

RAPPORT EHPAD CITE SAINT JOSEPH

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 CITE SAINT JOSEPH
Adresse : 20 RUE ARMAGNAC 32160 PLAISANCE
N° FINESS Juridique : 320000342
N° FINESS Géographique : 320782188
Gestionnaire : EHPAD CITE SAINT JOSEPH
Tél. : 05 62 69 49 49
Mail direction : directeur@cstjoseph.fr

Équipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe 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'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	11
II - RESSOURCES HUMAINES	13
2.1 - Effectifs	13
2.2 - Formation.....	14
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	15
3.1 - Projet général médico-soignant.....	15
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	17
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	19
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	20

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 CITE SAINT JOSEPH 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 **15 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	CITE SAINT JOSEPH	
Statut juridique	Associatif	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	84	84
HT	3	3
PASA	14	14
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	87	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart 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	Remarque 1 : L'organigramme n'est pas nominatif et ne mentionne pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Le directeur est titulaire : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] La structure ne déclare pas si le directeur exerce au sein de plusieurs établissements. La structure a transmis le contrat de travail en date du [REDACTED]
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	Le DUD a été transmis. Il est daté du 19 octobre 2007.
Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a été transmis.

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. (2014-2019) Ecart 1 : 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.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	La structure a transmis le règlement de fonctionnement daté du 08 avril 2019.
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	Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	Art. L.311-4 du CASF	Le contrat de séjour a bien 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 la direction et la personne accueillie ou son représentant légal.

<p>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 ?</p>	<p>Art. D.312-158, 3° du CASF (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)</p> <p>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>	<p>La structure déclare que la commission de coordination gériatrique est constituée et active.</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 <u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF <u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF Art. D.311-15 –I du CASF <u>Composition :</u> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF <u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF <u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF <u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis 3 comptes rendus de CVS : 1 de 2021 / 2 de 2022</p> <p><u>Remarque 2</u> : La constitution précise du CVS n'a pas été transmise.</p> <p>Aucune indication de tenue de CVS sur le début de l'année 2023.</p> <p><u>Ecart 2</u> : La mission constate qu'en 2022 le CVS ne s'est réuni que 2 fois ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF qui indique l'obligation de réunir à minima 3 fois dans l'année le CVS.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Contrat de travail du MEDEC	<u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 <u>Contrat</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p>La structure a transmis un [REDACTED] de [REDACTED] en date du [REDACTED] pour son MEDCO.</p> <p>La structure n'a pas transmis de contrat de travail à jour pour son MEDCO.</p> <p>Ecart 3 : En l'absence d'informations sur le contrat de travail du MEDCO, la mission n'est pas en capacité de s'assurer de son existence.</p> <p>L'attestation de diplôme de [REDACTED] a été transmise.</p>
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	<p>L'équivalent temps plein du médecin Co est de [REDACTED] pour 84 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,6 médecin Co.</p> <p>Ecart 4 : 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	<p>La structure dispose d'une IDEC. Son contrat de travail est daté du 19 février 2001. Il est signé et nominatif.</p>

<p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</p> <p>Qualification et diplôme de l'IDEC.</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Remarque 3 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste</p>
--	--	---

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	La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS.
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	Remarque 4 : La structure déclare ne pas avoir de 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 ?		Remarque 5 : 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 ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018	Remarque 6 : La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles.
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 mentionne 5 dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD.

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	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP</p> <p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p>	<p>Le planning des AS-AMP-AES et des IDE du jour dit a été transmis.</p> <p>Le tableau des effectifs a été transmis.</p> <p>La structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MEDEC - IDEC - IDE - Des AS-AMP-AES-ASG - Psychologue - Psychomotricienne - Ergothérapeute <p>Sur la période du 1^{er} janvier 2022 au jour dit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le personnel AS-AMP-AES-ASG le taux d'absentéisme est de 14,70 %, celui de turn-over est de 13 %. - Pour le personnel IDE, le taux d'absentéisme est de 14,99 %, celui de turn-over est de 0 %. <p>Nombre d'ETP vacant d'IDE au jour dit : 0,19</p> <p>Nombre d'ETP vacant AS-AMP-AES-ASG au jour dit : 1,11</p>

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance	<p>La structure a transmis le plan de formation interne 2022 et le prévisionnel du plan de formation externe 2023.</p> <p>Remarque 7 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence du plan de formation externe 2022 et du prévisionnel interne 2023.</p>

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)	<p><u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF</p>	Ecart 5 : Selon la structure, le projet d'établissement ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<p>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</p>	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 structure a transmis la procédure d'admission.
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)	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare l'existence d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés avec un HAD.

