

## **RAPPORT EHPAD DE L'AYGUEROTE (65)**

### **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	Equipe du contrôle sur pièces
Dénomination : EHPAD DE L'AYGUEROTE Adresse : 2 R DE L'AYGUEROTE N° FINESS géographique : 650786197 N° FINESS juridique : 650783160 Gestionnaire : CENTRE HOSPITALIER TARBES LOURDES Tél. : 05 62 54 65 00 Mail direction: [REDACTED]	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED] [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 .....	6
1.3 - MEDCO & IDEC .....	8
1.4 - QUALITE ET GDR .....	9
II - RESSOURCES HUMAINES .....	10
2.1 - EFFECTIFS .....	10
2.2 - FORMATION .....	10
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....	11
3.1 - PROJET GENERAL ET MEDICO-SOIGNANT .....	11
3.2 - PROCEDURE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES GERIATRIQUES .....	12
3.3 - PROJET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE .....	14
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR .....	14

## 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 DE L'AYGUEROTE 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 (les) contrôleur(s) a (ont) 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 pièces s'est déroulé le 1<sup>er</sup> février 2023 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national<sup>1</sup>. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (cf. annexe n°1).

Ce rapport est communiqué au gestionnaire de l'établissement afin de recueillir ses éventuelles observations quant aux mesures envisagées par le commanditaire.

La structure inspectée se présente comme suit :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD L'AYGUEROTE	
<b>Statut juridique</b>	FPH	
<b>Option tarifaire</b>	GLOBAL	<b>Option tarifaire</b>
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	AVEC PUI	<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>
<b>Capacité autorisée et installée</b>	<b>Autorisée</b>	<b>Capacité autorisée et installée</b>
HP	153	HP
HT	4	HT
PASA	14	PASA
UHR	0	UHR
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	<b>153</b>	<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - DIRECTION		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b> Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L. 312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis par l'établissement est daté et signé. Il n'appelle pas d'observation particulière.
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF <u>EHPAD publics :</u> Art. D.312-176-10 du CASF	La directrice a été nommée en qualité de directrice d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux [REDACTED].
<b>DUD :</b> Document unique de délégation	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art D. 312-176-5 du CASF  <u>EHPAD relevant du public :</u> Art. L. 315-17 du CASF	L'organisme gestionnaire a transmis le document unique de délégation de la directrice.
<b>Astreintes :</b> Le calendrier du 1 <sup>er</sup> semestre 2022 est-il fixé ?		L'organisme gestionnaire a communiqué un planning d'astreinte de direction pour le premier et le deuxième semestre - 2022. La permanence de direction est organisée.
1.2 - FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL		
<b>Projet d'établissement valide</b>	<u>Validité :</u> Art. L.311-8 du CASF	La structure déclare une date d'échéance du projet d'établissement à 2025. Conformité à la réglementation.
<b>Règlement de fonctionnement valide</b>	Art. R 311- 33 du CASF	L'établissement déclare que le règlement de fonctionnement est daté de 2018. <b>Remarque 1 :</b> La structure ne mentionne pas la date précise d'élaboration du règlement de fonctionnement, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de la validité du règlement de fonctionnement.
Un <b>livret d'accueil</b> est-il remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de	Article L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	L'établissement déclare remettre à chaque nouveau résident un livret d'accueil ainsi que les documents prévus par les textes.

fonctionnement, contrat de séjour).		
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><u>Présidence CCG :</u></p> <p>Art. D312-158, 3° du CASF</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>	La commission de coordination gériatrique (CCG) est constituée et active.
<p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS.</b></p> <p>Est-il opérationnel ?</p> <p>(Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation)</p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2023</p> <p><u>Formes de participation :</u></p> <p>Art. L311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences :</u></p> <p>Art. D. 311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Art D311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition :</u></p> <p>Art. D311-4 du CASF</p> <p>Art. D311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u></p> <p>Art. D311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u></p> <p>Art. D311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u></p> <p>Art. D311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u></p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Le CVS est constitué au sein de la structure.</p> <p>Sa composition est conforme à l'article D.311-6 du CASF.</p> <p>Les comptes rendus sont formalisés.</p> <p>Trois réunions ont eu lieu aux dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 décembre 2021,</li> <li>- 27 Avril 2022,</li> <li>- 17 Aout 2022.</li> </ul> <p><b>Ecart 1 :</b> Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.</p> <p><b>Ecart 2 :</b> Les comptes rendus transmis ne sont pas signés par le président du Conseil de la Vie Sociale, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF</p>

1.3 - MEDCO & IDEC		
<b>Qualifications et diplôme du MEDCO</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)  <b>Contrat de travail du MEDCO</b>	<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'organisme gestionnaire a transmis la [REDACTED] du MEDCO.
<b>ETP MEDCO</b>	Art. D.312-156 du CASF	La structure dispose d'un équivalent temps plein de MEDEC de [REDACTED]. Il est conforme à la réglementation.
<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 dispose d'une IDEC à [REDACTED] depuis le [REDACTED]. Son contrat de travail a été transmis.
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	L'organisme gestionnaire déclare un équivalent temps plein de [REDACTED] ETP pour l'IDEC. Il précise que l'IDEC est titulaire d'un diplôme [REDACTED]

