

RAPPORT EHPAD « ALLIANCE »

CONTROLE SUR PIECES

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

Dénomination : EHPAD RESIDENCE ALLIANCE
Adresse : LE CLOS DE LA BOURDETTE 32430 COLOGNE
N° FINESS Juridique : 32 000 32 47
N° FINESS Géographique : 32 000 32 54
Gestionnaire : SAS ALLIANCE
Tél. : 05 62 06 74 74
Mail de la direction : [REDACTED]

Équipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Équipe régionale Contrôle sur Pièces
Nom de la gestionnaire instructrice : [REDACTED]
Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'appréhender au cas par cas si certaines 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 | 12 |
| 2.1 - Effectifs | 12 |
| 2.2 - Formation | 13 |
| III - PRISE EN CHARGE ET SOINS | 14 |
| 3.1 - Projet général médico-soignant | 14 |
| 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques | 16 |
| 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé | 17 |
| 3.4 - Relations avec l'extérieur | 18 |

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 RESIDENCE ALLIANCE 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 **09 juin 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 | RESIDENCE ALLIANCE | |
| Statut juridique | PRIVE COMMERCIAL | |
| Option tarifaire | PARTIEL | |
| EHPAD avec ou sans PUI | SANS PUI | |
| Capacité autorisée et installée | | |
| HP | 80 | 80 |
| HT | 8 | 8 |
| PASA | 14 | 14 |
| UHR | | |
| Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) |   | |
| Et Pathos Moyen Pondéré (PMP) | | |
| Nombre de places habilitées à l'aide sociale | 88 | |

| Points abordés et constatés lors du contrôle | Références | RAPPORT Ecarts et Remarques |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I - GOUVERNANCE | | |
| 1.1 - Direction | | |
| 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 | L'organigramme transmis par le gestionnaire n'appelle pas de remarque particulière. |
| Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail. | <u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF | La directrice exerce des fonctions de direction au niveau de plusieurs structures : La Résidence Alliance à Cologne et Les Jardins d'Agapé à Auch. La directrice est titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5). Conformité à la réglementation. |
| 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 | Ecart 1 : Le DUD n'a pas été rédigé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-176-5 CASF. |
| Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} 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) | <p>Le projet d'établissement(PE) n'a pas été transmis. La structure déclare disposer d'un PE daté du 31/12/2018.</p> <p>Ecart 2: En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p> |
| Règlement de fonctionnement valide | Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans) | <p>Le règlement de fonctionnement a été transmis par la structure.</p> <p>Il est daté du : 10/11/2023.</p> |
| 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) | Art. L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009 | <p>Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.</p> |
| Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ? | Art. L.311-4 du CASF | Le contrat de séjour existe. Il a été transmis par la structure. Il n'appelle pas d'observation. |
| S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ? | Art. D.311 du CASF | Le modèle de contrat de séjour a été transmis par la structure. Il prévoit la signature du résident, du représentant légal et de la directrice. |
| La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ? | 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 de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles | <p>La structure déclare ne pas avoir de commission de coordination gériatrique constituée et active.</p> <p>Elle déclare aussi ne pas avoir de MEDEC depuis 38 mois.</p> <p>Ecart 3 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p> <p>Ecart 4 : L'EHPAD ne dispose pas de MEDCO et contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.</p> |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <u>Cf. Document 6</u></p> | <p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} 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>Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les CR existent. Ils sont signés par la Coprésidente du CVS.</p> <p>Les dates des prochaines réunions de CVS ont été transmis : 15/09/2023, 20/10/2023 et le 24/11/2023.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 1.3 - MEDCO et IDEC | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) | <u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 | Cf. Ecart 4 |
| Contrat de travail du MEDEC | <u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | |
| ETP MEDEC | Art. D.312-156 du CASF | Pour une capacité de 80 places, le temps d'équivalent temps plein du MEDCO devra être de 0,6 ETP. Cf. Ecart 4 |
| IDECA : 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 dispose d'une IDEC. Son contrat de travail est daté du [REDACTED]. Il est signé et nominatif. Les éléments transmis n'appellent pas de commentaires particuliers. |
| 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 a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste. |

| 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 | <p>Ecart 5 : 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.</p> <p>Remarque 1: L'adresse mail de signalement à l'ARS n'est pas précisée dans la procédure de déclaration de dysfonctionnements et des EIG.</p> |
| 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 | La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées. |
| L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ? | | La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS. |
| Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ? | Qualité de vie en EHPAD - mars 2018 | La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques). |
| 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) | <p>La structure déclare 0 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.</p> <p>Remarque 2 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie.</p> <p>L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.</p> |

| | | |
|------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ? | | La structure déclare l'existence d'un plan de 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 tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe est composée de : <ul style="list-style-type: none">● [REDACTED] ETP IDEC.● [REDACTED] ETP IDE.● [REDACTED] ETP PSYCHOLOGUE.● [REDACTED] ETP ANIMATRICE.● [REDACTED] ETP ASD.● [REDACTED] ETP FF AS.● [REDACTED] ETP ASH.● [REDACTED] ETP ASG. Absence de MEDEC – Cf. écart 3 Remarque 3: Le taux d'absentéisme des AS/AES/AMP est de 22.82%. Le taux de rotation des AS/AES/AMP est de 9.8%. Au jour J, la structure déclare un poste vacant pour AS/AES/AMP et un poste vacant pour IDE. Ecart 6: [REDACTED] salariés ont un statut de « faisant fonction AS », inconnu réglementairement. Remarque 4: En l'absence de légende sur le planning des IDE et des AS -AMP- AES, la mission n'est pas en mesure de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents. |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2.2 - Formation

