



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

**Tableau définitif de synthèse des mesures correctives  
Tableau des remarques et des recommandations retenues  
Contrôle sur pièces de l'EHPAD « LE SAPIN D'OR DE BELESTA » (09)**

*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.*

ARS Occitanie  
EHPAD LE SAPIN D'OR DE BELESTA – Contrôle sur pièces du 13 septembre 2023  
Dossier MS\_2023\_09\_CP\_15

Agence Régionale de Santé Occitanie  
26-28 Parc-Club du Millénaire  
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001  
34067 MONTPELLIER CEDEX 2

[occitanie.ars.sante.fr](http://occitanie.ars.sante.fr)  

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecart (6)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (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
<u>Ecart 1</u> : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	Art. D.312-158, 3° du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Transmettre à l'ARS le PV d'installation de la commission gériatrique.	Effectivité 2024	[REDACTED]	<b>Prescription n°1 : Réglementairement maintenue</b>  <b>Délai : Effectivité 2024</b>
<u>Ecart 2</u> : Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.	Art. D311-16 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF. Transmettre le calendrier de tenue des CVS pour 2023 à l'ARS.	Immédiat	[REDACTED]	<b>Prescription n°2 : Levée</b>
<u>Ecart 3</u> : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 3 :</b> Se mettre en conformité avec la réglementation.	Effectivité 2024	[REDACTED]	<b>Prescription n°3 : Réglementairement maintenue</b>

					Délai : Effectivité 2024
<b>Ecart 4 :</b> La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « <b>sans délai</b> », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.	Art. L.331-8-1 du CASF	<b>Prescription 4 :</b> Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « <b>sans délai</b> ».	Immédiat		<b>Prescription n°4 :</b> Levée
<b>Ecart 5 :</b> La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>ème</sup> alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	<b>Prescription 5 :</b> La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé. Transmettre le projet PAP à l'ARS.	Effectivité 2024		<b>Prescription n°5 :</b> Levée

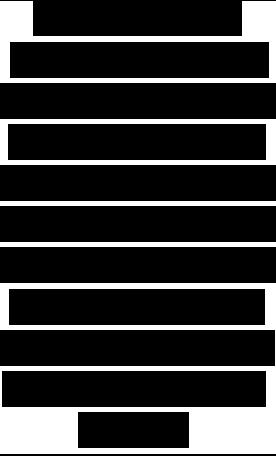
<p><b>Ecart 6</b> : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3<sup>ème</sup> alinéa.</p>	<p>Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p><b>Prescription 6</b> : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet individuel de vie. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.</p>	<p><b>Effectivité 2024</b></p> 	<p><b>Prescription n°6 :</b> <b>Levée</b></p>
---	---------------------------------	---	---	---

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (9)	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> La programmation 2023 n'a pas été transmise.		<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre à l'ARS la programmation des CVS 2023.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation n°1 : Levée
<b>Remarque 2 :</b> La structure déclare de formalisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs.		<b>Recommandation 2 :</b> La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs et à les formaliser	3 mois	[REDACTED]	Recommandation n°2 : Levée

		conformément aux recommandations de l'ANESM. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.			
<b>Remarque 3 :</b> La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		<b>Recommandation 3 :</b> Mettre en place des RETEX et les formaliser – suite à un EIG. Transmettre la procédure à l'ARS.	<b>6 mois</b>		<b>Recommandation n°3 : Levée</b>
<b>Remarque 4 :</b> La procédure d'admission formalisée n'a pas été transmise.	GUIDE ANESM 2011	<b>Recommandation 4 :</b> Transmettre la procédure à l'ARS.	<b>Immédiat</b>		<b>Recommandation n°4 : Levée</b>
<b>Remarque 5 :</b> La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.		<b>Recommandation 5 :</b> Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques et transmettre la procédure à l'ARS.	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n°5 : Maintenue</b>  Transmettre la procédure dès sa finalisation
<b>Remarque 6 :</b> La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.		<b>Recommandation 6 :</b> Elaborer et mettre en place un dispositif de communication avec les familles	<b>3 mois</b>		<b>Recommandation n°6 : Maintenue</b>

