

## CONTROLE SUR PIECES

### EHPAD BAILLOT

**PORTANT SUR LA SECURITE, LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE**

**DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD**

**Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux**

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

| Structure  | Equipe du contrôle sur pièces   |
|--|---|
| <p>Dénomination : EHPAD LE BAILLOT</p> <p>Adresse : RUE EDMOND MICHELET<br/>46200 SOUILLAC</p> <p>N° FINESS Juridique : 460003379</p> <p>N° FINESS Géographique : 460786502</p> <p>Gestionnaire : CIAS CAUVALDOR</p> <p>Tél. : 05 65 37 06 66</p> <p>Mail direction et/ou directeur : direction.ac@cias-cauvaldor.fr</p> | <p>Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces</p> <p>Nom du gestionnaire instructeur : ██████████</p> <p>Nom de l'Inspectrice : ██████████</p> |

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection/contrôle est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L. 300-2 du Code des Relations entre le Public et les Administrations (CRPA) et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

### 1/ Les restrictions tenant à la nature du document

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L. 311-2 du CRPA).

Seul le rapport établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée/contrôlée est communicable aux tiers.

- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

### 2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

## SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| I - GOUVERNANCE.....   | 6  |
| 1.1 - Direction.....   | 6  |
| 1.2 - Fonctionnement institutionnel .....                                | 6  |
| 1.3 - MEDCO et IDEC .....  | 8  |
| 1.4 - Qualité et GDR .....   | 8  |
| II - RESSOURCES HUMAINES .....   | 10 |
| 2.1 - Effectifs .....  | 10 |
| 2.2 - Formation.....   | 10 |
| III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....                                     | 11 |
| 3.1 - Projet général médico-soignant.....                                | 11 |
| 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques ..... | 13 |
| 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....                         | 14 |
| 3.4 - Relations avec l'extérieur.....                                    | 14 |

## INTRODUCTION

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

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD LE BAILLOT est conduit en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique.

Dans ce contexte, le contrôleur a procédé à la vérification et à l'analyse de la gouvernance, de l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents et l'analyse de la prise en charge et des soins des résidents.

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

Le contrôle sur pièce s'est déroulé le **21 juin 2024** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (cf. annexe n°1),

Ce rapport est communiqué au gestionnaire de l'établissement afin de recueillir ses éventuelles observations quant aux mesures envisagées par le commanditaire.

La structure inspectée se présente comme suit :

|  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
| <b>Nom de l'EHPAD</b>  | EHPAD LE BAILLOT                             |                       |
| <b>Statut juridique</b>  | Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) |                       |
| <b>Option tarifaire</b>  | Partiel                                      |                       |
| <b>EHPAD avec ou sans PUI</b>  | Sans PUI                                     |                       |
| <b>Capacité autorisée et installée</b>   | Autorisée                                    | Installée             |
|  | HP 63  | 63                    |
|  | HT 3   | 3                     |
|  | PASA 14                                      | 14                    |
|  | UHR  |                       |
| <b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)<br/>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b> | GMP : ■<br>PMP : ■                           | Validés le 11/05/2022 |
| <b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>                                | 63   |                       |

| Points abordés et constatés lors du contrôle                              | Références                | RAPPORT<br>Ecart et Remarques   |
|---|---------------------------|---|
| <b>I - GOUVERNANCE</b>  |                           |   |
| <b>1.1 - Direction</b>  |                           |   |
| <b>Organigramme détaillé de l'établissement</b>                           |                           | L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 01 janvier 2024, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels.<br>Pas d'observations.   |
| <b>Directeur :</b><br>Qualification et diplôme Contrat.                   | Art. D.312-176-10 du CASF | La structure déclare disposer d'une directrice, titulaire du titre [REDACTED] délivré par le Centre National de La Fonction Publique Territoriale (CNFPT) le [REDACTED].<br>Conformité.<br><br>La directrice exerce également des fonctions de direction au niveau :<br>- Du SSIAD ;<br>- De la RESIDENCE AUTONOMIE de Souillac.<br><br>L'arrêté de nomination de la directrice est daté et signé du 08 avril 2021. |
| <b>Document Unique de Délégation (DUD)</b><br><b>Délégation signature</b> |                           | La structure a transmis le modèle de DUD de la Directrice en indiquant qu'il est en attente de validation en Conseil d'Administration.<br>Au jour du contrôle, il n'y a pas de directeur au CIAS ce qui entraîne une impossibilité de signer le DUD.<br>« La question a été posée conjointement à l'ARS et au CD46 afin d'avancer sur ce dossier. A ce jour, seul l'Elu du CIAS a la délégation de signature. »     |
| Le <b>calendrier des astreintes</b> pour l'année 2024 est-il fixé ?       |                           | La structure indique ne pas avoir de calendrier d'astreintes, la Direction étant joignable en permanence.   |

