

## **RAPPORT EHPAD SAINT JACQUES**

### **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 SAINT JACQUES

Adresse : 7 AVENUE CHARLES BACQUÉ 32600 L'ISLE JOURDAIN

N° FINESS Juridique : 320000268

N° FINESS Géographique : 320780471

Gestionnaire : MAISON DE RETRAITE L'ISLE-JOURDAIN

Tél. : 05 62 07 17 22

Mail direction et/ou directeur : responsable.ehpadisle-jourdain@orange.fr

#### **Équipe 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 .....	9
1.4 - Qualité et GDR .....	10
II - RESSOURCES HUMAINES .....	12
2.1 - Effectifs .....	12
2.2 - Formation.....	12
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....	14
3.1 - Projet général médico-soignant.....	14
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques .....	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....	18
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	19

## 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 SAINT JACQUES 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 9 juillet 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 :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD SAINT JACQUES	
<b>Statut juridique</b>	FPH	
<b>Option tarifaire</b>	PARTIEL	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Sans PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
HP	80	78
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
<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>	80	78

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
<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	La structure a transmis l'organigramme. Il est daté et signé. Il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Conformité.
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure a transmis l'arrêté à la nomination du directeur daté du 21 juin 2022.  La structure a transmis l'attestation de [REDACTED], pour la formation de « Directeur d'Hôpital ». Elle est signée et datée du [REDACTED].  La structure déclare que le directeur n'exerce pas ses fonctions au sein d'un autre établissement.
<b>DUD :</b> Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	La structure a transmis les documents formalisés indiquant les délégations et les subdélégations consenties par le Directeur aux directrices adjointes.
Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	La structure dispose d'un projet d'établissement daté pour la période 2018-2022.  <b>Ecart 1 :</b> En ne disposant de projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure a été adopté par le CA de l'EHPAD le 1 <sup>er</sup> décembre 2014.  <b>Ecart 2 :</b> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide, 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 pas 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 a été transmis par la structure.
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit sa signature par le résident ou son représentant légal, ainsi que la direction de l'établissement.

<p>La <b>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>Selon la structure, la commission de coordination gériatrique est constituée et active.</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> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF <u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF <u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF <u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus existent. Ils sont signés par le Président du CVS. Le planning 2023 a été transmis.</p>



1.3 - MEDCO et IDEC		
<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)  <b>Contrat</b> 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'avenant au contrat de travail du MEDCO a été transmis. Il est signé et daté du [REDACTED]  La structure a transmis le diplôme de Docteur en Médecine, signé et daté du [REDACTED]. Ainsi que l'attestation du diplôme universitaire de [REDACTED]
<b>ETP MEDEC</b>	Art. D.312-156 du CASF	Le temps d'équivalent temps plein du médecin Co est de [REDACTED] pour 80 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,6 médecin Co.  <b>Ecart 3</b> : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.
<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 a transmis la décision au contrat de travail de l'IDEC signé et daté du [REDACTED]
L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste</b> ?  Qualification et diplôme de l'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<b>Remarque 1</b> : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.

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 de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS.  <b>Ecart 4</b> : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « <b>sans délai</b> », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.
<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	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
<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.

Depuis 2020, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves 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 ?	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 1 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		<b>Remarque 2</b> : 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>La structure a transmis le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour dit.</p> <p>Le tableau des effectifs a été transmis. L'équipe pluridisciplinaire se compose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MEDCO</li> <li>- IDEC</li> <li>- AS</li> <li>- AMP</li> <li>- animateur</li> <li>- ISG</li> <li>- Psychologue</li> </ul> <p>Le nombre d'ETP vacant des IDE est de 0 Le taux d'absentéisme des IDE est de 0.92%. Le taux de rotation des IDE est de 20%</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG est de 1 Le taux d'absentéisme des AS-AMP-AES-ASG est de 10.74%. Le taux de rotation des AS-AMP-AES-ASG est de 12.50%</p>
---	---	--

### 2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<a href="#">HAS, 2008, p.18</a>	La structure a transmis le plan de formation interne, ainsi que le planning de formation interne 2023.
---------------------------------------	---------------------------------	--

	<p><a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</a></p> <p><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>	<p><b>Remarque 3 :</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)	<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>	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 ?	<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'annexe au contrat de séjour 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 a été transmise par la structure.
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)	<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.

Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La 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	<b>Ecart 5 :</b> La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec un ou plusieurs pharmacies titulaires d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.
La structure organise-t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		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 ?	<a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a>	La structure déclare disposer d'une procédure de prévention et de la gestion du risque infectieux.  <b>Remarque 4</b> : La structure n'a pas transmis la procédure.
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>	La structure déclare disposer d'une 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).  <b>Remarque 5</b> : La structure n'a pas été transmis la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ni le dossier de liaison d'urgence (DLU).
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<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)	  <b>Remarque 6</b> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	<b>Remarque 7</b> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La structure déclare que la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes existe.  <b>Remarque 8</b> : La structure n'a pas transmis la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.

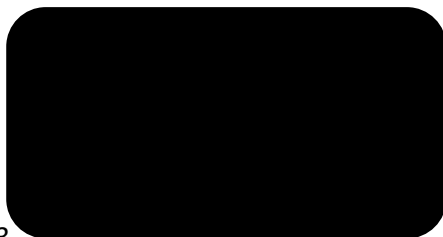


De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<p>La structure déclare disposer de 6 procédures.</p> <p><b>Remarque 9</b> : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : Alimentation troubles du transit, déshydratation, escarres et plaies chroniques, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, fin de vie.</p>
---	--	--

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) ?	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	<b>Ecart 6 :</b> La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>ème</sup> alinéa.
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	<b>Ecart 7 :</b> 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 <sup>ème</sup> 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)		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		<b>Remarque 10</b> : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		<b>Remarque 11</b> : 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 <sup>ème</sup> alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	<b>Ecart 8</b> : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		<b>Remarque 12</b> : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure a signé une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs : [REDACTED]
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD Clinique [REDACTED].



Fait à Montpellier, le 20 septembre 2023

**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle**  
**Pôle Régional Inspection Contrôle**

## Tableau définitif de synthèse des mesures correctives Tableau des remarques et des recommandations retenues Contrôle sur pièces de l'EHPAD « SAINT JACQUES » (32)

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

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

**Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues**

<b>Ecart</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)</b>	<b>Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire</b>	<b>Réponse de l'établissement</b>	<b>Décision du Directeur Général de l'ARS</b>
<b><u>Ecart 1</u></b> : En ne disposant de projet d'établissement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L.311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	<b><u>Prescription 1</u></b> : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	<b>6 mois</b>	[REDACTED]	<b>Prescription n°1 : Maintenue</b>  Jusqu'à envoi du projet d'établissement réécrit.  <b>Délai : 6 mois</b>
<b><u>Ecart 2</u></b> : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	<b><u>Prescription 2</u></b> : Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	<b>6 mois</b>	[REDACTED]	<b>Prescription n°2 : Maintenue</b>  <b>Délai : Effectivité 2<sup>ème</sup> semestre 2024</b>

<b>Ecart 3</b> : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 3</b> : Se mettre en conformité avec la réglementation.	Effectivité 2024	[REDACTED]	<b>Prescription n°3 : Maintenue</b>  Délai : Effectivité 2024
<b>Ecart 4</b> : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « <b>sans délai</b> », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	<b>Prescription 4</b> : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « <b>sans délai</b> ».	Immédiat	[REDACTED]	<b>Prescription n°4 : Levée</b>
<b>Ecart 5</b> : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec un ou plusieurs pharmacies titulaires d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.	Art. L.5126-10 du CSP	<b>Prescription 5</b> : La structure est invitée à établir une convention avec un ou des pharmaciens titulaires d'officine, conformément à l'article L.5126-10 du CSP. Transmettre la convention à l'ARS	6 mois	[REDACTED]	<b>Prescription n°5 : Levée</b>  Transmettre la convention dès sa signature.
<b>Ecart 6</b> : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>ème</sup> alinéa.	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	<b>Prescription 6</b> : la structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS	6 mois	[REDACTED]	<b>Prescription n°6 : Maintenue</b>  Délai : Effectivité 2024

