

# **RAPPORT CONTROLE SUR PIECES CHI EHPAD CH GIMONT - SITE HOPITAL**

**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 CH GIMONT-SITE HOPITAL

Adresse : 19 R 1 ERE ARMEE FR RHIN DANUBE - 32200 GIMONT

N° FINESS Juridique : 320780158

N° FINESS Géographique : 320783145

Gestionnaire : HOPITAL DE PROXIMITE DE GIMONT

Tél. : 06 74 78 76 75

Mail direction : secretariat@hopital-gimont.fr

## **Equipe du contrôle sur pièces**

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]

Nom de l'Inspecteur ou 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 .....	8
1.3 - MEDCO et IDEC .....	11
1.4 - Qualité et GDR .....	13
II - RESSOURCES HUMAINES .....	15
2.1 - EFFECTIFS .....	15
2.2 - FORMATION .....	16
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....	17
3.1 - Projet général médico-soignant.....	17
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques .....	20
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....	22
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	23

## INTRODUCTION

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées 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 CH GIMONT -SITE HOPITAL 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 11 Mai 2023, dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national<sup>1</sup>. 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>	HOPITAL	
<b>Statut juridique</b>	HOPITAL DE PROXIMITE DE GIMONT	
<b>Option tarifaire</b>	Tarification globale	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Avec PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
HP	95	95
HT		
PASA	12	6
UHR		
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	95	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques	LI et LD Injonction / Prescription / Recommandation
<b>I - GOUVERNANCE</b>			
<b>1.1 - Direction</b>			
<b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b>  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.  Selon cet organigramme le directeur de l'hôpital a délégué la gestion de l'EHPAD au cadre supérieur de santé, qui elle-même supervise la cadre de santé en charge du fonctionnement quotidien de l'EHPAD.	
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF  <u>EHPAD publics :</u> Art. D.312-176-10 du CASF  Arrêté du 19 janvier 2010 pris pour l'application de l'article D.312-176-10 du CASF	La structure a transmis la notification de nomination de l'actuel directeur de l'hôpital daté du [REDACTED].	
Secteur public : Document de délégation et/ou subdélégation du Président du Conseil d'administration au directeur	<u>EHPAD relevant du public :</u> Art. L.315-17 du CASF	<b>Remarque 1 :</b> La structure n'a pas transmis le document formalisé indiquant les délégations et/ou les subdélégations consenties par le Président du Conseil d'Administration au Directeur de la structure.	

de la structure pour les EHPAD relevant du secteur public		
Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning pour la période demandée a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	Le projet d'établissement a été transmis par la structure. La date d'échéance du projet d'établissement est : 2026
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	<b>Ecart 1</b> : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
Est-ce qu'un <b>livret d'accueil</b> est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour)	<a href="#">Art. L311-4 du CASF</a> <a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a>	Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Le contrat de séjour ( ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	<a href="#">Art. L.311-4 du CASF</a>	Le contrat de séjour 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 n'appelle pas de remarque.



<p><b>La commission de coordination gériatrique</b> 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><b>Art. D.312-158, 3° du CASF</b> (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 commission de coordination gériatrique est constituée et active. La structure a transmis le compte rendu de la CCG du 08 mars 2023.</p>
<p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (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<sup>er</sup> 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></p>	<p>Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>Les comptes rendus de 2022 et 2023 du Conseil de la Vie Sociale, ont été transmis.</p>

	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	
--	--	--

1.3 - MEDCO et IDEC		
<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Le <b>Contrat</b> de travail du MEDEC a été transmis avec une date indiquée et signé.  Le Médecin coordonnateur sur l'EHPAD de Lombez depuis le [REDACTED] à hauteur de [REDACTED] ETP.  Ce médecin coordonnateur est médecin traitant de 24 résidents.  <b>Remarque 2</b> : Conformément à la circulaire <b>N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012</b> relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est rappelé à la structure si le <b>médecin coordonnateur est médecin prescripteur au sein de l'établissement « c'est en dehors de son temps et ses fonctions de coordination.»</b>  Une [REDACTED], obtenue le [REDACTED], a été transmise.
<b>ETP MEDEC</b>	Art. D.312-156 du CASF	<b>Ecart 2</b> : Le temps de travail ETP du médecin Co n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.
<b>IDEC</b> : 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 emploie une cadre de santé IDEC. ([REDACTED]). Elle est signée et nominative. Les éléments transmis n'appellent pas de commentaires particuliers.