## 1.2 - Fonctionnement institutionnel

|                               |                      |  |
|-------------------------------|----------------------|--|
| <b>Projet d'établissement</b> | Art. L.311-8 du CASF | Le projet d'établissement transmis par la structure couvre la période 2022-2026. |
|-------------------------------|----------------------|--|

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | D311-38-3 et 4 du CASF  | Conformité.   |
| <b>Règlement de fonctionnement</b>   | Art. R.311-33 du CASF   | Le règlement de fonctionnement transmis par la structure a été approuvé par le CVS le 17 mai 2024.<br>Conformité.   |
| Un <b>livret d'accueil</b> est-il remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) | Art. L311-4 du CASF<br><u>Recommandation ANESM :</u><br>concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009  | La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, comprenant les documents prévus pas les textes.<br>Conformité.   |
| Chaque résident dispose-t-il d'un <b>contrat de séjour individualisé de prise en charge</b> ? Est-il signé ?   | <u>Contrat de séjour :</u><br>Art. L.311-4 du CASF<br><u>Signature :</u><br>Art. D.311 du CASF  | Le modèle de contrat de séjour transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.<br>Conformité.   |
| La <b>Commission de Coordination Gériatrique (CCG)</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?     | <u>MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an :</u><br>Art. D.312-158, 3° du CASF<br><br>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  | <b>Ecart 1 :</b><br>La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.  |
| <b>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) :</b> Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.<br><br>Est-il opérationnel ?                                  | <u>Dispositions générales :</u><br>Art. L.311-6 du CASF<br>Art. D.311-3 du CASF<br><u>Composition et fonctionnement :</u><br>Art. D.311-4 à 20 CASF<br><u>Composition :</u><br>Art. D.311-5 du CASF<br><u>Règlement intérieur :</u><br>Art. D.311-19 du CASF<br><u>Attribution du CVS :</u><br>Art. D311-15 et 26 du CASF | La structure a bien transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Le CVS est constitué.<br><br>La structure a transmis les comptes rendus des réunions de CVS datés du 30/09/22, du 03/03/23 et du 07/12/23.<br>La composition et le fonctionnement du CVS sont conformes à la réglementation.<br><br>La programmation 2024 compte 4 réunions : le 22/03, le 17/05, le 20/09 et le 22/11.<br><br><b>Ecart 2 :</b><br>Les comptes rendus des Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF. |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <u>Périodicité :</u><br>Art. D.311-16 du CASF<br><u>Signature :</u><br>Art. D. 311-20 du CASF |  |
|--|---|--|

### 1.3 - MEDCO et IDEC

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Qualification et diplôme</b><br>(Spécialisation complémentaire de gériatrie)<br><br><b>Contrat</b> de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO) | <u>Diplôme :</u><br>Art D. 312-157 du CASF<br>HAS, 2012<br><br><u>Contrat du MEDCO :</u><br>Art. D. 312-159-1 du CASF<br><br>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | Le contrat de travail en CDI du MEDCO est daté et signé du [REDACTED].<br><br>Le MEDCO est titulaire de la [REDACTED]<br>[REDACTED]<br>Conformité.<br><br>Le MEDCO est le médecin traitant de 37 résidents.   |
| <b>ETP MEDCO</b>  | Art. D.312-156 du CASF   | <b>Ecart 3 :</b><br>La réglementation prévoit pour la capacité de 63 places autorisées, un ETP de 0,60 de MEDCO.<br>L'établissement déclare un ETP de [REDACTED] de MEDCO, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.   |
| <b>IDEC :</b><br>Contrat et date du recrutement<br><br>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</b> | HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019  | La structure dispose d'une IDEC recrutée le 25/05/2003 en tant qu'IDE puis le 08/02/2006 en tant qu'IDEC.<br>L'arrêté de nomination de l'IDEC a bien été transmis.<br><br>La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation dispensée par [REDACTED] :<br>Formation IDEC et DU [REDACTED]<br>[REDACTED] |

