

Services émetteurs : Direction des droits des usagers, des affaires juridiques, de
l'inspection contrôle et de la qualité - Pôle Inspection Contrôle
Délégation départementale du Gers

Monsieur le Président
Association Nationale de Recherche et d'Action
Solidaire (ANRAS)
3 chemin du chêne vert
31130 FLOURENS

Réf. : [REDACTED]
Date : 18 octobre 2024

Courrier RAR n° [REDACTED]

Copie de cet envoi à Madame la Directrice de l'EHPAD « Saint-Dominique »

Objet : Inspection de l'EHPAD « Saint-Dominique » à Auch (32)
Clôture de la procédure contradictoire et notification des décisions définitives

PJ : Tableau de synthèse des mesures correctives définitives

Monsieur le Président,

Suite à l'inspection réalisée à l'EHPAD « Saint-Dominique » les 11 au 12 juin 2024, je vous ai invité, par lettre d'intention en date du 02 août 2024, à communiquer vos observations en réponse à la proposition de mesures correctives.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous avez transmis vos remarques en date du 06 septembre 2024.

Après recueil et analyse de vos observations, je vous notifie ma décision définitive, en vous demandant de mettre en œuvre, dans les délais impartis, les mesures correctrices, énumérées dans le tableau joint au présent courrier.

Ces actions vous permettront d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents, ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de votre établissement.

Au fur et à mesure de la mise en œuvre de ces mesures, selon l'échéancier précisé, vous voudrez bien transmettre à mes services, en charge du suivi de votre dossier, tous les éléments permettant de vérifier le respect des prescriptions, à savoir :

Agence Régionale de Santé Occitanie
Délégation départementale du Gers
Cité administrative
1 bis place de l'Ancien Foirail
32000 AUCH

À l'attention de M. DUBOUIX
Pôle A.T.O. / Unité parcours inclusifs

Le cas échéant, j'organiserai un contrôle d'effectivité.

.../...

En application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les injonctions et prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Monsieur le Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télérécours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' followed by a long horizontal stroke that curves upwards at the end.

Didier JAFFRE

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

Tableau de synthèse des écarts et des remarques Inspection de l'EHPAD « SAINT-DOMINIQUE » :

(10, rue de la Somme – 32000 Auch)
FINESS ET : 320784606
N° PRIC 2024 : MS_2024_32_CS_01

Du 11 au 12 juin 2024

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.

Une **injonction** est l'expression écrite d'un ordre, d'un commandement donné par l'autorité administrative de faire ou de ne pas faire quelque chose, de remédier dans un délai défini, précis, raisonnable et suffisant, à une situation de non-conformité au cadre juridique de l'activité ou à un risque majeur, et ce de manière explicite, et sous peine éventuelle de sanctions elles-mêmes prévues par la loi ou le règlement (CSP et/ou CASF -art. L313-14, L313-14-1 et L313-16-).

Une **prescription** est l'expression écrite de la nécessité de corriger des non-conformités à des références juridiques, mais elle se distingue de l'injonction et de la mise en demeure par un niveau de risque ne justifiant pas, au regard de la situation, une injonction. A l'égard de l'entité inspectée, la prescription a la même valeur contraignante que l'injonction concernant l'obligation de faire ou de cesser de faire.

Une **recommandation** est l'expression écrite de propositions de mesures visant à corriger des dysfonctionnements ou manquements ne pouvant être caractérisés par la non-conformité à une référence juridique.

Ecarts	Rappel de la réglementation	Mesure (Injonction, prescription) et nature de la mesure correctrice attendue	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision des autorités
Ecart 1 L'établissement ne dispose pas d'un registre des entrées et des sorties coté et paraphé par le maire de la commune d'Auch	L331-2 et R331-5 CASF	Prescription 1 : Le gestionnaire doit mettre en place le registre des entrées et sorties. Avant sa mise en service, il doit veiller à le faire coter et parapher par le maire de la commune d'Auch. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart partiellement levé : La mairie d'Auch doit coter (= numéroté) le registre et indiquer/attester le nombre de pages que celui-ci contient. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : immédiatement
Ecart 2 Le règlement de fonctionnement n'indique pas clairement que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.	R311-33 CASF	Prescription 2 : Le règlement de fonctionnement doit clairement indiquer que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart partiellement maintenu : Le gestionnaire doit adresser à l'ARS le compte rendu du CVS correspondant ainsi que la version définitivement en vigueur du règlement de fonctionnement. Délai de réalisation : immédiatement

Ecart 3 L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'établissement en cours de validité.	L311-8 et R311-38-1 à R311-38-5 CASF	Prescription 3 : Le gestionnaire doit procéder à la réécriture du projet d'établissement. Cette réécriture devra respecter les nouvelles dispositions réglementaires fixées aux articles R311-38-1 à R311-38-5 du CASF. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	6 mois		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/01/2025
Ecart 4 L'organigramme en vigueur n'est pas adapté, notamment concernant le positionnement du médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD découlant de la réglementation.	D312-158 CASF	Prescription 4 : L'organigramme doit être révisé : - en repositionnant le médecin coordonnateur en tant que responsable du pôle « soins ». - en repositionnant l'IDE coordonnatrice sous l'autorité du précédent ; - en repositionnant le diététicien sur le pôle « soins ». Il doit également être nominatif, n'indiquer que les personnels stables (CDI) et faire apparaître les liens fonctionnels. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart levé