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	La structure a transmis la procédure du circuit du médicament.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure déclare disposer d'une convention avec une PUI. Ecart 6 : La structure n'a pas transmis la convention ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de cette convention, conformément à l'article L5126-10 du CSP.
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 ?		Remarque 8 : 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 ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	La structure déclare avoir une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La structure a transmis la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 Remarque 9 : La structure n'a pas transmis le 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 ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007 Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	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.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La procédure de prévention du risque iatrogénie existe.
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 structure a transmis la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes existe.
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)	La structure déclare disposer de 18 procédures. Remarque 10 : 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 :

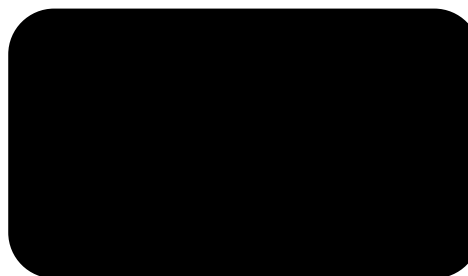
		Escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique.
--	--	--

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 que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP).
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, gériatrie par exemple)		Remarque 11 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		Remarque 12 : 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 gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat pour les urgences et les courts séjours en gériatrie.
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)	La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Remarque 13 : 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) ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec un HAD.

Fait à Montpellier, le 24 août 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 « CITE SAINT JOSEPH » (32)

*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

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
Ecart 1 : 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 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Prescription n°1 : Maintenue
Ecart 2 : La mission constate qu'en 2022 le CVS ne s'est réuni que 2 fois ce qui contrevient à l'article D.311-16 du CASF qui indique l'obligation de réunir à minima 3 fois dans l'année le CVS.	Art. D311-16 du CASF	Prescription 2 : 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]	Prescription n°2 : Levée
Ecart 3 : En l'absence d'informations sur le contrat de travail du MEDCO,	Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan	Prescription 3 : Transmettre le contrat de travail du MEDCO, à jour, signé et nominatif.	1 mois	[REDACTED]	Prescription n°3 : Levée

la mission n'est pas en capacité de s'assurer de son existence.	personnalisé de coordination en santé », 2019				
Ecart 4 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 4 : Se mettre en conformité à la réglementation (art. D.312-156 CASF).	6 mois		Prescription n°4 : Règlementairement Maintenue
Ecart 5 : Selon la structure, le projet d'établissement ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.	<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	Prescription 5 : Actualiser le projet d'établissement en y intégrant le volet médical	6 mois		Prescription n°5 : Maintenue Délai : Effectivité 2024
Ecart 6 : La structure n'a pas transmis la convention ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de cette convention, conformément à l'article L5126-10 du CSP.	Art. L.5126-10 du CSP	Prescription 6 : Transmettre la convention à l'ARS.	1 mois		Prescription n°6 : Levée

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (13)	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
Remarque 1 : L'organigramme n'est pas nominatif et ne mentionne pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.		Recommandation 1 : La structure est invitée à transmettre un organigramme nominatif et mentionnant les liens.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation n°1 : Levée
Remarque 2 : La constitution précise du CVS n'a pas été transmise.		Recommandation 2 : Transmettre la composition précise du CVS conformément à l'article D 311-3 du CASF.	15 jours	[REDACTED]	Recommandation n°2 : Levée
Remarque 3 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Recommandation 3 : Finaliser la formation d'encadrement de l'IDEC et transmettre attestation de formation à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Recommandation n°3 : Levée
Remarque 4 : La structure déclare ne pas avoir de formalisation de réunions d'échanges et de réflexion	Recommandation de l'ANESM – Mission du	Recommandation 4 : La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de réunions d'échanges et de réflexion	3 mois	[REDACTED]	Recommandation n°4 : Levée

autour des cas complexes et des EIAS.	responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	autour des cas complexes et des EIAS et à les formaliser conformément aux recommandations de l'ANESM.			
Remarque 5 : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 5 : Mettre en place des RETEX et les formaliser – suite à un EIG. Transmettre le justificatif à l'ARS.	6 mois		Recommandation n°5 : Levée
Remarque 6 : La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles.		Recommandation 6 : Etablir un plan de formation du personnel aux bonnes pratiques professionnelles.	6 mois		Recommandation n°6 : Maintenu Délai : Effectivité 2024
Remarque 7 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence du plan de formation externe 2022 et du prévisionnel interne 2023.		Recommandation 7 : La structure est invitée à transmettre le plan de formation externe de l'année 2022 et à transmettre le prévisionnel du plan de formation interne 2023.	3 mois		Recommandation n°7 : Levée

Remarque 8 : La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.		Recommandation 8 : Elaborer et mettre en place un dispositif de communication avec les familles.	3 mois	[REDACTED]	Recommandation n°8 : Levée
Remarque 9 : La structure n'a pas transmis le dossier de liaison d'urgence (DLU).		Recommandation 9 : Constituer le DLU pour chaque résident et transmettre le justificatif à l'ARS.	3 mois	[REDACTED]	Recommandation n°9 : Levée
Remarque 10 : 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 : Escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, 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)	Recommandation 10 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Recommandation n°10 : Maintenue Délai : Effectivité 2024
Remarque 11 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour		Recommandation 11 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes	6 mois	[REDACTED]	Recommandation n°11 : Maintenue

le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		████████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████ ██████████████	
Remarque 12 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.		Recommandation 12 : 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	██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████	Recommandation n°12 : Maintenue
Remarque 13 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 13 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie.	6 mois	██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████	Recommandation n°13 : Maintenue Jusqu'à envoi des conventions Délai : Effectivité 2024