documents communiqués n'ont pas été mis à jour depuis 2013 et comportent des éléments erronés. De plus, ils ne précisent pas le signalement des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives sans délai conformément à la réglementation.</p>	<p>L331-8-1 CASF R331-8 &amp; 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)</p>	<p><b>Prescription 7 :</b> L'établissement doit mettre à jour la procédure et y ajouter la mention « informer l'ARS sans délai et par tous moyens » en précisant l'adresse mail ars31-alerte@ars.sante.fr ainsi que le numéro de la plateforme régionale des signalements de l'ARS Occitanie au 0800 301 301.</p>	<p>immédiat</p>		<p><b>Levée de la prescription n°7.</b></p>
<p><b>Ecart 8 :</b> Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, ce personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.</p>	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF</p>	<p><b>Prescription 8 :</b> Prendre toutes les actions nécessaires pour éviter les glissements de tâches en employant uniquement des personnels qualifiés pour les postes d'AS et procéder à la formation diplômante du personnel faisant fonction.</p>	<p>1 mois</p>		<p><b>Levée de la prescription n°8.</b></p>

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (7)	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	Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1 :</b> L'établissement n'a pas fourni d'organigramme spécifique à l'EHPAD CH FANNY RAMADIER et ne permet pas une compréhension précise du fonctionnement de l'entité EHPAD.	D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée)	<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre un organigramme daté et à jour mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels de toutes les catégories de personnel de l'EHPAD.	1 mois	        	<b>Levée de la recommandation n°1</b>
<b>Remarque 2 :</b> Absence de fiche de poste de la directrice.		<b>Recommandation 2 :</b> Formaliser une fiche de poste précisant la nature et les missions dévolues à la directrice de l'EHPAD.	1 mois	     	<b>Levée de la recommandation n°2.</b>
<b>Remarque 3 :</b> En l'absence d'organigramme nominatif, la mission n'est pas en mesure de vérifier la fonction des personnes réalisant des astreintes.		<b>Recommandation 3 :</b> Préciser dans le planning de gardes administratives les fonctions des personnes réalisant ces astreintes.	Immédiat		<b>La recommandation n°3 est maintenue</b> dans l'attente de la réception du planning de garde.

<p><b>Remarque 4 :</b> Absence de réunions de management et de gouvernance organisées et planifiées.</p>		<p><b>Recommandation 4 :</b> Organiser la fonction gouvernance et managériale dans l'établissement avec l'instauration de réunions spécifiques (CODIR, équipe médicale etc...). Prévoir leur fréquence, composition, rédaction des comptes rendus.</p>	<p>1 mois</p>		<p><b>Levée de la recommandation n°4.</b></p>
<p><b>Remarque 5 :</b> Il n'est pas précisé l'organisation envisagée à la fin du contrat de travail de l'IDEC.</p>		<p><b>Recommandation 5 :</b> Préciser l'organisation envisagée à la fin du contrat de l'IDEC et indiquer la date d'entrée en formation de cadre de santé.</p>	<p>1 mois</p>		<p><b>La recommandation n°5 est maintenue.</b></p>

<b>Remarque 6 :</b> L'établissement n'a pas transmis les documents permettant de justifier son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	Articles D312-203, L331-8-1 et art D312-158-10° CASF	<b>Recommandation 6 :</b> Transmettre à l'ARS un plan d'action attestant de son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.	3 mois		<b>Levée de la recommandation n°6.</b>
<b>Remarque 7 :</b> L'absence de mise en place d'une procédure du nouvel arrivant ne favorise pas une prise de poste efficiente et peut impacter la prise en charge des usagers.		<b>Recommandation 7 :</b> Elaborer un livret d'accueil des nouveaux arrivants.	3 mois		<b>Levée de la recommandation n°7.</b>