					Transmettre la procédure dès sa finalisation
<b>Remarque 7 :</b> La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	<b>Recommandation 7 :</b> La structure est invitée à élaborer une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes ; transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		<b>Recommandation n°7 :</b> <b>Maintenue</b>  <b>Délai : 6 mois</b>
<b>Remarque 8 :</b> Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : alimentation/fausses routes, déshydratation, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<b>Recommandation 8 :</b> Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	Effectivité 2024		<b>Recommandation n°8 :</b> <b>Maintenue</b>  <b>Délai : Effectivité 2024</b>
<b>Remarque 9 :</b> La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.		<b>Recommandation 9 :</b> La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie - Sur site ou par convention.	6 mois		<b>Recommandation n°9 :</b> <b>Levée</b>

A bar chart illustrating the distribution of a variable across 15 distinct categories. The horizontal axis (x-axis) is divided into 15 equal segments by vertical grid lines, representing the categories. The vertical axis (y-axis) measures the variable from 0 to 100, with major tick marks at intervals of 10. Each category is represented by a solid black horizontal bar. The lengths of the bars indicate the magnitude of the variable for each category. The distribution is highly right-skewed, with the vast majority of categories having values below 50%, while a few categories show much higher values.

Category	Value (%)
1	~95
2	~90
3	~85
4	~80
5	~75
6	~70
7	~65
8	~60
9	~55
10	~50
11	~45
12	~40
13	~35
14	~30
15	~25



## RAPPORT EHPAD « LE SAPIN D'OR DE BELESTA » CONTROLE SUR PIECES

PORANT SUR LA SECURITE, LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE  
DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD

Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux  
(Articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Structure	Equipe du contrôle sur pièces
Dénomination : EHPAD LE SAPIN D'OR	
Adresse : AVENUE DE LAVELANET 09300 BELESTA	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces
N° FINESS Juridique : 090000209	Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]
N° FINESS Géographique : 090782228	Nom de l'Inspecteur ou de l'Inspectrice : [REDACTED]
Gestionnaire : CCAS BELESTA	
Tél. : [REDACTED]	
Mail direction et/ou directeur : [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
1.1 - Direction.....	6
1.2 - Fonctionnement institutionnel.....	7
1.3 - MEDCO et IDEC.....	9
1.4 - Qualité et GDR.....	10
II - RESSOURCES HUMAINES.....	11
2.1 - Effectifs.....	11
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	12
3.1 - Projet général médico-soignant.....	12
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques.....	14
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé.....	15
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	16

## INTRODUCTION

La ministre des Solidarités et des Familles a lancé un plan national de contrôle spécifique aux EHPAD. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD occitans au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD LE SAPIN D'OR DE BELESTA 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 13 septembre 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 :

Nom de l'EHPAD	EHPAD LE SAPIN D'OR DE BELESTA	
Statut juridique	Public territorial	
Option tarifaire	partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	71	71
HT		
PASA		
UHR		
Groupes Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : [REDACTED] PMP : [REDACTED]	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	71	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
Organigramme détaillé de l'établissement :  Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	La structure a transmis l'organigramme. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Le diplôme du directeur a été transmis. Il est signé et daté du 15 janvier 2010. Le contrat du directeur a été transmis. Il est signé et daté du 01 juillet 2022. Le directeur n'exerce pas ses fonctions au sein d'un autre établissement.
DUD : Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	La structure a transmis le document formalisé indiquant les délégations et les subdélégations consenties par le Président du Conseil d'Administration au Directeur de la structure.
Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	Le projet d'établissement a été transmis par la structure. La date d'échéance du projet d'établissement est :2027 Conformité.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Le règlement de fonctionnement a été transmis par la structure. Il a été adopté par le conseil d'administration le 19 octobre 2023. Conformité.
Est-ce qu'un livret d'accueil est 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)	<a href="#">Art. L311-4 du CASF</a> <a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a>	Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus pas les textes.
Le contrat de séjour ( ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	<a href="#">Art. L.311-4 du CASF</a>	Le contrat de séjour a été transmis par la structure.
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit sa signature par le résident ou son représentant ainsi que la direction.
La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de	Art. D.312-158, 3° du CASF (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)  Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission	La structure déclare : arrivée d'un nouveau médecin coordinateur donc il n'y a pas eu cette année de commission de coordination gériatrique.  <u>Ecart 1 :</u> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.

l'établissement est-elle constituée et active ?	de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles	
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <u>Cf. Document 6</u>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2023</p> <p><u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF Art. D.311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis deux CVS. Un CVS de l'année 2022 et un CVS de l'année 2023.</p> <p><u>Ecart 2 :</u> Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.</p> <p><u>Remarque 1 :</u> La programmation 2023 n'a pas été transmise.</p>
<b>1.3 - MEDCO et IDEC</b>		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<p><u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p>	<p>Le contrat du MEDCO a été transmis. Il est signé et daté du 01 mars 2023.</p>
Contrat de travail du MEDEC	<p><u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF</p>	<p>Le diplôme du MEDCO a été transmis. Il est signé et daté du 04 mars 2016. Conformité.</p>

	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	<p>Le temps d'ETP du médecin Co est de █ pour 71 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,60 médecin Co.</p> <p><u>Ecart 3</u> : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
IDEC : Contrat de travail et date du recrutement	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP	La structure a transmis l'arrêté de l'IDEC. Il est signé et daté du 18 février 2020.
L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?  Qualification et diplôme de l'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure déclare que l'IDEC à fait : validation VAE cadre de santé.

