

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD HUBERT DE FLERS

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 HUBERT DE FLERS Adresse : QUARTIER CHAUFFOURS 48140 LE MALZIEU VILLE N° FINESS Juridique : 480001924 N° FINESS Géographique : 480783182 Gestionnaire : EHPAD MR LE MALZIEU VILLE Tél. : 04 66 42 54 54 Mail direction et/ou directeur : direction@chsc.fr	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : XXXXXXXXXX Nom de l'Inspectrice : XXXXXXXXXX

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	9
II - RESSOURCES HUMAINES	10
2.1 - Effectifs	10
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	11
3.1 - Projet général médico-soignant.....	11
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	12
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 HUBERT DE FLERS 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 HUBERT DE FLERS	
Statut juridique	Etablissement Social et Médico-Social Communal	
Option tarifaire	Tarif partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	50	50
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP et PMP validés en avril 2023 non communiqués	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Habilité aide sociale	

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 est daté du 06/03/2024, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Pas d'observations.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	La structure déclare disposer d'une directrice, titulaire du MASTER SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE (Certification niveau 1 BAC+5) délivré par l'UNIVERSITE CLERMONT-FERRAND 1 le 03/06/2008 et titulaire du CAFDES délivré par l'EHESP le 10/12/2010. Conformité. La directrice exerce également des fonctions de direction au Centre Hospitalier Fanny RAMADIER à Saint Chély d'Apcher. L'arrêté de nomination de la directrice est daté et signé du 10/11/2022.
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature		La structure a transmis la décision portant délégation de signature datée du 17/01/2023. Pas d'observations.
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.

1.2 - Fonctionnement institutionnel

Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF Art. D.311-38-3 et 4 du CASF	La structure a transmis un document nommé « Axes stratégiques du projet d'établissement 2023-2027 ». Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement finalisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté du 05/10/2023. Conformité.
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 2 : 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	Dispositions générales : Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3 du CASF	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Il est constitué.

réunions, contenu : OJ et CR, organisation. Est-il opérationnel ?	Composition et fonctionnement : Art. D.311-4 à 20 CASF Composition : Art. D.311-5 du CASF Règlement intérieur : Art. D.311-19 du CASF Attribution du CVS : Art. D311-15 et 26 du CASF Périodicité : Art. D.311-16 du CASF Signature : Art. D. 311-20 du CASF	Pour 2023, la structure a transmis les 3 comptes rendus des réunions de CVS du 09/05, du 05/10 et du 19/12. La composition et le fonctionnement du CVS sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS. La programmation des réunions de CVS de 2024 prévoit des réunions le 08/04, le 27/06 et le 18/11.
--	---	--

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	Le contrat de travail du MEDCO est daté et signé du [REDACTED] Le MEDCO est titulaire du [REDACTED] [REDACTED] Conformité. Le MEDCO est médecin traitant de 27 résidents.
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 50 places autorisées. Conformité.
IDEC : Contrat et date du recrutement	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. L'arrêté de l'IDEC est daté et signé du [REDACTED]

L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?		
--	--	--

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 ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018 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 Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 du CASF	La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) porte la mention d'une « déclaration éventuelle à l'ARS ». Ecart 3 :

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 ?		La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF. La structure mentionne 0 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration.

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.
Effectifs dans l'ensemble de la structure Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	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. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : ■ MEDEC ; ■ DEC ; ■ IDE ; ■ AS ; Pas d'AMP. La structure informe avoir 1 salarié « faisant fonction AS ». Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare ne pas avoir d'ETP vacant d'IDE ni d'AS-AES-AMP et 0,64 % d'encadrement. Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare pour les personnels : - IDE : 0,08 % d'absentéisme et pas de turn-over. - AS-AES-AMP : 6,76 % d'absentéisme et 17,94 % de turn-over.

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<p>HAS, 2008, p.18 (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention)</p> <p>HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)</p>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis.</p> <p>Remarque 1 : Les plans de formation transmis ne comportent pas d'inscription à la formation d'aide-soignante ou VAE pour l'AS « faisant fonction ».</p>

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<p><u>Projet de soin dans PE :</u> D.311-38-5 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.312-158 du CASF</p>	<p>Ecart 4 : Au jour du contrôle le document transmis « axes stratégiques » ne développe pas le volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-3 alinéa 1° du CASF.</p>
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'annexes au contrat de séjour.

Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
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.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare avoir réorganisé les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire en juillet 2024, elles se font entre les équipes de jour et de nuit.
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	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine PHARMACIE BRUNEL ROUQUET. Conformité.
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 via [REDACTED].
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		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

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.
--	--	--

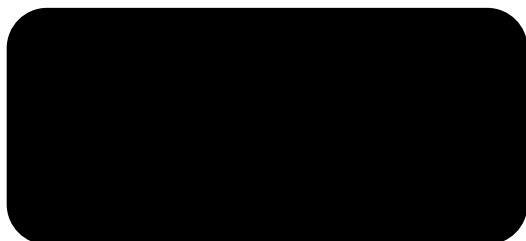
Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. 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 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	La structure déclare disposer de 5 autres procédures. Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Incontinence. Remarque 2 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : - Troubles du transit ; - Etat bucco-dentaire.

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7° du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle 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 ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec CICAPLAIE.
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 LBM avec GENBIO (résultats sur [REDACTED]) Remarque 3 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec le [REDACTED] [REDACTED] Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) de l'HOPITAL [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 des conventions de partenariat avec le [REDACTED] [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 [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 et l'EMSP de l'HOPITAL [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 26 juillet 2024



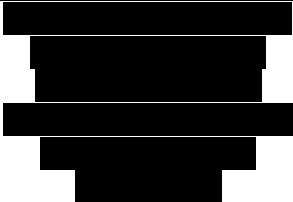

**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle**

**Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD HUBERT DE FLERS situé à Le Malzieu Ville (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.*

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues (3)

Ecart (4)	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
Écart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement finalisé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF	Prescription 1 : Transmettre le projet d'établissement finalisé.	Effectivité 2024		Prescription 1 maintenue jusqu'à transmission du projet d'établissement finalisé. La mission prend note de la demande de délai complémentaire. Délai : Juin 2025
Ecart 2 : 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 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	6 mois		Prescription 2 maintenue. La prescription sera levée dès la constitution de la CCG. Délai : 6 mois
Ecart 3 :	Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 3 :	Immédiat		Prescription 3 levée



La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.		Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la mention « sans délai ». Transmettre la convention à l'ARS.			
Ecart 4 : Au jour du contrôle le document transmis « axes stratégiques » ne développe pas le volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-3 alinéa 1° du CASF.	Art. D.311-38-5 du CASF Art. L.311-8 du CASF	Prescription 4 : Intégrer un volet projet général de soins finalisé dans le projet d'établissement en cours de finalisation.	Effectivité 2024		Prescription 4 maintenue. La prescription sera levée après intégration du volet de projet général de soins finalisé dans le projet d'établissement lui-même en cours de finalisation. Délai : juin 2025

Tableau des remarques et des recommandations retenues (2)

Remarques (3)	Référence	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : Les plans de formation transmis ne comportent pas d'inscription à la formation d'aide-soignante ou VAE pour l'AS « faisant fonction ».	<u>HAS, 2008, p.18</u> (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention) <u>HAS 2008, p.21</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)	Recommandation 1 : Bien vouloir inscrire l'aide-soignant « faisant fonction » dans les plans de formation.	Effectivité 2025	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px;"></div>	Recommandation 1 levée dès inscription de l'aide-soignant « faisant fonction » dans les plans de formation. Effectivité 2025
Remarque 2 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Troubles du transit ; Etat bucco-dentaire.	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	Recommandation 2 : Elaborer et mettre en place les deux procédures manquantes citées en remarque dès leur finalisation.	6 mois	<div style="background-color: black; width: 50px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div>	Recommandation 2 levée dès élaboration et mise en place des deux procédures manquantes citées en remarque. Délai 6 mois
Remarque 3 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux		Recommandation : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux	6 mois	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px;"></div>	Recommandation 3 levée