<p>Ecart 5 Les modalités opérationnelles permettant de garantir la continuité de la fonction de direction au sein de l'EHPAD ne sont que partiellement mises en place. Il n'existe pas de formation spécifique «astreintes» pour les professionnels désignés pour les assumer.</p>	<p>D311-3, 1° CASF</p>	<p>Prescription 5 : Les modalités opérationnelles permettant de garantir la continuité de la fonction de direction doivent être complétées par : -Une subdélégation de pouvoirs de la part de la directrice à l'IDEC, dans le cadre des astreintes de direction que cette dernière effectue ; - la détermination du planning et d'une procédure de continuité de direction ; - la mise en place d'une formation spécifique «astreintes » pour les professionnels désignés pour les assumer.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>1 mois</p>		<p>Ecart partiellement levé : Le gestionnaire doit : -organiser la subdélégation de pouvoirs de la part de la directrice à l'IDEC, dans le cadre des astreintes de direction que cette dernière effectue ; - mettre en place d'une formation spécifique «astreintes » pour les professionnels désignés pour les assumer.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : 31/12/2024</p>
<p>Ecart 6 Une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, formalisée, connue et opérationnelle au sein de l'établissement n'a pas été mise en place.</p>	<p>L311-3 CASF</p>	<p>Prescription 6 : Le gestionnaire doit déterminer et mettre en œuvre une politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance. Celle-ci doit être intégrée dans le projet d'établissement.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la</p>	<p>3 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation 31/12/2024</p>

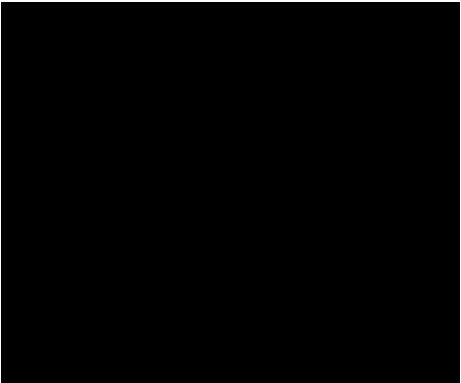
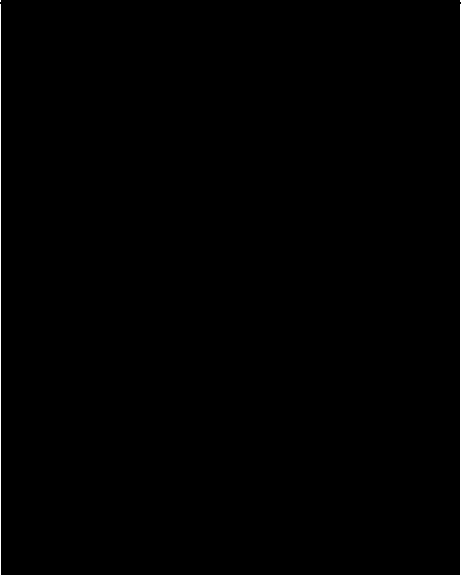
		mise en conformité demandée.			
Ecart 7 La procédure de gestion des événements indésirables est incomplète. Par ailleurs, celle-ci est non datée et ne comporte aucune date de mise en application.	L331-8-1 CASF ; Arrêté ministériel du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales	Prescription 7 : Le gestionnaire doit compléter la procédure de gestion des événements indésirables en : - intégrant les 11 catégories d'EIG devant être obligatoirement déclarés aux autorités - précisant le processus de leur traitement - les coordonnées du point d'entrée régional unique de réception des signaux de l'ARS Occitanie et du conseil départemental du Gers. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart levé

<p>Ecart 8 Le dossier administratif du médecin coordonnateur ne contient pas les pièces légales attendues pour prouver sa qualification et sa capacité à exercer.</p>	<p>L4111-1 CSP</p>	<p>Prescription 8 : Le dossier administratif du médecin soit être complété avec : -son diplôme d'Etat de docteur en médecine ; - une preuve de nationalité française (ou de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie) ; - une preuve d'inscription au tableau de l'ordre des médecins.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Ecart levé</p>
<p>Ecart 9 Par défaut de production d'une preuve valide d'inscription au tableau de l'ordre des infirmiers, les personnels IDE salariés par l'EHPAD se trouvent en situation d'exercice illégal d'une profession réglementée.</p>	<p>L4311-15 CSP</p>	<p>Prescription 9 : Les IDE (IDEC comprise) doivent s'inscrire au tableau de l'ordre des infirmiers.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Ecart levé</p>