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	<u>Ecart 4</u> : 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.
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAs) ?	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	<u>Remarque 2</u> : La structure déclare la formalisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		<u>Remarque 3</u> : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
Depuis 2020, 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 ?	Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)	La structure déclare 3 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
Existe-t-il un plan de		Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration existe.

formation du personnel à la déclaration ?		
---	--	--

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - Effectifs

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 : Art. R.4311-4 du CSP  Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour dit a été transmis.  Le tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe se compose : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ANIMATEUR</li> <li>- ASH</li> <li>- AS</li> <li>- IDE</li> <li>- IDEC</li> <li>- MEDCO</li> <li>- PSYCHOLOGUE</li> </ul> Le nombre d'ETP vacant IDE est de █. Le taux d'absentéisme est de 9%. Le taux de rotation est de 100% rotation des █ etp sur l'exercice 2023.  Le nombre d'ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG est de █. Le taux d'absentéisme est de 14,8%. Le taux de rotation est de 37,50%.

### 2.2 - Formation

Plans de formation interne et		Sans objet.
-------------------------------	--	-------------

ARS Occitanie

EHPAD LE SAPIN D'OR DE BELESTA – Contrôle sur pièces du 13 septembre 2023

Dossier MS\_2023\_09\_CP\_15

	<p><u>HAS, 2008, p.18</u>  <u>Mission du responsable</u>  <u>d'établissement et rôle de</u>  <u>l'encadrement dans la prévention</u></p> <p><u>HAS 2008, p.21</u>  <u>(Mise en œuvre d'une stratégie</u>  <u>d'adaptation à l'emploi des personnels</u>  <u>au regard des populations</u>  <u>accompagnées et le traitement de la</u>  <u>maltraitance</u></p>
externe	

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (Projet général de soins)	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF  <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	L'annexe au contrat de séjour a été transmise par la structure. Le modèle transmis par la structure prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	<u>Remarque 4 :</u> La procédure d'admission formalisée n'a pas été transmise.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	<a href="#"><u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u></a>	<u>Remarque 5 :</u> La structure déclare l'absence de 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 ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 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	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	Le circuit du médicament est formalisé. La procédure a été transmise.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine : Pharmacie Haute Vallée de l'Hers.
La structure organise t'elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		<u>Remarque 6 :</u> La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	<a href="#"><u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u></a>	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a été transmise.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	<a href="#"><u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u></a>	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise à la structure. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<a href="#"><u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u></a>  Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a été transmise par la structure.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie mais être en lien avec centre pharmaco vigilance Toulouse pour étudier dossiers sensibles.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005  Bonne pratiques de soins en EHPAD - HAS – 2007	<u>Remarque 7</u> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.
De combien d'autres procédures de	Guide HAS Novembre 2021	

bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	(Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<p>La structure déclare disposer de 45 procédures.</p> <p><u>Remarque 8</u> : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : alimentation/fausses routes, déshydratation, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique.</p>
---	---	---

### 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) ?	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare : l'absence de psychologue cette année nous a fait prendre du retard dans la réalisation des PAP. L'ensemble des résidents auront un PAP en décembre 2024. <u>Ecart 5</u> : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>eme</sup> alinéa.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI).
Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?	Article L 312-1 du CASF Article L 312-8 de la Loi du 2 janvier 2002	<u>Ecart 6</u> : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>eme</sup> alinéa.

### 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 ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gérontologie par exemple)		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents : [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		<u>Remarque 9</u> : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>me</sup> alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour : [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de		

ARS Occitanie

EHPAD LE SAPIN D'OR DE BELESTA – Contrôle sur pièces du 13 septembre 2023

Dossier MS\_2023\_09\_CP\_15

partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec un service de psychiatrie : [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs : [REDACTED]
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec un HAD au jour dit.

Fait à Montpellier, le 27 octobre 2023

Signé