

## RAPPORT EHPAD La Soleillade 48 - 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)**

### Structure

Dénomination : EHPAD La Soleillade

Adresse : Avenue de la gare  
48160 Le Collet de Dèze

N° FINESS juridique : 480783117

N° FINESS géographique : 480783125

Organisme gestionnaire : CCAS du Collet de Dèze

Tél. : 04.66.45.34.00

Mail directeur : direction.lasoleillade@orange.fr

### Equipe 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
Direction .....	6-7
Fonctionnement institutionnel .....	7-8-9
Médecin coordonnateur et IDEC .....	10
Qualité et Gestion des risques.....	11-12
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 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 La Soleillade 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 20 janvier 2023, 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>	La Soleillade	
<b>Statut juridique</b>	Fonction publique territoriale	
<b>Option tarifaire</b>	Partiel	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Sans PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
HP	44	44
HT		
PASA		
UHR		
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP : <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span> PMP : <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	44	44

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart 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)	<b>Remarque 1</b> : L'organisme gestionnaire n'a pas transmis l'organigramme de l'EHPAD.
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)	L'organisme gestionnaire a transmis un arrêté de nomination par détachement pour une période de 6 mois, allant du [REDACTED] au [REDACTED].  <b>Ecart 1</b> : La qualification du directeur n'a pas été fournie.
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	Le gestionnaire a transmis une fiche de poste, datée de décembre 2019, non signée et comprenant l'ensemble des tâches assignées au directeur.  <b>Remarque 2</b> : Absence de fiche de poste à jour et signée par le nouveau directeur.
<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)	L'établissement n'a pas transmis de document précisant les délégations de signature dévolues au directeur.  <b>Ecart 2</b> : L'établissement ne dispose pas de document de délégation de signature conformément à l'article D 315-67 à 71 du CASF.

Le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ?		Aucune procédure liée à l'astreinte et/ou à la continuité de direction n'a été communiquée.
Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022		La fiche de poste du directeur indique que le directeur est en astreinte du lundi 8h00 au vendredi 17h00, en dehors de ses congés annuels (47 semaines par an). <b>Remarque 3</b> : Le calendrier des astreintes n'a pas été transmis.
A L'EXAMEN DES DOCUMENTS TRANSMIS : la permanence de direction est-elle organisée si absence du directeur (note/procédure) ?		Il n'y a pas d'information précise sur l'organisation de la permanence de direction en cas d'absence du directeur.
<b>Comité de direction</b>		L'organisme gestionnaire précise qu'il n'y a pas de réunion de comité de direction (CODIR).
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ? Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de institutionnelles ?		Compte tenu de l'absence de CODIR, il n'a pas été transmis de compte rendu.  <b>Remarque 4</b> : L'établissement gagnerait à avoir d'autres types de réunions institutionnelles pluridisciplinaires (médicales, paramédicales etc...)
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)	L'organisme gestionnaire a transmis un projet d'établissement 2020-2025 qui donne une vue d'ensemble des informations concernant les résidents accompagnés, telles que le taux d'occupation et leur typologie.
Validité (max 5 ans)	L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	Le projet d'établissement couvre la période 2020 à 2025.
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. <i>compte-rendus de la commission gériatrique des 12 derniers mois</i>	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	La commission de coordination gériatrique est constituée et active.  L'organisme gestionnaire a transmis deux comptes rendus de la commission de coordination gériatrique. Le premier compte rendu date du 10 juin 2021, le deuxième du 18 mars 2022.  Le 18 mars 2022, la CCG a évoqué les éléments suivants dans son rapport: présentation du médecin

		coordonnateur et du kinésithérapeute, livret thérapeutique et circuit du médicament, Blue Kangoo (base documentaire), besoins en formations, télémedecine, DUI et vaccinations.
<b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?  Composition du 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) 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>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)	Le gestionnaire a transmis des informations concernant le CVS. Le Conseil est installé et actif au sein de l'établissement.  Le nombre de représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou représentants légaux ne dépasse pas la moitié des membres du conseil de vie sociale, conformément aux articles D311-4, D311-5 et D311-6 de la répartition des membres du CVS.
Organisation du CVS (Ordre du jour, relevé de conclusion, compte rendu,	D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)	Les comptes rendus sont rédigés pour les réunions du CVS.
Fréquence des séances du CVS		Au vu des comptes rendus transmis, le conseil de vie sociale s'est réuni une fois en 2021 et deux fois durant l'année 2022.  <b>Ecart 3</b> : la fréquence des CVS n'est pas conforme avec la réglementation en vigueur.
Compte-rendu des 3 derniers CVS		L'organisme gestionnaire a envoyé les comptes rendus du conseil de vie sociale en date du 10 juin 2021, 10 février 2022 et 27 septembre 2022.