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

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il <b>une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles</b> ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	La procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles existe. La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Pas de remarque particulière
<b>Des réunions d'échanges et de réflexion</b> 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	<b>Remarque 3</b> : La structure déclare ne pas mettre en place de formalisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.
<b>L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</b>		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
<b>Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques)</b> sont-elles mises en place ?	<a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).
Depuis 2020, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves</b>	Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF	La structure déclare 2 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.

<b>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 ?	Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)	<b>Remarque 4 :</b> 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. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : <a href="mailto:ars-oc-alerte@ars.sante.fr">ars-oc-alerte@ars.sante.fr</a> ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.
Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		<b>Remarque 5 :</b> Les éléments de réponse fournis ne permettent pas à la mission de confirmer l'existence d'un plan de formation du personnel dédié 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	Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour J a bien été transmis. Il n'appelle pas de remarque particulière.
	Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP	Le tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe est pluridisciplinaire :
	Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	<b>Remarque 6 :</b> Le taux de rotation des IDE est de 30,33%.

2.2 - FORMATION		
Plans de formation interne et externe	<a href="#">HAS, 2008, p.18</a> <a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</a>  <a href="#">HAS 2008, p.21</a> <a href="#">(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</a>	<p>Les plans de formation interne réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis. Ils n'appellent pas de commentaires particuliers.</p> <p><b>Remarque 7</b> : La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation externe.</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)	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF  <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	L'annexe au contrat de séjour existe. Elle a été transmise par la structure. Le modèle transmis par la structure prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée existe. Elle a été transmise par la structure.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	<a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</a>	La structure déclare l'existence d'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 transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	Le circuit du médicament est formalisé. La procédure a été transmise. 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 PUI
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		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure.

et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		
--	--	--

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	<a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a>	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux existe. Elle n'appelle 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) ?	<a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a>	<b>Remarque 8 :</b> La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. Selon la structure, un dossier de liaison d'urgence (DLU) n'existe pas pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</a>  Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention existe. Elle a été transmise par la structure.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	<b>Remarque 9 :</b> La structure n'a pas transmis la 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 existe. Elle a été transmise par la structure.

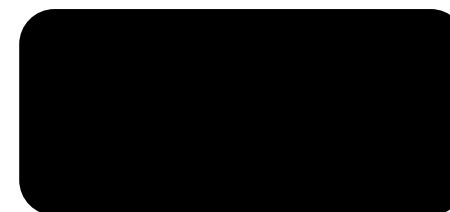
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques.
---	---	--

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). La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle est pluridisciplinaire et associe le résident et/ou son représentant légal. Elle n'appelle pas de remarque particulière.
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		
<p>Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ?</p> <p>- Usage de la télémedecine, téléconsultation ou télé-expertise</p> <p>- Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gérontologie par exemple)</p>		<p>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 ainsi que la télémedecine et le réseau de télé expertises.</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>Au vu des éléments transmis, la structure a organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention).</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ?</p> <p>Accès aux EMG ?</p>		<p><b>Remarque 10</b> : La structure déclare qu'elle est en attente de la reprise de l'équipe mobile.</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	L'EHPAD est intégré dans le CH de GIMONT qui a un service de médecine. La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec un établissement hospitalier de court séjour.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		<b>Remarque 11:</b> La structure déclare être en cours de signature de convention 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 une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Au vu des éléments communiqués par la structure, il existe des conventions avec les HAD au jour dit.

