

RAPPORT EHPAD LAS PEYRERES

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 LAS PEYRERES

Adresse : CHEMIN DE LA JOURDIANNE 32420 SIMORRE

N° FINESS Juridique : 750060956

N° FINESS Géographique : 320780497

Gestionnaire : Philogeris

Tél. : 05 62 65 31 41

Mail direction : [REDACTED]

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	10
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.....	21

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 LAS PEYRERES 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	EHPAD LAS PEYRERES	
Statut juridique	Privé à but lucratif	
Option tarifaire	NC	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	65	65
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	32	

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	L'organigramme a été transmis par la structure. Remarque 1 : L'organigramme transmis ne permet pas de différencier 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	La directrice n'exerce pas des fonctions de direction au niveau d'autres structures. La directrice dispose d'un avenant à son contrat. Elle exerce en tant que directrice de la structure depuis le [REDACTED]. Elle est titulaire d'un [REDACTED]. Il est daté et signé 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.
Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2023 est-il fixé ?		La structure déclare qu'elle « ne fonctionne pas avec des astreintes planifiées ». Remarque 2 : En l'absence de document notamment de calendrier des astreintes, la mission ne peut pas s'assurer de l'organisation d'une permanence de direction.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	La structure a transmis un projet d'établissement. Il couvre la période : 2019-2023. Il est valide.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	La structure dispose d'un règlement de fonctionnement. La structure indique une date d'échéance au 15.12.2022. La structure a transmis un projet de règlement de fonctionnement actualisé au 03.05.2023. Il n'est pas signé. Ecart 1 : 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 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 la signature des 2 parties (le résident ou son représentant légal/ la structure).
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>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 a transmis le compte rendu de la commission de coordination gériatrique 2022 et le planning pour 2023.</p> <p>La CCG est mutualisée avec [REDACTED].</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>La structure a transmis trois comptes rendus CVS pour 2022 et un pour 2023. La composition et le fonctionnement du CVS sont conformes.</p> <p><u>Ecart 2 :</u> Les comptes rendus des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p> <p><u>Remarque 3 :</u> La programmation des CVS pour 2023 n'a pas été transmise.</p>

	<u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF	
--	---	--

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 le contrat de travail du MEDCO. Il est daté du [REDACTED].</p> <p>Au vu des informations communiquées par la structure, le MEDCO dispose d'une [REDACTED].</p> <p>Remarque 4 : La structure n'a pas transmis la capacité de médecine gériatrie du MEDCO.</p>
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	<p>Le temps d'ETP du MEDCO est de [REDACTED] pour 65 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité 0,6 ETP MEDCO.</p> <p>Ecart 3 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
IDEC : Contrat de travail et date du recrutement	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP	La structure dispose d'une IDEC. Son avenant au contrat de travail est daté du 1 ^{er} juin 2023.
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 obtenu un « [REDACTED] » en date du [REDACTED].

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>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS.</p> <p>Ecart 4 : 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 5: L'adresse mail indiquée dans la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités n'est pas valide. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr</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.
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 13 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui. <u>Rappel :</u> 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.
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

<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p>	<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 IDE et des AS –AMP- AES du jour dit a bien été transmis.</p> <p>Composition de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 MEDCO - 1 IDEC - 1 IDE - AS - AMP - auxiliaires de vie - psychologue - animateur <p>Ecart 5 : En l'absence d'accompagnants éducatifs et sociaux (AES), la structure contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.</p> <p>Remarque 6 : 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 28%, celui de turn-over est de 6,84%. - Pour le personnel IDE, le taux d'absentéisme est de 8.25 %, celui de turn-over est non communiqué. <p>Nombre ETP vacant des IDE au jour dit : 0</p> <p>Nombre ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG au jour dit : 0</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	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.

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>	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 ?	<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>	L'établissement a transmis le modèle d'annexe au contrat de séjour. Il prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a été transmise.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	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 une astreinte IDE de nuit avec la 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 organiser les 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 procédure du circuit du médicament a été transmise.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie [REDACTED]. Le document a bien été transmis.
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 organise la traçabilité informatique des prescriptions. Elle est enregistrée dans le dossier médical informatisé du résident.
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 ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	La structure a transmis plusieurs documents : <ul style="list-style-type: none"> - Précautions standards prévention et de gestion du risque infectieux, - Précautions complémentaires (contact, air, gouttelettes), - Procédure DASRI, - Nettoyage quotidien et à blanc d'une chambre, et circuit du linge.
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. 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 ?	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 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 l'établissement.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La structure déclare l'existence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie. Elle a transmis une fiche de synthèse de l'évaluation gérontologique standardisée. La procédure demandée n'a pas été transmise. Remarque 7 : La structure n'a pas transmis la procédure 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.
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 a transmis une liste de 55 procédures.</p> <p>Remarque 8 : 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 en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles du transit, - Déshydratation, - Plaies chroniques, - Incontinence, - Trouble du sommeil, - Dépression, - Ostéoporose - Activité physique,

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		<p>La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant. La structure déclare que le médecin co est médecin traitant de 33 résidents.</p> <p>Remarque 9 : Conformément à la circulaire N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 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 médecin coordonnateur est médecin prescripteur au sein de l'établissement « c'est en dehors de son temps et ses fonctions de coordination. »</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) ?	<p>Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p>La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP). La démarche a été transmise.</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)?	<p>Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p>La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI).</p>

Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?	Art. D.312-155-0 du CASF	<u>Ecart 6</u> : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa
--	--------------------------	---

3.4 - Relations avec l'extérieur		
Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie 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 notamment avec [REDACTED]
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare organiser les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM directement avec le laboratoire [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé une convention partenariat avec une filière gériatrique. Remarque 10 : les éléments communiqués ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec une filière gériatrique et de l'accès aux EMG.
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	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, notamment le CH [REDACTED].