### 1.4 - Qualité et GDR

|  |  |  |
|--|--|--|
| Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, évènements) | Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé | La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées. |
|--|--|--|



|   |  |   |
|---|--|---|
| indésirables associés aux soins EIAS) ?   |  |   |
| L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?   |  | La structure déclare que la procédure est nouvellement mise en place, les RETEX seront réalisés en cas de besoin.   |
| Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?   | Qualité de vie en EHPAD - mars 2018<br><br>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<br><br>Art. L.312-8 du CASF | La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.  |
| L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?<br><br>Depuis 2021, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD</b> au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ? | <u>Mention sans délai :</u><br>Art. L.331-8-1 du CASF  | <b>Ecart 4 :</b><br>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.<br><br>La structure mentionne 9 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui :<br>- EIAS ; Défaut organisation et information ; Sécurité des biens et personnes ; Hygiène et risque infectieux ; Relations et comportements. |
| Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?  |  | La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration.   |

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - Effectifs

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?</p>  |  | <p>Au jour du contrôle, les nouveaux agents ont à disposition un règlement de fonctionnement ainsi que l'accord des 35 heures. L'établissement indique également être engagé dans une démarche QVCT et, à ce titre, travaille sur l'intégration des nouveaux agents et la création d'une procédure formalisée et d'un livret d'accueil qui seront remis à chaque nouvel arrivant.</p>   |
| <p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p> <p>Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.</p> | <p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u><br/>Art. D.312-155-0 du CASF</p> | <p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit et les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle.</p> <p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire :<br/>1 MEDEC ; 1 IDEC ; ■ IDE ; ■ AS ; Pas d'AMP.<br/>Sur les ■ salariés FFAS, ■ sont en cours de VAE (Dont ■ non accompagné par la structure par volonté de l'agent).</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'ETP vacant d'IDE et d'AS-AES-AMP ;</li> <li>- 0,67 ETP d'encadrement tout service confondu.</li> </ul> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IDE : 13 % d'absentéisme ; 10 % de turn-over.</li> <li>➤ AS-AES-AMP : 5 % d'absentéisme ; 34 % de turn-over.</li> </ul> |

### 2.2 - Formation

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Plans de formation interne et externe</p> | <p><b>HAS, 2008, p.18</b><br/>(Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention)<br/><b>HAS 2008, p.21</b><br/>(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des</p> | <p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis.<br/>Pas d'observations.</p> |
|--|--|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | populations accompagnées et le traitement de la maltraitance |  |
|--|--|--|

### III - PRISE EN CHARGE ET SOINS

#### 3.1 - Projet général médico-soignant

|  |  |  |
|--|--|--|
| Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? | <p><u>Projet de soin dans PE :</u><br/>D.311-38-5 du CASF<br/>Art. L.311-8 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u><br/>Art. D.312-158 du CASF</p> | Le projet d'établissement comprend un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Conformité. |
| Disposez-vous d'une annexe au contrat de séjour ?  | <p><u>Annexes :</u><br/>Art. L.311-4-1 du CASF</p> <p><u>Contenu :</u><br/>Art. R.311-0-6 du CASF<br/>Art. R.311-0-9 du CASF</p>   | La structure déclare disposer d'une annexe au contrat de séjour.   |
| Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?   | GUIDE ANESM 2011   | La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas de remarques particulières.  |
| Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?   | Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007  | La structure déclare disposer d'une procédure de continuité des soins mais pas d'IDE la nuit.  |