<b>Ecart 7 :</b> 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 <sup>ème</sup> alinéa	Art. D.312-155-0 du CASF	<b>Prescription 7 :</b> La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet individuel de vie. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS	<b>6 mois</b>		<b>Prescription n°7 :</b> <b>Maintenue</b>  <b>Délai : Effectivité 2024</b>
<b>Ecart 8 :</b> La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa.	<b>Prescription 8 :</b> Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	<b>3 mois</b>		<b>Prescription n°8 :</b> <b>Levée</b>


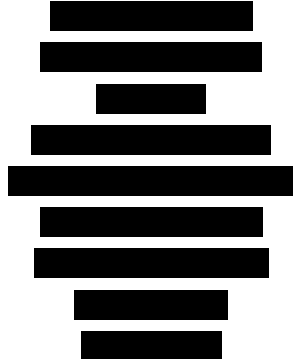



Tableau des remarques et des recommandations retenues

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	Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1</b> : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<b>Recommandation 1</b> : Finaliser la formation d'encadrement de l'IDEC et transmettre l'attestation de formation à l'ARS.	<b>Effectivité 2024</b>	[REDACTED]	<b>Recommandation n°1</b> : <b>Levée</b>
<b>Remarque 2</b> : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.		<b>Recommandation 2</b> : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration. Transmettre à l'ARS le plan de formation.	<b>6 mois</b>	[REDACTED]	<b>Recommandation n°2</b> : <b>Levée</b>

<p><b>Remarque 3 :</b> La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation externe.</p>	<p><a href="#">HAS, 2008, p.18</a> <a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</a></p> <p><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>	<p><b>Recommandation 3 :</b> La structure est invitée à élaborer et mettre en place un plan de formation externe conformément aux attendus de l'HAS.</p>	<p>6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Recommandation n°3 : Levée</b></p>
<p><b>Remarque 4 :</b> La structure n'a pas transmis la procédure.</p>	<p><a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a></p>	<p><b>Recommandation 4 :</b> Transmettre à l'ARS la procédure de prévention de la gestion du risque infectieux.</p>	<p>1 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Recommandation n°4 : Levée</b></p>
<p><b>Remarque 5 :</b> La structure n'a pas été transmis la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ni le dossier de liaison d'urgence (DLU).</p>	<p><a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a></p>	<p><b>Recommandation 5 :</b> Transmettre la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents et transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>1 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Recommandation n°5 : Levée</b></p>

<p><b>Remarque 6 :</b> La structure déclare l'absence d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.</p>	<p><a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</a></p> <p>Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)</p>	<p><b>Recommandation 6 :</b> Elaborer et mettre en œuvre une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ; transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Recommandation n°6 : Levée</b></p>
<p><b>Remarque 7 :</b> La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.</p>	<p>ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)</p>	<p><b>Recommandation 7 :</b> La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie ; transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Recommandation n°7 : Maintenue</b></p> <p>Jusqu'à transmission de la procédure à l'ARS.</p> <p><b>Délai : Effectivité 2024</b></p>
<p><b>Remarque 8 :</b> La structure n'a pas transmis la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.</p>	<p>Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007</p>	<p><b>Recommandation 8 :</b> La structure est invitée à transmettre la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes ; transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Recommandation n°8 : Maintenue</b></p> <p>Jusqu'à transmission de la procédure à l'ARS.</p> <p><b>Délai : Effectivité 2024</b></p>
<p><b>Remarque 9 :</b> Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de</p>		<p><b>Recommandation 9 :</b> Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste</p>	<p>Effectivité 2024</p>		<p><b>Recommandation n°9 : Maintenue</b></p>

l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : Alimentation troubles du transit, déshydratation, escarres et plaies chroniques, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, fin de vie.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	actualisée des procédures à l'ARS.			Jusqu'à transmission de la procédure à l'ARS.  <b>Délai : Effectivité 2024</b>
<b>Remarque 10</b> : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.		<b>Recommandation 10</b> : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.	6 mois		<b>Recommandation n°10 : Levée</b>
<b>Remarque 11</b> : 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).		<b>Recommandation 10</b> : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gériatrique et avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.	6 mois		<b>Recommandation n°11 : Levée</b>
<b>Remarque 12</b> : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions		<b>Recommandation 12</b> : La structure est invitée à établir	6 mois		<b>Recommandation n°12 :</b>

de partenariat avec un service de psychiatrie.		et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre la convention à l'ARS.		<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
--	--	--	--	---	-------