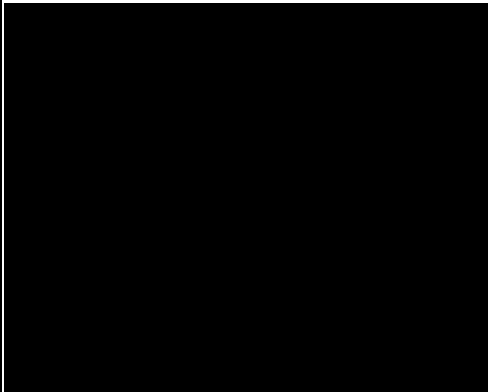
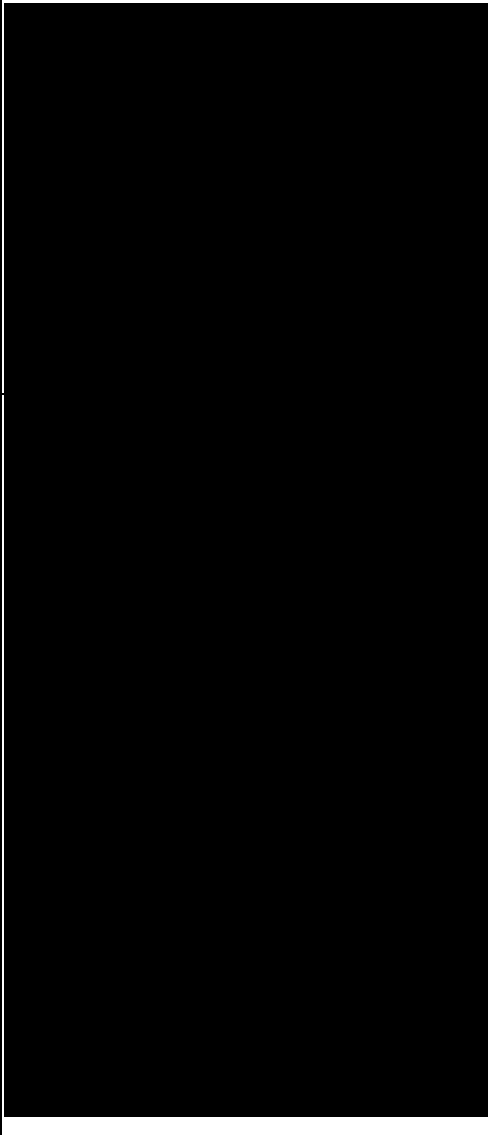
<p>Ecart 10 Le gestionnaire ne respecte pas le socle minimal de professionnels attendu en EHPAD.</p>	<p>D312-155-0 CASF, II</p>	<p>Prescription 10 : Le gestionnaire doit revoir son tableau des effectifs, afin de satisfaire aux attendus du socle minimal de professionnels que l'on doit trouver en EHPAD.</p> <p>Transmettre aux autorités les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu : le recrutement d'un personnel AES est indispensable, afin de garantir la pluridisciplinarité des accompagnements, telle que fixée par le CASF.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité du recrutement.</p> <p>Délai de réalisation : 28/02/2025</p>
<p>Ecart 11 Des agents hôteliers (ASH) occupent des fonctions d'aide-soignant (AS).</p>	<p>L4391-1 et L4391-3 CSP ; L311-3 1° et 3° ; L312-1 – II al.4 CASF ; D312-155-0 CASF, II ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2</p>	<p>Prescription 11 : Le gestionnaire ne doit pas donner aux salariés non diplômés un statut protégé par un diplôme et une qualification.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : immédiatement</p>

<p>Ecart 12 Les dossiers des salariés ne comportent pas systématiquement le bulletin extrait du casier judiciaire.</p>	<p>L133-6 CASF</p>	<p>Prescription 12 : Le gestionnaire doit s'assurer, au moment du recrutement, de la compatibilité de ses personnels à exercer leurs fonctions auprès de personnes vulnérables (y compris pour les personnels recrutés en CDD ou recrutés via un prestataire d'intérim). Le gestionnaire doit mettre à jour les dossiers des salariés en demandant à ces derniers de fournir le bulletin du casier judiciaire.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart partiellement levé : le gestionnaire doit mettre à jour les dossiers des salariés en demandant à ces derniers de fournir le bulletin du casier judiciaire.</p> <p>Délai de réalisation : 31/12/2024</p>

Ecart 13 Le gestionnaire institutionnalise le glissement de tâches, en établissant des fiches de tâches génériques qui s'adressent aux AS et agents hôteliers (ASH) faisant fonction d'AS.	L4394-1 CSP	Prescription 13 -a : Le gestionnaire doit mettre un terme aux glissements de tâches. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart maintenu
		Prescription 13 -b : Le gestionnaire doit réécrire des fiches de tâches individualisées pour chaque salarié. Les tâches qui y seront inscrites devront correspondre aux qualifications et titres professionnels de chacun d'eux. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	1 mois		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 14 Une partie du personnel seulement est formée à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance.	L311-3 CASF, RBPP ANESM-HAS “La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre”	Prescription 14 : Le gestionnaire doit former l'intégralité du personnel à la bientraitance et/ou à la prévention de la maltraitance. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	9 mois		Ecart maintenu. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée Délai de réalisation : 30 juin 2025

<p>Ecart 15 La décoration des circulations et des différents espaces de vie est minimale. Or, il est rappelé au gestionnaire que l'architecture et/ou l'agencement, la décoration des locaux doivent permettre de personnaliser l'espace de vie, y compris l'espace dédié à la circulation, afin de favoriser leur appropriation.</p>	<p>L311-3, 1° CASF, RBPP ANESM “Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne”</p>	<p>Prescription 15 : Le gestionnaire doit veiller à décorer les circulations et les différents espaces de vie, en tenant compte des goûts et choix des résidents accueillis.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p> <p>Délai de réalisation : 31/03/2025</p>
<p>Ecart 16 Les ateliers cuisine ne sont pas encadrés et peuvent être source à potentiel risque de toxico-infection alimentaire collective (TIAC)</p>	<p>L311-3, 1° CASF</p>	<p>Prescription 16 : Le gestionnaire doit encadrer les ateliers cuisine par une procédure. Une fiche de traçabilité « atelier pâtisserie » doit être rédigée et indiquer à minima la date, le nom des résidents participants, les ingrédients utilisés avec traçabilité des N° de lots et la réalisation d'un plat témoin pour conservation par le service hôtelier.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart levé</p>

<p>Ecart 17 Des informations personnelles concernant des résidents sont affichées à la vue de tous, dans la salle de restaurant.</p>	<p>L311-3, 4° CASF</p>	<p>Prescription 17 : Les informations personnelles concernant des résidents affichées à la vue de tous dans la salle de restaurant doivent être retirées. Elles peuvent être compilées dans un classeur dédié à l'alimentation des résidents que seuls les personnels accompagnants peuvent consulter.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			<p>Ecart levé</p>
<p>Ecart 18 L'ensemble des locaux et espaces de rangement de l'établissement sont utilisés de façon non rationnelle. Les différents stockages sont « anarchiques » et les règles d'hygiène n'y sont pas respectées.</p>	<p>L311-3 1° CASF ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 et 3 ; Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance</p>	<p>Prescription 18 Le gestionnaire doit rationaliser l'ensemble des locaux et espaces de rangement. Il doit assurer l'hygiène des différents locaux de stockage.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart levé</p>