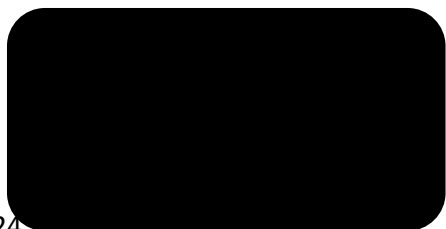
|   |  |   |
|---|--|---|
| Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?                                  |  | La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire via le logiciel santé [REDACTED] et par transmissions orales 3 fois par jour à chaque changement d'équipe. Une réunion pluridisciplinaire est organisée 1 fois par mois.                |
| Le circuit du médicament est-il formalisé ?   |  | La procédure du circuit du médicament a été transmise.<br>Pas de remarques particulières.   |
| La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?                                      | Art. L.5126-10 II du CSP   | La structure dispose d'une convention avec les pharmacies d'officine :<br>- Pharmacie [REDACTED] ;<br>- Pharmacie [REDACTED] ;<br>- Pharmacie [REDACTED] .<br>Conformité.   |
| La structure organise t'elle la traçabilité informatique des prescriptions ?  | <u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u><br>Art. R.5132-3 et suivants du CSP | La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions sur le logiciel [REDACTED].  |
| Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ? |  | La structure cite différents dispositifs de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure :<br>- VISIO ; Compte [REDACTED] ; Réunions ; Réception à l'accueil ; Possibilité contact physique et/ou téléphonique sur demande ; Affichage ; Mails ; CVS. |

| 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques  |   |  |
|---|---|--|
| Disposez-vous d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?  | Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé                        | La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise.<br>Pas de remarques particulières.<br><br>La structure déclare disposer d'une convention EMH avec intervention d'une infirmière hygiéniste sur place à ■■■ ETP pour AUDIT et sensibilisation/formation du personnel, ainsi que mise à disposition d'une plateforme ■■■■ permettant de faire des signalements et mise à disposition de la gestion documentaire. |
| Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ?<br>Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ? | Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015  | La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise.<br>Pas de remarques particulières.<br><br>Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).   |
| Disposez-vous d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ? | <u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u><br>Art. L.311-3 du CASF<br><br>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007 | La structure a transmis la procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.<br>Conformité.  |
| Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?  | <u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u><br>ANESM - Juin 2017   | La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise.<br>Pas de remarques particulières.   |
| Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?  | <b>Prévention des chutes en EHPAD</b> - HAS – 2005<br><b>Bonnes pratiques de soins en EHPAD</b> - HAS - 2007                                      | La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise.<br>Pas de remarques particulières.  |
| De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?   | Recommandations de bonne pratiques professionnelles pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021  | Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :<br>Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil.<br><br>La structure déclare disposer de 19 autres procédures.              |

| 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé   |   |  |
|--|---|--|
| Chaque résident a-t-il un <b>médecin traitant</b> ?  |   | La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.  |
| Chaque résident dispose-t-il d'un <b>projet d'accompagnement personnalisé</b> (PAP) comprenant un PSI et PIV ? | <u>Participation résident :</u><br>Art. L311-3,7° du CASF<br><u>Equipe, PSI PIV :</u><br>Art. D.312-155-0 du CASF | <b>Ecart 5 :</b><br>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. |

| 3.4 - Relations avec l'extérieur  |  |   |
|---|--|---|
| Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ? |  | La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED] et [REDACTED].   |
| Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM ?  |  | La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques LBM par [REDACTED].<br><br><b>Remarque 1 :</b><br>La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.                                     |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?   |  | La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatrique du CH [REDACTED] et [REDACTED].<br><br>Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) par appel via le [REDACTED], sans convention signée. |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour ?                              | <u>Conventions :</u><br>Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa | La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec le CH [REDACTED] pour les hospitalisations en court séjour.<br>Conformité.  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?   |   | <p>La structure informe qu'une infirmière en géronto -psy intervient sur la structure, une convention est à formaliser.</p> <p><b>Remarque 2 :</b><br/>La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p> |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs ? | <p>Art. L311-8 du CASF<br/>Art. D311-38 du CASF</p> | <p><b>Remarque 3 :</b><br/>La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une EMSP.</p>  |
| Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?   |   | <p>La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED].</p>   |