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plans de formation interne et externe | <p><u>HAS, 2008, p.18</u> <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u></p> <p><u>HAS 2008, p.21</u> <u>(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</u></p> | Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis. Ils n'appellent pas de commentaires . |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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 | Le modèle d'annexe au contrat de séjour a été transmis par la structure. Il prévoit sa signature pour chaque résident. |
| Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? | GUIDE ANESM 2011 | La procédure d'admission formalisée existe. Elle a été transmise par la structure. Pas de commentaire particulier. |
| 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) | <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u> | La structure déclare l'existence d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés. |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ? | 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 bien été transmise. Elle n'appelle pas de remarque. |
| 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 la pharmacie de la [REDACTED]. Suite au changement de propriétaire de la pharmacie, la convention est en cours d'actualisation. |
| 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 ? | | La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure. |

| 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ? | <u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u> | La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a été transmise. Pas de remarque particulière. |
| Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ? | <u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u> | La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien 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 ? | <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u> 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 bien été transmise par la structure. |
| Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ? | ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD) | Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie. |
| Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ? | Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007 | La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise par la structure. |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ? | Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus) | <p>La structure déclare disposer de 26 procédures.</p> <p>Remarque 6: En l'absence d'information, la mission n'est pas en mesure de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques (Douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, déshydratation, escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs/ fin de vie, décès du patient).</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 | <p>La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP). La démarche d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise.</p> <p>Elle est pluridisciplinaire et associe le résident et son représentant légal. Elle n'appelle pas de remarque particulière.</p> |
| 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 ? | Art. D.312-155-0 du CASF | La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie. |

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, gériatrophie par exemple) | | Au vu des éléments transmis, la structure a organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents : [REDACTED] avec le [REDACTED] [REDACTED]/Plaie et cicatrisation avec [REDACTED]. |
| Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ? | | Au vu des éléments transmis, la structure a organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM avec le laboratoire [REDACTED] |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ? | | Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique et une équipe mobile de gériatrie, notamment avec [REDACTED]. |
| 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 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité) | Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, dont l'Hôpital [REDACTED]. |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ? | | Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ? | | Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec le [REDACTED]. |
| Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ? | | La structure dispose des conventions avec la HAD [REDACTED]. |

Fait à Toulouse, le 22/08/2023





**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 « ALLIANCE » (COLOGNE)

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

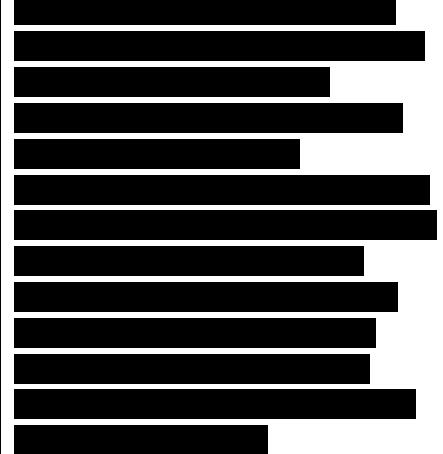
Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

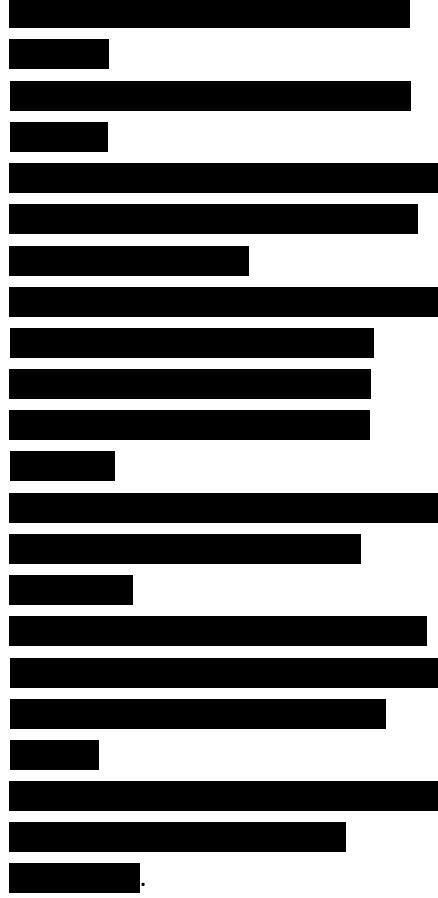
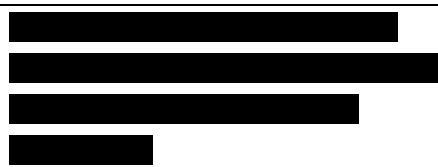
Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie.ars.sante.fr  