<p>Ecart 19 Le salon des familles est peu chaleureux et investi. Il ne permet pas aux résidents et à leurs proches de pouvoir bénéficier d'un endroit intime dédié.</p>	<p>L311-3, 1° CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.12</p>	<p>Prescription 19 Le gestionnaire doit procéder au réaménagement du salon des familles, afin de le rendre chaleureux, fonctionnel et intime.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : 31/03/2025</p>
<p>Ecart 20 Les espaces extérieurs sont partiellement entretenus et investis. La présence d'une fontaine vide non mise en sécurité, de bancs en bois délabrés et de mobiliers de jardins vétustes majore le risque de blessures et de chute des résidents.</p>	<p>L311-3 CASF et Circulaire n° SGMCAS/CNSA/2022/21 du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées)</p>	<p>Prescription 20 : Le gestionnaire doit entretenir l'ensemble des espaces extérieurs de l'EHPAD. Il doit remplacer le mobilier de jardin vétuste. Dans le cadre du projet d'établissement, les espaces extérieurs doivent être intégrés dans l'accompagnement des résidents.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : 30/06/2025</p>

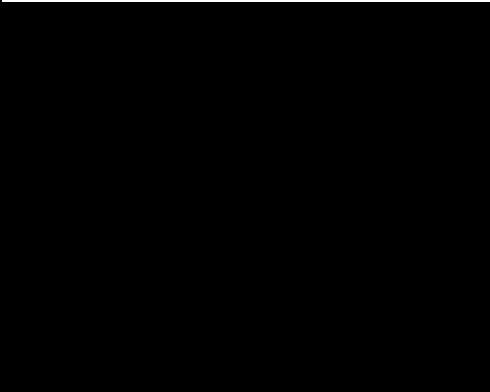
Ecart 21 Il est constaté un défaut d'entretien et de sécurisation du bâtiment « pyramide ».	L311-3, 1° CASF	Prescription 21 : Le gestionnaire doit : -entretenir le toit en verre du bâtiment «pyramide » et ses abords ; -sécuriser l'accès à cet espace (pose d'entrebâilleurs de sécurité pour fenêtre) Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart partiellement maintenu : Le gestionnaire doit entretenir les abords du toit en verre du bâtiment « Pyramide » (notamment enlever les souillures de pigeons) et poser des entrebâilleurs de sécurité pour fenêtre. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 22 Il est constaté un défaut de traçabilité systématique du bionettoyage.	L311-3 1° CASF ; Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2 et 3 ; Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance	Prescription 22 : Le gestionnaire doit mettre en place une traçabilité systématique du bionettoyage. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart maintenu : les feuilles de traçabilité transmises ne peuvent être interprétées sans les protocoles de bionettoyage qui doivent indiquer la fréquence des nettooyages. Il est demandé au gestionnaire de transmettre l'ensemble des protocoles de bionettoyage en vigueur avec leurs traçabilités correspondantes. Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 23 La salle "retour chariots-zone de désinfection ne doit pas abriter du matériel de soins propre, afin de garantir une marche en avant du sale vers le propre.	Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance	Prescription 23 : Le chariot d'urgence et les dispositifs d'administration de l'oxygène (extracteurs) doivent être stockés en zone propre. Il est demandé au gestionnaire de respecter les modalités d'utilisation d'une zone de désinfection et les circuits de circulation entre "zone	Immédiatement		Ecart levé

		<p>dite sale” et “zone dite propre”.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p>Ecart 24 Le dispositif appel malade est partiellement défaillant.</p>	<p>L311-3, 1° CASF</p>	<p>Prescription 24 : Le gestionnaire doit faire réparer le dispositif appel malade partiellement défaillant et vérifier sa parfaite opérationnalité.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart maintenu : le gestionnaire doit transmettre la preuve de la parfaite opérationnalité du dispositif d'appel malade.</p> <p>Délai de réalisation : immédiatement</p>
<p>Ecart 25 Le gestionnaire n'a pas été en mesure : -De fournir la liste des dispositifs médicaux exploités ; -De fournir la traçabilité globale de leur maintenance ; -De présenter le contrat de formation des personnels à l'utilisation de ces matériels médicaux ; -De fournir les protocoles d'utilisation de ces matériels. Il est rappelé au gestionnaire l'obligation qui lui incombe de veiller à la mise en œuvre de la maintenance et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite.</p>	<p>R5211-5 CSP ; R5212-25 CSP et L311-3, 1° CASF</p>	<p>Prescription 25 : Afin d'assurer la sécurité des résidents, le gestionnaire doit : - rédiger des protocoles adaptés relatifs à l'utilisation des différents dispositifs médicaux exploités au sein de l'EHPAD (lesquels doivent définir les catégories de personnels habilités à s'en servir) ; - veiller à former régulièrement les personnels à l'utilisation de ces derniers ; - veiller à la mise en œuvre de la maintenance et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : immédiatement</p>