## Médecin coordonnateur et IDEC

<p><b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDCO</p>	<p>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</p>	<p>L'organisme gestionnaire précise que le médecin coordonnateur ne dispose pas d'un diplôme d'étude spécialisée en gériatrie ou d'une capacité de gérontologie.</p> <p>D'après les éléments communiqués à la mission, le médecin s'engage à suivre les formations nécessaires pour remplir les conditions pour exercer en tant que MEDCO dans un délai de trois ans à compter de la signature du contrat de travail.</p> <p><b>Ecart 4 :</b> L'établissement informe que le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.</p>
<p><b>ETP MEDEC</b> conforme avec la capacité de l'EHPAD</p>	<p>D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022</p>	<p>Le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail à durée déterminée en qualité de médecin territorial pour assurer les fonctions de médecin coordonnateur, le temps d'activité est fixé à ■ heures hebdomadaires, allant du ■.</p> <p>Le temps de présence du médecin coordonnateur est de ■ équivalent temps plein pour une capacité de 44 places en hébergement permanent installées.</p> <p><b>Ecart 5 :</b> L'équivalent temps plein du MEDEC n'est pas conforme à la réglementation à la date de l'inspection pour un établissement comptant 44 lits autorisés.</p>

Date dernier <b>RAMA</b> établi ? Cf. 26	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	<b>Ecart 6 :</b> L'organisme gestionnaire n'a pas transmis le rapport d'activité médicale annuel (RAMA) de l'année 2021.
<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'infirmière coordinatrice a été embauchée le 16 février 2022 en tant qu'IDEC. L'établissement n'a pas transmis de documents permettant de justifier d'une formation d'encadrement.  <b>Remarque 5 :</b> L'établissement n'a pas transmis le diplôme de l'IDEC ni tout autre document attestant d'une formation au poste d'encadrement.
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	L'organisme gestionnaire a transmis un plan d'amélioration continue de la qualité, qui définit quatre axes. Axe 1 - droits, libertés et participation des usagers. Axe 2 - contribution au parcours et à la réponse des besoins territoriaux. Axe 3 - amélioration de l'efficience et du pilotage interne. Axe 4 - prévention, qualité et gestion des risques.
Protocole de <b>signalement des évènements indésirables</b> et dysfonctionnements graves aux autorités administratives Cf. 33 Cf. Registre ou liste des fiches d'évènements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ? Cf. 30 Cf. 31 Cf. Récapitulatif des évènements 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)	L'établissement a transmis une procédure de signalement des évènements indésirables, datant de février 2016.  <b>Ecart 7 :</b> Le document communiqué ne précise pas le signalement des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives sans délai conformément à la réglementation. De plus, il n'est pas mentionné l'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés à savoir : <a href="mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr">ars31-alerte@ars.sante.fr</a> ni le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie : 0800 301 301

<i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS, la date, les motifs, l'analyse et les actions réalisées à la suite des EI sont-ils tracés ? Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?</i>		<p>L'organisme gestionnaire déclare réaliser des retours d'expérience (RETEX) suite à l'analyse des dysfonctionnements et EIGS, toutefois, les comptes rendus ou les bilans des actions d'accompagnement du personnel dans leur pratique n'ont pas été communiqués.</p> <p><b>Remarque 6 :</b> Absence de transmission des comptes rendus RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</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>L'organisme gestionnaire n'a pas fourni de procédure d'accueil pour les nouveaux salariés.</p> <p><b>Remarque 7 :</b> Le livret d'accueil des nouveaux arrivant n'est pas transmis.</p>

Effectifs dans l'ensemble de la structure	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 L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant	<b>Ecart 8</b> : L'organisme n'a pas fourni de planning ni de tableau des effectifs présents au jour de l'inspection.
Effectifs spécifiques à l'UVP	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	Le gestionnaire de l'organisme affirme qu'il n'y a pas d'unité de vie protégée dans l'établissement.
Plan de formation interne, externe	HAS 2008, p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention  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	Le gestionnaire a transmis un plan de formations pour les années 2023 et 2024.