Fait à Toulouse, le 29 Juin 2023



**Inspecteur de l'ARS**



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 CH GIMONT-SITE HOPITAL situé à GIMONT 32200**

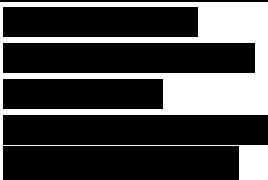



*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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.*

CONTROLE SUR PIECES N° : MS\_2023\_32\_CP\_11  
EHPAD CH GIMONT-SITE HOPITAL

Ecart (2)	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
<b>Ecart 1 :</b> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	<b>Prescription 1 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	6 mois	<div>██████████</div> <div>██████████████████</div> <div>████████████████████</div>	Maintien de la prescription 1.  A transmettre dès l'actualisation du règlement de fonctionnement.  Effectivité 2024.
<b>Ecart 2 :</b> Le temps de travail ETP du médecin Co n'est pas conforme à la réglementation en vigueur.	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation (art. D.312-156 CASF) et transmettre tout document attestant de la conformité ETP médecin coordonnateur à l'ARS.	6 mois	<div>██████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████</div>	Maintien de la prescription 2.

Remarques (11)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1 :</b> La structure n'a pas transmis le document formalisé indiquant les délégations et/ou les subdélégations consenties par le Président du Conseil d'Administration au Directeur de la structure.	EHPAD relevant du public : Art. L.315-17 du CASF	<b>Recommandation 1 :</b> La structure est invitée à formaliser délégations et/ou les subdélégations consenties par le Président du Conseil d'Administration au Directeur de la structure. Transmettre le document à l'ARS.	3 mois	<div style="background-color: black; height: 12px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 92%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 88%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 10%;"></div>	Levée de la recommandation 1.
<b>Remarque 2 :</b> La structure déclare ne pas mettre en place de formalisation de réunions	Recommandation de l'ANESM – Mission du	<b>Recommandation 2 :</b> La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de	3 mois	<div style="background-color: black; height: 12px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 70%;"></div> <div style="background-color: black; height: 12px; width: 75%;"></div>	Levée de la recommandation 2.

d'échanges et de réflexion 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	réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS et à les formaliser conformément aux recommandations de l'ANESM.  Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.			
<b>Remarque 3 :</b> Les éléments de réponse fournis ne permettent pas à la mission de confirmer l'existence d'un plan de formation du personnel dédié à la déclaration.		<b>Recommandation 3 :</b> L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration. Transmettre à l'ARS le plan de formation.	6 mois		Levée de la recommandation 3.  Transmettre le plan de formation dès sa réalisation.
<b>Remarque 4 :</b> Le taux de rotation des IDE est de 30,33%.	Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	<b>Recommandation 4 :</b> Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante.	3 mois		Levée de la recommandation 4.
<b>Remarque 5 :</b> La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation 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	<b>Recommandation 5 :</b> La structure est invitée à actualiser/ élaborer et mettre en place un plan de formation interne et/ou externe en respect des attendus de l'HAS.	6 mois		Levée de la recommandation 5.  Transmettre le plan de formation dès sa réalisation.

	d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance				
<b>Remarque 6 :</b> La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. Selon la structure, un dossier de liaison d'urgence (DLU) n'existe pas pour chaque résident.	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	<b>Recommandation 6 :</b> Constituer le DLU pour chaque résident et transmettre le justificatif à l'ARS.	3 mois	██████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████	Levée de la recommandation 6.
<b>Remarque 7 :</b> La structure n'a pas transmis la procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	<b>Recommandation 7 :</b> La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie ; transmettre le justificatif à l'ARS.	6 mois	██████████ ██████████████████ ██████████████████	Maintien de la recommandation 7.  Effectivité 2024.
<b>Remarque 8 :</b> La structure déclare qu'elle est en attente de la reprise de l'équipe mobile.		<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre à l'ARS la convention ou le document actant la reprise de l'équipe mobile.	3 mois		Maintien de la recommandation 8 jusqu'à la reprise de l'équipe mobile de gériatrie.  Effectivité 2024.
<b>Remarque 9 :</b> La structure déclare être en cours de signature de convention de partenariat avec un service de psychiatrie.		<b>Recommandation 9 :</b> Transmettre à l'ARS la convention ou le document actant ce partenariat.	3 mois		Maintien de la recommandation 9.  Effectivité 2024.