La maintenance doit être réalisée soit par le fabricant ou sous sa responsabilité, soit par un fournisseur de tierce maintenance, soit par lui-même.		mise en conformité demandée.			
Ecart 26 L'établissement ne bâtit pas de projets d'accompagnement personnalisés pour tous les résidents. Pour les projets personnalisés existants, l'établissement ne procède pas à leur révision périodique annuelle.	L311-3 CASF, RBPP ANESM « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement » et « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », Recommandations HAS, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art.2	Prescription 26 : Le gestionnaire doit réaliser et actualiser les PAP des résidents. Ces derniers doivent être réalisés en co-construction avec le résident (et sa famille/proches) et en équipe pluridisciplinaire. Le PAP est la résultante de la synthèse d'évaluation gérontologique, des évaluations des soins infirmiers et AS (plans de soins), de l'histoire de vie des résidents et des souhaits et attentes du résident en termes de vie sociale et d'activité. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	3 mois		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 27 L'EHPAD ne dispose pas d'un projet d'animation formalisé et développé sur la base d'une approche pluridisciplinaire. Or ce dernier est seul à même de pouvoir garantir une prise en charge et un	(L311-1, 3° et L311-3 CASF, RBPP ANESM « Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents en EHPAD »)	Prescription 27 : En lien avec le projet d'établissement à réaliser, le gestionnaire doit formaliser et mettre en œuvre un projet d'animation développé sur la base d'une approche pluridisciplinaire. Ce	3 mois		Ecart maintenu. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/01/2025

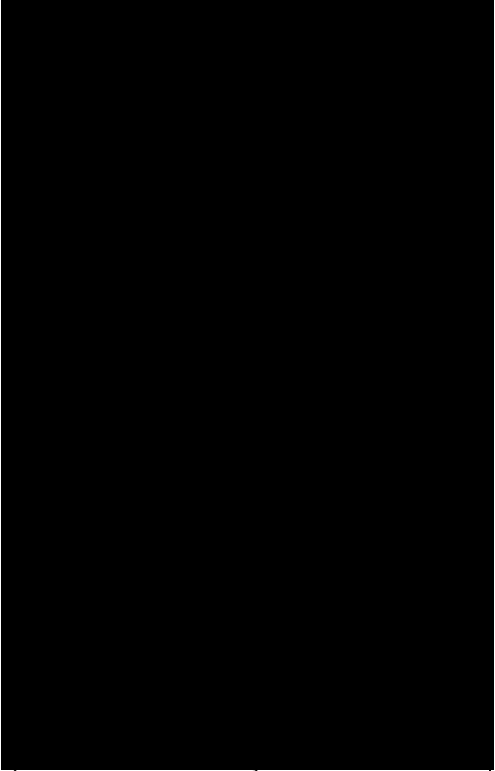
<p>accompagnement individualisé de qualité des résidents favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à leur âge et à leurs besoins respectant leur consentement éclairé.</p>		<p>dernier devra, notamment, permettre un accompagnement individualisé de qualité des résidents favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à leur âge et à leurs besoins, respectant leur consentement éclairé.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p>Ecart 28 La quotité du temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas en adéquation avec la réglementation.</p>	<p>D312-156 CASF</p>	<p>Prescription 28 : La part d'activité du médecin coordonnateur doit être en adéquation avec la réglementation soit un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Maintien de l'écart</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : immédiatement</p>
<p>Ecart 29 L'établissement n'a pas été en mesure de fournir un projet de soins validé.</p>	<p>(L311-3 CASF ; D312-158 CASF)</p>	<p>Prescription 29 : Le médecin coordonnateur doit élaborer un projet de soins en collaboration avec l'équipe soignante. Le projet de soins doit définir la politique de l'EHPAD en matière de soins, dans le respect de la réglementation et des</p>	<p>6 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : 31/01/2025</p>

		recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé (RBPP de la HAS). Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
Ecart 30 La commission de coordination gériatrique n'est pas effective au sein de l'EHPAD.	D312-158-3 CASF	Prescription 30 : Le gestionnaire doit veiller à mettre en place la commission de coordination gériatrique qui doit être présidée par le médecin coordonnateur et en assurer la traçabilité (invitations, compte-rendu...) https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873852/fr/la-commission-de-coordination-geriatrique-en-ehpad-fiche-repere Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Maintien de l'écart Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 31 L'établissement n'a pas été en mesure d'explicitier les modalités d'organisation de la fonction d'IDEC, en l'absence de celle-ci.	L311-3 CASF	Prescription 31 : Le gestionnaire doit organiser la continuité de la fonction d'IDEC, en l'absence de celle-ci. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart maintenu : au titre de l'obligation de sécurité des accompagnements à devoir aux résidents, le gestionnaire doit formaliser une procédure organisant la continuité de la fonction d'IDEC, en l'absence de celle-ci. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : immédiatement

<p>Ecart 32 Il n'existe pas de procédure interne de gestion des urgences médicales et notamment pour le personnel de nuit en l'absence d'infirmière. Il n'existe pas de conduite à tenir simple, en cas d'urgence et notamment pour les situations les plus fréquentes (chutes, difficulté à respirer, fièvre >à 38,5°C, épistaxis...).</p>	<p>L311-3 1° CASF ; R4311-14 CSP</p>	<p>Prescription 32 : L'établissement doit élaborer une procédure interne de gestion des urgences médicales. Afin d'aider le personnel à détecter des situations d'urgence, de mettre en place les actions rapides adéquates et de s'assurer qu'il est en mesure de transmettre les bonnes informations au SAMU en cas de besoin, des fiches pratiques doivent être mises en place. L'établissement pourra s'inspirer des documents déjà existants : - Guide élaboré par l'Agence régionale de santé Île-de-France et la Société de gériatrie et de gérontologie d'Île-de-France intitulé IDE et aides-soignantes en EHPAD – conduite à tenir en cas d'urgence - 20 symptômes - 20 fiches - Prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence - Réseaux des urgences Auvergne-Rhône- Alpes Le médecin coordonnateur pourra à toutes fins utiles reprendre les fiches pratiques sous forme de mini-formation auprès du personnel soignant.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart levé</p>
---	--	--	----------------------	---	-------------------

