

RAPPORT 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 « LE CHÂTEAU FLEURI »
Adresse : 9 Rue du Château - 32190 Vic-Fezensac
N° FINESS Juridique : 320000367
N° FINESS Géographique : 320782253
Gestionnaire : Association Vicoise de Gestion et d'Animation
Tél. : 05.62.06.38.84
Mail du directeur : chateaufleuri@orange.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	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	18
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	20
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	21

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 « LE CHÂTEAU FLEURI » 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 **8 mai 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 (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 :

Nom de l'EHPAD	EHPAD « LE CHÂTEAU FLEURI »	
Statut juridique	ASSOCIATION	
Option tarifaire	PARTIEL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	70	70
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	70	

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 transmis par le gestionnaire n'appelle pas de remarque particulière.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Le directeur est titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5). Conformité à la réglementation
DUD : Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art. D.312-176-5 du CAS	Le DUD a été transmis. Il n'appelle pas de remarque particulière.
Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning a été transmis (janvier 2023 au juin 2023). La permanence d'astreinte a été 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 : 2023 La structure dispose d'un projet d'établissement valide.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Le règlement de fonctionnement a été transmis par la structure, sans précision de date. La structure déclare qu'il est en cours d'actualisation.
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)	<u>Art. L311-4 du CASF</u> <u>Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</u>	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 ?	<u>Art. L.311-4 du CASF</u>	Le modèle contrat de séjour a bien été transmis par la structure. Il n'appelle pas d'observation particulière.
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit la signature du résident ou son représentant légal ainsi que celle de l'établissement.

<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) 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>Selon la structure, la commission de coordination gériatrique est constituée et active. Pour autant, la structure informe que la CCG ne s'est pas tenue en 2022 en raison de l'indisponibilité des médecins traitants. Elle informe aussi que la prochaine CCG est prévue en juin 2023.</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></p>	<p>Les CR existent. Ils sont signés par la Présidente du CVS. Les prochaines dates de réunion de CVS sont transmises : 16 mai, 4 septembre et 12 décembre 2023.</p> <p>Remarque 1 : Le CVS ne s'est réuni que 2 fois en 2022, or la réglementation prévoit un minimum de trois fois par an. La mission prend note que sur l'année 2023 la programmation porte bien sur 3 dates de réunion. Conformité sur 2023 à la réglementation.</p>

	<p>Art. D.311-4 du CASF</p> <p>Art. D.311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u></p> <p>Art. D.311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u></p> <p>Art. D.311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u></p> <p>Art. D.311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u></p> <p>Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances</u></p> <p><u>CVS</u></p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</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	L'ensemble des documents demandés ont été transmis par la structure. Selon la structure, le MEDCO est aussi le Médecin traitant de résidents.
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Le temps d'ETP du médecin Co est de [REDACTED] pour 70 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0.60 médecin Co. Ecart 1 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.
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 contrat de travail est daté du [REDACTED]. Il est signé et nominatif. Les éléments transmis n'appellent pas de commentaires particuliers.
L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste : [REDACTED] [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	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.
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 ?	<u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).

Depuis 2020, quel est le nombre de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?	Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)	La structure déclare qu'il signale de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui. (Sans autre précision) Remarque 2 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.
Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		Remarque 3 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.

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 tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe est pluridisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ■■■ ETP MEDEC ▪ ■■■ ETP IDEC. ▪ ■■■ ETP IDE. ▪ ■■■ ETP Psychologue ▪ ■■■ ETP Ergothérapeute ▪ ■■■ ETP Animatrice ▪ ■■■ ETP AS/AMP/AES/ASG ▪ ■■■ ETP ASH <p>Le taux d'absentéisme des AS, AMP, AES, ASG est de 15.53%. Le taux de rotation des AS, AMP, AES, ASG est de 18.60%. Le taux d'absentéisme des IDE est de 1.26%. Le taux de rotation des IDE est de 66.66%.</p> <p>Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour J a bien été transmis.</p> <p>Remarque 4 : Le planning transmis ne contient pas de légende, ce qui ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents</p>
---	---	---

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<p><u>HAS, 2008, p.18</u> <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u></p> <p><u>HAS 2008, p.21</u> <u>(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</u></p>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis. Ils n'appellent pas de commentaires.</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. La structure a adressé le modèle type. Ce modèle prévoit la signature du résident, son représentant légal et la personne de confiance et celle de l'établissement.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise par la structure. Pas de commentaire particulier.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u>	La structure déclare l'existence d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.

Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	Le circuit du médicament est formalisé. La procédure a été transmise. Les modalités de transmissions de médicaments sont définies dans le projet de l'établissement. Pas de remarque.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine. La convention a été transmise. Elle n'appelle pas de remarque.

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 : [REDACTED].
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	<u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u>	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux 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) ?	<u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u>	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise par la structure. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u> Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a bien été transmise par la structure.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise par la structure.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise par la structure.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	La structure a transmis un certain nombre de procédures. Remarque 5 : il n'a pas été constaté la transmission de la procédure relative aux soins palliatifs.

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). Cette démarche a bien été transmise. Elle est pluridisciplinaire et associe le résident. Pas de remarque
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> <ul style="list-style-type: none"> - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie par exemple) 		<p>La structure dispose de plusieurs conventions : convention avec une kinésithérapeute, convention avec un laboratoire, convention avec un médecin libérale et convention avec un pédicure.</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. (██████)</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie (ou par convention).</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		Remarque 6 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatrique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (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 échéant, au moins un hôpital de proximité)	Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, dont CH [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé de 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) ?		Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et 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 : HAD du [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 06 juillet 2023

[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 « CHATEAU FLEURI » (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

Ecart	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue Prescription	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 1 : 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>	Levée de la prescription n°1

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarque	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : Le CVS ne se réunit que 2 fois en 2022, or la réglementation un minimum de trois fois par an. La mission prend note que sur l'année 2023 la programmation porte bien sur 3 dates de réunion. Conformité sur 2023 à la réglementation.	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1er janvier 2023 Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF	Recommandation 1 : Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF.	Effectivité 2023	<div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████████</div>	Levée de la recommandation n°1
Remarque 2 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; le				<div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████████</div>	

numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.					
Remarque 3 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.		Recommandation 3 : 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	<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>	Levée de la recommandation n°3
Remarque 4 : Le planning transmis ne contient pas de légende, ce qui ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents	Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	Recommandation 4 : Transmettre à l'ARS les plannings des IDE et des AS –AMP- AES du jour J avec une légende.	Immédiat	<div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>██████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>████████████████████</div> <div>██████████</div>	Levée de la recommandation n°4

Remarque 5 : Il n'a pas été constaté la transmission de la procédure relative aux soins palliatifs.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 5 : Il est fortement recommandé de pouvoir disposer d'une procédure relative à l'accompagnement en fin de vie. Compléter la liste des procédures.	4 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation n°5
Remarque 6 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatologique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 6 : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gériatologique et notamment d'une équipe mobile de gériatrie.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la recommandation n°6 Délai Dès signature de la convention .Bien vouloir la transmettre à l'Ars.
Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 7 : Il est fortement recommandé de disposer d'une convention avec le secteur de la psychiatrie au vue des pathologies présentent dans l'établissement.	Effectivité premier semestre 2024	[REDACTED]	Maintien de la recommandation n°7 Délai Dès signature de la convention .Bien vouloir la transmettre à l'Ars.
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).		Recommandation 8 : Il est fortement recommandé à la structure de mettre en place des conventions de partenariat avec une ou plusieurs équipes mobiles de soins palliatifs.	Effectivité premier trimestre 2024	[REDACTED]	Maintien de la recommandation n°8 Délai Dès signature de la convention .Bien vouloir la transmettre à l'Ars.