	échéant, au moins un hôpital de proximité)	
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec un service de psychiatrie : CHS [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs : Réseau [REDACTED] et HAD [REDACTED].
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare qu'il existe une convention avec un HAD [REDACTED].

Fait à Montpellier, le 25/08/2023

[REDACTED]

[REDACTED]

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 « LAS PEYRERES » (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.*

AGENCE REGIONALE OCCITANIE
CONTROLE SUR PIECES N° : MS_2023_32_CP_16
DOSSIER EHPAD LAS PEYRERES

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



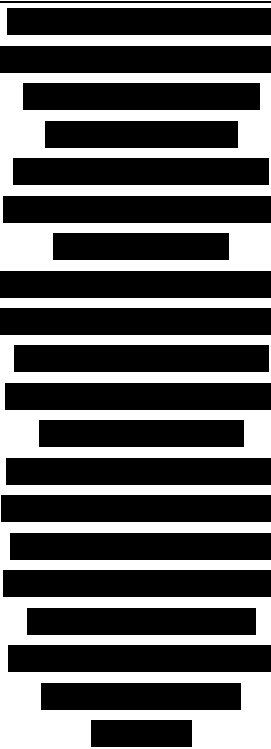

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecart	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-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
<p>Ecart 1 : 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.</p>	<p>Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)</p>	<p>Prescription 1: Finaliser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p align="center">6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p align="center">Prescription n°1 : Levée</p>
<p>Ecart 2 : Les comptes rendus des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p>	<p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Prescription 2 : La structure doit s'assurer de la signature des comptes rendus des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.</p>	<p align="center">Immédiat</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p align="center">Prescription n°2 : Levée</p>

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques	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 transmis ne permet pas de différencier les liens hiérarchiques et fonctionnels.		Recommandation 1 : La structure est invitée à transmettre un organigramme mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'EHPAD.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation n°1 : Levée
Remarque 2 : En l'absence de document notamment de calendrier des astreintes, la mission ne peut pas s'assurer de l'organisation d'une permanence de direction.		Recommandation 2 : Formaliser/ Mettre en œuvre/Diffuser l'organisation de la permanence de direction. Transmettre le justificatif à l'ARS.	1 mois	[REDACTED]	Recommandation n°2 : Levée

				<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Remarque 3 : La programmation des CVS pour 2023 n'a pas été transmise.		Recommandation 3 : Transmettre à l'ARS la programmation des CVS 2023.	Immédiat	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Recommandation n°3 : Levée
Remarque 4 : La structure n'a pas transmis la capacité de médecine gériatrie du MEDCO.		Recommandation 4 : Transmettre la capacité de médecine gériatrie du MEDCO à l'ARS.	Immédiat	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Recommandation n°4 : Levée
Remarque 5 : L'adresse mail indiquée dans la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités n'est pas valide. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr		Recommandation 5 : La structure est invitée à revoir la procédure en indiquant l'adresse mail citée en remarque 5. La transmettre à l'ARS.	Immédiat	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Recommandation n°5 : Levée

<p>Remarque 6 : 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 28%, celui de turn-over est de 6,84%. - Pour le personnel IDE, le taux d'absentéisme est de 8.25 %, celui de turn-over est non communiqué. 		<p>Recommandation 6 : La structure est invitée à prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante et à transmettre le taux de turn-over des IDE sur la période du 1^{er} janvier 2023 au jour dit.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n°6 : Levée</p>
<p>Remarque 7 : La structure n'a pas transmis la procédure du risque iatrogénie.</p>	<p>ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)</p>	<p>Remarque 7 : Transmettre à l'ARS la procédure du risque iatrogénie.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation n°7 : Levée</p>

<p>Remarque 8 : 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 en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles du transit, - Déshydratation, - Plaies chroniques, - Incontinence, - Trouble du sommeil, - Dépression, - Ostéoporose - Activité physique, 	<p>Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)</p>	<p>Recommandation 8 : La structure est invitée à s'assurer de l'existence des procédures citées en remarque 8. Le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre ces procédures. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.</p>	<p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation n°8 :</p> <p>Partiellement maintenue</p> <p>Délai : 6 mois</p>
<p>Remarque 9 : Conformément à la circulaire N° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 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 médecin coordonnateur est médecin prescripteur au sein de l'établissement « c'est en dehors de son temps et ses fonctions de coordination. »</p>					