<p>Ecart 33 Le DLU n'est pas conforme aux modèles de document mis en ligne par la Haute Autorité de Santé (HAS), puisqu'il manque la fiche de liaison d'urgence qui renseigne le motif du transfert, les constantes (tension artérielle, saturation en oxygène, état de conscience...) ainsi qu'un document de retour du service d'urgence.</p>	<p>L161-37 CSS ; Décision n°2015.0159/DC/SM ACDAM du 24 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de Santé, adoptant les documents portant sur le « dossier de liaison d'urgence (DLU) »</p>	<p>Prescription 33 : Le DLU doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'établissement doit veiller à la formation des équipes pour l'utilisation du DLU et doit être intégré dans les procédures de gestion des urgences.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p>	<p>3 mois</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée</p> <p>Délai de réalisation : 31/12/2024</p>
<p>Ecart 34 En l'absence d'informations garantissant la prise en compte des droits de la personne prise en charge à aller et venir librement, la mission n'est pas en mesure de s'assurer que ce droit à aller et venir librement est garanti et aménagé selon l'état de la personne.</p>	<p>L311-3 et Annexe 3- 9-1 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie - art.12</p>	<p>Prescription 34 : Le gestionnaire doit transmettre le détail de sa politique en matière de liberté d'aller et venir garantie aux résidents.</p>	<p>Dans le cadre de la procédure contradictoire</p>		<p>Ecart levé</p>

Ecart 35 En méconnaissance des références opposables (CASF et RBPP de l'ANESM), le gestionnaire n'a pas déterminé et mis en œuvre une politique institutionnelle globale de promotion de la bientraitance.	L311-3 CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie, RBPP ANESM "La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre"	Prescription 35 : Dans le cadre de la politique institutionnelle globale de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance, le gestionnaire doit définir la place et le rôle des infirmiers, des aides-soignantes et de la psychologue dans le dépistage et l'évaluation des risques de maltraitance. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 36 Le recours aux contentions n'est pas correctement organisé au sein de l'EHPAD malgré une procédure validée.	L311-3 1° et 3° CASF, Charte des droits et libertés de la personne accueillie art. 2	Prescription 36 : Le gestionnaire doit veiller au respect de l'application des bonnes pratiques édictée par le protocole et plus particulièrement : -Toute contention doit faire l'objet d'une prescription médicale motivée après évaluation du rapport bénéfice/risque en équipe pluridisciplinaire ;	Immédiatement		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée Délai de réalisation : immédiatement

		<p>- la surveillance et les réévaluations doivent être retranscrites.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p>Ecart 37 La prévention des chutes n'est pas optimale au sein de l'établissement.</p>	<p>L311-3, 1° et D312-158 5° et 6° CASF ; Circulaire n° SGMCAS/CNSA/2022/21 du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées</p>	<p>Prescription 37 : La politique de prévention des chutes doit être redéfinie au sein de l'EHPAD. Il est nécessaire de mettre en place les actions suivantes :</p> <p>1/ identifier le risque de chute à l'entrée de chaque résident et notamment les outils retenus pour cette évaluation qui doit faire partie intégrante de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) ;</p>	Immédiatement		Ecart levé
		<p>2/ nommer un binôme IDE/AS référent « Gestion des chutes » en lien avec le médecin coordonnateur.</p>	Immédiatement		Ecart levé
		<p>Il est indispensable que ce binôme soit formé ;</p>	6 mois		Ecart maintenu
		<p>3/ mettre en place une commission des chutes de manière à permettre une analyse complète des chutes survenues au sein de l'EHPAD et de pouvoir élaborer pour chacune un</p>	Immédiatement		<p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : Immédiatement</p> <p>Ecart maintenu : l'établissement doit solliciter</p>

		<p>plan d'actions (mise en place des mesures individuelles et/ou générales, architecturales et autres) à intégrer dans le plan personnalisé de soins (PPS) des résident(e)s ciblé(e)s par le risque de chutes.</p> <p>4/ améliorer la traçabilité de la prise en charge des kinésithérapeutes.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	Immédiatement		<p>par écrit (courrier ou courriel) les kinésithérapeutes, afin de leur rappeler leur obligation en termes de traçabilité des actes réalisés.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : Immédiatement</p>
<p>Ecart 38 L'identification/évaluation de la douleur n'est pas effectuée à l'admission du résident. Le phénomène douloureux est signalé dans les transmissions mais son évaluation n'est pas tracée. La mise en place d'un traitement antalgique suppose un suivi évaluatif de la douleur.</p>	L 1110-5 du CSP	<p>Prescription 38 : Le dépistage de la douleur et son évaluation doivent être intégrés dans l'évaluation gériatrique standardisée. Une procédure de dépistage, d'évaluation et de prise en charge de la douleur doit être mise en place avec réévaluation et traçabilité dans le logiciel NetSoins.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	Immédiatement		Ecart levé
<p>Ecart 39 L'effectif de 7,00 ETP AS/AMP/AES diplômé la journée n'est pas respecté. La présence de 2,00 ETP AS/AMP/AES en cycle 3</p>	L311-3 - 3° CASF et 4ème alinéa du II de l'art. L312-1 CASF	<p>Prescription 39 : Afin d'assurer une prise en charge optimale, sécurisée, adaptée aux besoins et bienveillante, il est indispensable :</p>	Immédiatement		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai : immédiatement</p>

de travail n'est pas systématiquement respectée.		<p>-que 7 personnels soignants diplômés soient présents la journée</p> <p>-que 2 personnels soignants diplômés soient systématiquement présents en cycle 3 de travail (9h-21h).</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
<p>Ecart 40 L'effectif de 2 agents la nuit n'est pas respecté sur le planning prévisionnel du mois d'août.</p>	<p>L311-3, 3° CASF et 4ème alinéa du II de l'art. L312-1 CASF</p>	<p>Prescription 40 : Afin d'assurer une prise en charge optimale, sécurisée, adaptée aux besoins et bienveillante, il est indispensable que 2 personnels soient présents la nuit dont a minima 1 personnel diplômé (AS ou AMP).</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	Immédiatement		<p>Ecart maintenu : le planning du mois d'août 2024 fait apparaître la présence de 2 ASH. Cela concerne les 5, 6, 9 et 25 août 2024.</p> <p>En ce qui concerne le planning du mois de septembre, le défaut d'identification de l'agent posté ne permet pas de constater la présence a minima d'un personnel AS/AMP/AES diplômé.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : immédiatement</p>