Fait à Toulouse, le 22 Février 2023

L'inspectrice ARS



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 La Soleillade située à Collet-de-Dèze (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\_4  
EHPAD LA SOLEILLADE

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecart (8)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<b>Ecart 1</b> : La qualification du directeur n'a pas été fournie.	D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur [1])	<b>Prescription 1</b> : L'organisme gestionnaire doit transmettre à l'ARS le justificatif de l'engagement de formation puis le diplôme obtenu.	15 jours	[REDACTED]	Levée de la prescription 1
<b>Ecart 2</b> : L'établissement ne dispose pas de document de délégation de signature conformément à l'article D 315-67 à 71 du CASF.	L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics)	<b>Prescription 2</b> : Formaliser sur un document unique les 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	[REDACTED]	Prescription 2 maintenue
<b>Ecart 3</b> : la fréquence des CVS n'est pas conforme avec la réglementation en vigueur.	D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)	<b>Prescription 3</b> : Réunir le CVS à minima trois fois par an.	Dès 2023	[REDACTED]	Prescription 3 maintenue

				<div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 92%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 88%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 96%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 93%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 87%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 92%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 94%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 91%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 97%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 89%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 86%;"></div>	
<b>Ecart 4 :</b> L'établissement informe que le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut,	D. 312-157[3]	<b>Prescription 4 :</b> A l'issue de la formation, transmettre le document attestant que le MEDCO est titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement	Fin de formation	<div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 15%;"></div>	Prescription 4 maintenue





				<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
<b>Ecart 6</b> : L'organisme gestionnaire n'a pas transmis le rapport d'activité médicale annuel (RAMA) de l'année 2021.	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	<b>Prescription 6</b> : Elaborer un rapport d'activité médicale annuelle de l'année 2022 pour permettre à l'établissement de suivre dans le temps ses avancées sur le plan des bonnes pratiques de soins et des activités médicales conformément à l'article D312-158 du code de l'action sociale et des familles et le transmettre dans le cadre du suivi de l'inspection.	6 mois	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Levée de la prescription 6
<b>Ecart 7</b> : Les documents communiqués ne précisent pas le signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives sans délai conformément à la réglementation. De plus, il n'est pas mentionné l'adresse mail à laquelle les	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)	<b>Prescription 7</b> : L'établissement devra ajouter dans sa procédure de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves, la mention « informer l'ARS sans délai et par tous moyens » et préciser l'adresse mail ars31-	Immédiat	<div></div> <div></div> <div></div>	Levée de la prescription 7

signalements doivent être adressés à savoir : <a href="mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr">ars31-alerte@ars.sante.fr</a> ni le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie : 0800 301 301		alerte@ars.sante.fr et le numéro 0800 301 301			
<b>Ecart 8</b> : L'organisme n'a pas fourni de planning ni de tableau des effectifs présents au jour de l'inspection.	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 L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant	<b>Prescription 8</b> : Transmettre un tableau des effectifs rémunérés ainsi qu'un planning pour les mois de décembre 2022 et janvier 2023. Indiquer les faisant fonctions d'AS.	Immédiat	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Levée de la prescription 8

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	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1 :</b> L'organisme gestionnaire n'a pas transmis l'organigramme de l'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 et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel de l'EHPAD.	1 mois		Levée de la recommandation 1
<b>Remarque 2 :</b> Absence de fiche de poste à jour et signée par le nouveau directeur.		<b>Recommandation 3 :</b> Transmettre à l'ARS la fiche de poste à jour et signée par le nouveau directeur.	1 mois		Levée de la recommandation 2
<b>Remarque 3 :</b> Le calendrier des astreintes n'a pas été transmis.		<b>Recommandation 3 :</b> Elaborer un calendrier des astreintes à minima pour le 1 <sup>er</sup> semestre 2023 permettant d'identifier la permanence de direction. Transmettre le calendrier à l'ARS.	1 mois		Levée de la recommandation 3





	<p>dans la prévention et le traitement de la maltraitance.</p> <p>HAS 2008, p19</p> <p>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>			<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
--	--	--	--	---	--