Fait à Toulouse, le 10 juillet 2024

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

## Tableau définitif de synthèse des mesures correctives Tableau des remarques et des recommandations retenues Contrôle sur pièces de l'EHPAD LE BAILLOT situé à Souillac (46)

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*



Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues (2)

| Ecart (5)  | Référence réglementaire           | Nature de la mesure attendue (Injonction-Prscription)  | 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  |
|--|-----------------------------------|--|---|----------------------------|---|
| <p><b>Ecart 1 :</b><br/>La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>                                     | <p>Art. D.312-158, 3° du CASF</p> | <p><b>Prscription 1 :</b><br/>Se mettre en conformité à la réglementation.</p>   | <p>Effectivité 2024-2025</p>  | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Prscription 1 maintenue.<br/>La prscription sera levée dès constitution de la CCG.<br/><br/>Effectivité 1er trimestre 2025</p> |
| <p><b>Ecart 2 :</b><br/>Les comptes rendus des Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p>                                | <p>Art. D. 311-20 du CASF</p>     | <p><b>Prscription 2 :</b><br/>Pour les prochaines séances, la structure est invitée à s'assurer de la signature des comptes rendus des CVS par la présidence du CVS.</p> | <p>Immédiat</p>   | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Prscription 2 levée</p>  |
| <p><b>Ecart 3 :</b><br/>La réglementation prévoit pour la capacité de 63 places autorisées, un ETP de 0,60 de MEDCO. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED] de MEDCO, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p> | <p>Art. D.312-156 du CASF</p>     | <p><b>Prscription 3 :</b><br/>Se mettre en conformité à la réglementation.</p>   | <p>Effectivité 2024-2025</p>  | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Prscription 3 réglementairement maintenue.<br/><br/>Effectivité 2025</p>   |
| <p><b>Ecart 4 :</b></p>  | <p>Art. L.331-8-1 du CASF</p>     | <p><b>Prscription 4 :</b></p>  | <p>Immédiat</p>   | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Prscription 4 levée</p>  |

|  |                               |  |               |                   |                             |
|--|-------------------------------|--|---------------|-------------------|-----------------------------|
| <p>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.</p> |                               | <p>Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la mention « <b>sans délai</b> ».<br/>Transmettre la procédure à l'ARS.</p>   |               | <p>[REDACTED]</p> |                             |
| <p><b>Ecart 5 :</b><br/>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.</p>              | <p>Art. L311-3,7° du CASF</p> | <p><b>Prescription 5 :</b><br/>La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé et à s'assurer de l'existence d'un PAP comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident.<br/>Transmettre la démarche d'élaboration du PAP.</p> | <p>6 mois</p> | <p>[REDACTED]</p> | <p>Prescription 5 levée</p> |

Tableau des remarques et des recommandations retenues (3)

| Remarques (3)  | Référence   | Nature de la mesure attendue  | Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponse de l'établissement | Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS   |
|--|---|---|---|----------------------------|--|
| <p><b>Remarque 1 :</b><br/>La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie</p>                                |   | <p><b>Recommandation 1 :</b><br/>La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie sur site ou par convention.</p>                            | 6 mois  | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Remarque 1 levée dès transmission de la convention d'accès aux plateaux techniques de l'imagerie.</p> <p>Délai 6 mois</p> |
| <p><b>Remarque 2 :</b><br/>La structure déclare au jour du contrôle, ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p>                     |   | <p><b>Recommandation 2 :</b><br/>La structure est invitée à finaliser la signature d'une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre la convention à l'ARS.</p> | 6 mois  | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Remarque 2 levée dès signature d'une convention de partenariat avec un service de psychiatrie.</p> <p>Délai 6 mois</p>    |
| <p><b>Remarque 3 :</b><br/>La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une EMSP.</p> | <p>Art. L311-8 du CASF<br/>Art. D311-38 du CASF</p> | <p><b>Recommandation 3 :</b><br/>La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une EMSP.</p>                        | 6 mois  | <p>[REDACTED]</p>          | <p>Remarque 3 levée dès signature d'une convention de partenariat avec une unité de soins</p>                                |

|  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|---|---|
|  |  |  |  | <br> | palliatifs et/ou une<br>EMSP.<br><br>Délai 6 mois |
|--|--|--|--|---|---|