<p>Ecart 41 La traçabilité des soins et des traitements n'est pas correctement assurée laissant supposer que la prise en charge n'a pas été assurée en l'absence de traçabilité.</p>	<p>R4311-2, R4311-3 et suivants du CSP</p>	<p>Prescription 41 : La traçabilité des soins et prescriptions est une obligation qui vise à assurer une bonne prise en charge du résident et à assurer la continuité des soins. Elle doit être effectuée, de manière constante et rigoureuse, par l'ensemble des professionnels de soins.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart maintenu.</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : Immédiatement</p>
<p>Ecart 42 Les protocoles GEA/IRA ne sont pas à jour et les outils d'intervention et de surveillance non disponibles. L'ensemble des coordonnées CVAGS doivent être mises à jour et connues de l'ensemble du personnel soignant.</p>	<p>Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance</p>	<p>Prescription 42 : Les protocoles IRA/GEA doivent être mis à jour en reprenant les conduites à tenir et outils mis à disposition sur le site de l'ARS Occitanie et du CPIAS Occitanie. Les outils doivent être connus de l'ensemble du personnel soignant et facilement utilisables (fiches vierges à disposition par exemple ou tableau Excel sur poste informatique). https://www.occitanie.ars.sante.fr/infections-respiratoires-et-gastro-enterites-aigues-en-etablissements-medico-sociaux?parent=4598 https://cpias-occitanie.fr/outils-cpias-occitanie/epidemie/plan-</p>	<p>Immédiatement</p>		<p>Ecart maintenu</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p> <p>Délai de réalisation : Immédiatement</p>

		local-de-gestion-des-epidemies-en-ems/ Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
Ecart 43 L'établissement n'a pas remis l'exhaustivité de l'analyse de la maîtrise du risque infectieux. Suite à l'auto-évaluation du risque infectieux, l'établissement n'a pas élaboré de plan d'actions d'amélioration hiérarchisés sauf pour l'entretien des locaux.	Axe 3 - action 16 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance	Prescription 43 : L'établissement doit fournir son DAMRI complet et mettre en place un plan d'actions hiérarchisées en lien avec l'EMH du CH d'AUCH. https://damri.chu-besancon.fr/ Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	3 mois		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 44 Le local DASRI n'est pas adéquat et ne permet pas de garantir la maîtrise du risque infectieux au sein de l'établissement.	R1335-1 à 14 CSP, Arrêté du 14 octobre 2011, Arrêté du 6 janvier 2006, Action 38 de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance	Prescription 44 : Le gestionnaire doit mettre le local DASRI aux normes. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Ecart 45 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute autorité de santé (RBPP HAS) ne sont pas toujours connues par les personnels.	L161-37 CSS ; RBPP HAS applicables au médico-social, notamment au secteur personnes âgées	Prescription 45 : Le gestionnaire doit veiller à la sensibilisation et à l'amélioration de la connaissance des professionnels aux RBPP de la Haute autorité de santé (HAS), via un plan d'appropriation pluriannuel. L'ensemble des protocoles et procédures en vigueur au	3 mois		Ecart maintenu Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024

		<p>sein de l'EHPAD doivent faire référence aux RBPP de la HAS. L'ensemble des RBPP sont librement accessibles, sur le site internet institutionnel de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836921/fr/les-publications-du-secteur-social-medico-social</p> <p>Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.</p>			
--	--	--	--	--	--

Remarques	Recommandations mesures attendues	Délais de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponses de l'inspecté	Décision des Autorités
Remarque 1 Il est constaté un nombre de chambres plus important que le capacitaire autorisé (63 chambres physiques pour 60 places autorisées).	Recommandation 1 : Le gestionnaire doit respecter l'autorisation administrative dont il est titulaire. A ce titre, il doit veiller à ne pas dépasser l'accueil simultané de 60 résidents maximum au sein de l'EHPAD. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Maintien de la remarque
Remarque 2 La traçabilité des réclamations et doléances des usagers n'est pas organisée et ne fait pas l'objet d'une traçabilité systématique.	Recommandation 2 : L'établissement doit organiser la traçabilité des réclamations et des doléances des usagers. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque maintenue : il revient au gestionnaire de présenter le registre et sa procédure de gestion au CVS. Les outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil) doivent être mis à jour en conséquence, dans le but d'informer les familles et proches de son existence et de la possibilité à y recourir. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Remarque 3 Concernant l'IDEC, il n'a pas été retrouvé trace d'une certification "infirmière coordinatrice en EHPAD".	Recommandation 3 : Afin d'avoir un juste positionnement au sein de l'équipe soignante et de la fédérer autour des projets (PAP, projet de soins...), l'IDEC en place doit suivre une formation "infirmière coordinatrice" auprès d'un organisme de formation agréé. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	9 mois		Remarque maintenue : le gestionnaire n'a pas transmis la copie du master 2 qu'il mentionne dans sa réponse. Transmettre à l'ARS celui-ci. Délai de réalisation : immédiatement