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives

| Ecart | 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 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|
| Ecart 1 : Le DUD n'a pas été rédigé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-176-5 CASF. | EHPAD relevant du privé : Art. D.312-176-5 du CASF | Prescription 1: Conformément à l'article D.312-176-5 du CASF, le document unique de délégation à la Directrice de la structure doit être élaboré et transmis autorités qui ont délivré l'autorisation et au conseil de la vie sociale (CVS). | 1 mois | [REDACTED] | Levée de la prescription n°1 |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ecart 2: En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF. | Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans) | Prescription 2: Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS. | 6 mois |  | Levée partielle de la prescription n°2 Veuillez transmettre le PE dès finalisation. Effectivité 2024 |
| Ecart 3 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF. | 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 de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles | Prescription 3 : Dès recrutement du médecin coordonnateur, ce dernier devra réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Transmettre à l'ARS la date prévisionnelle de tenue de la CCG. | 6 mois |  | Maintien de la prescription n°3 |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ecart 4 : L'EHPAD ne dispose pas de MEDCO et contrevient à l'article D312-155-0 du CASF. | Art. D312-155-0 du CASF | Prescription 4 : La structure doit justifier une démarche active de recrutement pour le poste de médecin coordonnateur. Il est rappelé à la structure que pour une capacité de 80 places, le temps d'équivalent temps plein du MEDCO devra être de 0,6 ETP. Aussi, le médecin Co devra disposer du diplôme et de la qualification requis par Art D. 312-157 du CASF. Ces derniers et le contrat de travail devront être adressés à l'ARS dès recrutement du médecin-Co. | Immédiat |  | Levée partielle de la prescription n°4 La structure a démontré la mise en œuvre de multiples recherches, actuellement dans succès. La prescription de mise en adéquation réglementaire ne peut être levée. Délai de mise en œuvre : 2024/2025 |
| Ecart 5 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise | Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF | Prescription 5 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ». Transmettre à l'ARS la procédure actualisée. | Immédiat |  | Levée de la prescription n°5 |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|
| pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF. | | | | | |
| Ecart 6: ■ salariés ont un statut de « faisant fonction AS », inconnu réglementairement. | Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP. | Prescription 6: Prendre des mesures pour ne pas donner à des agents un statut qui n'existe pas réglementairement et qui pourrait, par les missions exercées, être préjudiciable pour les agents eux-mêmes. L'objectif poursuivi est la sécurisation des soins. La professionnalisation des faisant fonction est fortement recommandée. Transmettre le justificatif à l'ARS. | Immédiat  | Levée de la prescription n°6 | |

Tableau des remarques et des recommandations retenues

| Remarque | 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 | Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Remarque 1: L'adresse mail de signalement à l'ARS n'est pas précisée dans la procédure de déclaration de dysfonctionnements et des EIG. | Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF | Recommandation 1: La structure est invitée à actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant l'adresse mail de signalement à l'ARS : ars-oc-alerte@ars.sante.fr . Transmettre à l'ARS la procédure actualisée. | Immédiat |  | Levée de la recommandation n°1 |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|
| <p>Remarque 2 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.</p> | <p>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)</p> | | | | <p>Levée de la recommandation n°2</p> |
| <p>Remarque 3: Le taux d'absentéisme des AS/AES/AMP est de 22.82%. Le taux de rotation des AS/AES/AMP est de 9.8%.</p> | <p>Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p> | <p>Recommandation 3: La structure doit prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante et procéder au recrutement des postes vacants.</p> | <p>3 mois</p> | | <p>Maintien de la recommandation n°3 Fin 2023</p> |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Au jour J la structure déclare un poste vacant pour AS/AES/AMP et un poste vacant pour IDE. | | | | | |
| Remarque 4: En l'absence de légende sur le planning des IDE et des AS -AMP- AES, la mission n'est pas en mesure de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents. | Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF | Recommandation 4: Compléter le planning en y insérant une légende et le transmettre à l'ARS. | Immédiat | [REDACTED] | Levée de la recommandation n°4 |
| Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie. | ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD) | Recommandation 5 : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie ; la transmettre à l'ARS. | 6 mois | [REDACTED] | Maintien de la recommandation n°5 Délai Premier semestre 2024 |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Remarque 6: En l'absence d'information, la mission n'est pas en mesure de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques (Douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, déshydratation, escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs/ fin de vie, décès du patient). | Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus) | Recommandation 6: La structure est invitée à s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques citées en remarque Transmettre la liste des procédures à l'ARS. | 3 mois |  | Maintien de la recommandation n°6 Fin 2023 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. | | Recommandation 7: La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. La transmettre à l'ARS. | 3 mois |  | Levée le recommandation n°7 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|