Remarque 4 Les salariés ne disposent pas d'une fiche de poste individuelle ou, à tout du moins, ils ne les connaissent pas.	Recommandation 4 : Le gestionnaire doit réaliser des fiches de poste individuelles pour chaque salarié de l'EHPAD permettant de circonscrire précisément missions et fonctions. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Remarque 5 Le contrôle journalier de la température n'est pas assuré.	Recommandation 5 : Le contrôle journalier de la température doit être effectif et tracé. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque levée
Remarque 6 Il n'existe pas de procédure "constitution et modalités de gestion du chariot d'urgence".	Recommandation 6 : Une procédure "constitution et modalités de gestion du chariot d'urgence" devra être élaborée en intégrant l'ensemble des outils permettant la traçabilité des contrôles. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	1 mois		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Remarque 7 Les aspirateurs de mucosité ne sont que partiellement opérants et non positionnés sur le chariot d'urgence.	Recommandation 7 : Un aspirateur de mucosité devra être positionné sur le chariot d'urgence au niveau du plan supérieur. Le 2ème aspirateur à mucosités devra être fonctionnel et stocké en zone propre. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024

Remarque 8 Le matériel d'oxygénothérapie et le BAVU sont insuffisants.	Recommandation 8 : Pour assurer une prise en charge optimale de toute urgence et à tout moment, le matériel à usage unique ainsi que la bouteille d'oxygène doivent être remplacés, dès leur utilisation. De plus, le BAVU devra être complété par des masques de différentes tailles (taille grand adulte /taille adulte medium/taille adulte petite taille). Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 31/12/2024
Remarque 9 L'établissement ne dispose pas d'une convention avec le CH d'Auch, au titre des urgences.	Recommandation 9 : Afin d'éviter les hospitalisations via le service d'accueil des urgences (sauf si justifié) et de développer les admissions directes pour les hospitalisations ciblées le gestionnaire doit vérifier que la convention prévoit bien une hospitalisation directe. Si ce n'est pas le cas il doit se rapprocher du CH Auch pour réactualiser la convention. La convention doit prévoir la possibilité d'une hospitalisation directe dans un service sans passage aux urgences. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	3 mois		Remarque levée
Remarque 10 Il n'existe pas au sein de l'EHPAD une procédure qui encadre l'évaluation gériatrique standardisée (EGS).	Recommandation 10 : La synthèse gériatrique (issue des résultats de l'EGS) doit être intégrée dans le projet personnalisé afin que les actions de prévention mises en place soient le plus adaptées aux problématiques identifiées. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	3 mois		Remarque levée

Remarque 11 La date d'application n'est pas indiquée sur le protocole	Recommandation 11 : Toutes procédures/protocoles doivent comporter la date d'élaboration, la date de révision si tel est le cas (le numéro de version sera à modifier en conséquence). Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque levée
Remarque 12 L'évaluation du risque d'escarre n'est pas effectuée à l'admission du résident.	Recommandation 12 : L'évaluation du risque d'escarre doit être réalisée à l'admission du résident et tracée dans son dossier de soins. Une évaluation régulière doit être réalisée devant toute modification de l'état de santé (situation de dénutrition, alitement prolongé...). Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque levée
Remarque 13 Par défaut d'éléments trouvés ou remis, il n'est pas possible de déterminer la situation, le positionnement et le cadre d'intervention du diététicien au sein de l'établissement.	Recommandation 13 : Le gestionnaire doit préciser le cadre et les modalités d'intervention du diététicien.	Dans le cadre de la procédure contradictoire		Remarque levée
Remarque 14 L'évaluation du statut nutritionnel (MNA), l'interprétation du résultat d'albuminémie, ainsi que le statut bucco-dentaire ne sont pas tracés.	Recommandation 14 : Le statut nutritionnel doit faire l'objet d'une évaluation globale à l'entrée de chaque résident comme l'indique la procédure. Elle doit être tracée dans le dossier de soins avec les valeurs et leur interprétation (absence de dénutrition, dénutrition modérée...) et les actions à mettre en place.	Immédiatement		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : immédiatement

	Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
Remarque 15 Les équipements de protections individuelles (EPI) ne sont pas stockés de manière optimale.	Recommandations 15 : Un "stock tampon" d'EPI doit être disponible pour une mise en œuvre immédiate des précautions standards et complémentaires en cas survenue d'une épidémie d'infection respiratoire aiguë/gastroentérite aiguë (IRA/GEA) etc. La gestion des flux d'EPI doit être organisée afin d'éviter toute rupture de stock et le stockage de ce matériel doit se faire dans des conditions optimales. Le personnel soignant doit être informé du lieu et des modalités de stockage. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	Immédiatement		Remarque levée
Remarque 16 L'établissement ne dispose pas de conventions de partenariat avec des établissements de santé.	Recommandation 16 : Le gestionnaire doit veiller à ce que l'EHPAD noue des conventions de partenariat avec les établissements de santé de son territoire d'implantation (CH Auch, CH du Gers, HAD Clinique Pasteur, etc.). Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	6 mois		Remarque levée
Remarque 17 L'établissement ne dispose pas de conventions de partenariat avec des établissements et services médico-sociaux de son environnement.	Recommandation 17 : Le gestionnaire doit veiller à ce que l'EHPAD noue des conventions de partenariat avec les établissements et services médico-sociaux de son environnement.	6 mois		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 30/06/2025

	Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.			
Remarque 18 L'établissement n'a pas été en mesure de fournir la preuve de son inscription dans une filière de soins.	Recommandation 18 : Le gestionnaire doit veiller à ce que l'EHPAD s'inscrive dans une filière de soins de son territoire d'implantation. Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée.	6 mois		Remarque maintenue Transmettre à l'ARS les preuves d'effectivité de la mise en conformité demandée. Délai de réalisation : 30/06/2025