1.4 - QUALITE ET GDR		
<p><b>Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité :</b>  <b>L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</b></p>	<p>Art. D312-203 du CASF  Art. R314-223 du CASF  Art. D312-158-10° CASF</p>	<p>La structure déclare s'être engagée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle déclare aussi réaliser des RETEX après avoir analysé les dysfonctionnements et les événements indésirables graves et/ou associés à des risques (EIGS).</p>
<p>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 ?  Existe- t-il un <b>plan de formation du personnel à la déclaration ?</b></p>	<p>Art. L331-8-1 du CASF  Art. R331-8 &amp; 9 du CASF    Arrêté du 28/12/2016    Art. R. 1413-59 du CSP  Art. R. 1413-79 du CSP  <u>(EIGS)</u></p>	<p>Depuis 2020, la structure déclare 0 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.</p> <p><b>Remarque 2 :</b> Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables et dysfonctionnements graves dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie aux autorités administratives L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : <b><i>ars-oc-alerte@ars.sante.fr</i></b> ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : <b><i>0800 301 301</i></b>.</p> <p>L'organisme gestionnaire déclare avoir un plan de formation du personnel à la déclaration.</p>

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - EFFECTIFS

<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p>	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe:</u> Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p><u>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP :</u> Art. R.4311-4 du CSP</p> <p><u>Qualité et sécurité de la PEC:</u> Art. L311-3 du CASF</p>	<p>Après avoir examiné les informations fournies,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de résidents : ■■■</li> <li>- IDEC :1 agent</li> <li>- IDE :■■■ agents</li> <li>- Aides -soignants : ■■ agents</li> <li>- Faisant fonction cadre de santé : ■ agent (Titulaire)</li> <li>- MEDEC</li> </ul> <p>L'équipe est pluridisciplinaire.</p> <p><b>IDE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'absentéisme sur la période du 01 janvier 2022 au 23 janvier 2023 de 11,95%.</li> <li>- Taux de rotation 0%</li> </ul> <p><b>Remarque 3 :</b> <b>AS, AES, AMP :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'absentéisme sur la période du 01 janvier 2022 au 23 janvier 2023 est de 12,73%</li> <li>- Taux de turn over sur la même période de 50%.</li> </ul>
--	--	---

### 2.2 - FORMATION

<p>Plan de formation interne, externe au titre de la gouvernance</p>	<p>HAS 2008 , p. 18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention HAS 2008, p. 21 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</p>	<p>Selon l'organisme gestionnaire, le plan de formation interne existe.</p> <p><b>Remarque 4 :</b> La direction de l'établissement déclare ne pas disposer d'un plan de formation externe.</p>
--	---	--

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - PROJET GENERAL ET MEDICO-SOIGNANT		
Existe-t-il une procédure décrivant les étapes du processus d'admission ?		L'organisme gestionnaire a déclaré l'existence d'une procédure détaillant les étapes du processus d'admission.
Existe-t-il un volet médical dans le projet d'établissement décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D311-38 du CASF  <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art D312-155-3 alinéa 1° du CASF	L'organisme gestionnaire a confirmé l'existence d'un volet médical dans le projet d'établissement.

### 3.2 - PROCEDURE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES GERIATRIQUES

Quelle est la procédure de sécurisation du circuit du médicament ?	Art. L313-26 du CASF	<b>Ecart 3 :</b> Aucun élément de réponse n'a été transmis par la structure concernant la procédure de sécurisation du circuit du médicament, ce qui permet pas à la mission de s'assurer de l'existence d'un protocole de soins « <i>élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites au moment de la prise</i> », conformément aux dispositions <b>de l'article L313-26 du CASF.</b>
Quelle est la stratégie de gestion du risque médicamenteux et de vérification de sa mise en œuvre ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R5132-3 et suivants du CSP <u>Besoins pharmaceutiques :</u> Art. L5126-10 du CSP	L'organisme gestionnaire déclare disposer d'une PUI et confirme posséder une procédure relative au circuit du médicament et mener des audits à cet effet.  <b>Remarque 5 :</b> les éléments transmis par la structure de s'assurer de la traçabilité effective des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse (prescription/administration).
Existe-t-il une procédure relative à l'alerte des professionnels en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont l'iatrogénie ?	Art. L331-8-1 du CASF Arrêté du 2 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, considère comme dysfonctionnements graves « [...] 4° Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] » Selon le formulaire en annexe du même arrêté, cela comprend les erreurs dans la distribution des médicaments.	L'organisme gestionnaire a déclaré disposer d'une procédure relative à l'alerte des professionnels en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont l'iatrogénie.

Quelle est la stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	<b>Remarque 6</b> : La stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ne reprend pas l'ensemble des items recommandés par le guide des bonnes pratiques (l'hygiène des mains, le port de gants, la tenue vestimentaire au cours des soins, l'antisepsie de la peau et des muqueuses, la prise en charge d'un résident porteur d'une bactérie).
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	L'organisme gestionnaire a déclaré disposer d'une procédure pour assurer la permanence des soins pendant les nuits, les week-ends et les jours fériés.
De combien de procédures de bonnes pratiques professionnelles disposez-vous ? (médicaments , escarres, chutes, incontinence, prise en charge de la douleur, soins palliatifs ...)	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD – ANESM – Juin 2017 Guide HAS Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – Novembre 2021 <u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF	L'organisme gestionnaire a déclaré disposer de 10 procédures de bonnes pratiques professionnelles.  <b>Remarque 7</b> : La structure n'a pas précisé l'intitulé des procédures dont elle dispose, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de prise en charge médicamenteuse (Circuit du médicament, latrogénie, risque infectieux, nutrition – malnutrition , escarre, chute, gestion des situations d'urgence, soins palliatifs ,prise en charge de la douleur, dépendance et contention physique et médicamenteuse).
Existe-t-il un programme dédié à la prévention bucco-dentaire ?		La structure déclare l'existence d'un programme dédié à la prévention bucco-dentaire.
Existe-t-il un plan de formation aux bonnes pratiques professionnelles ?	Qualité de vie en EHPAD – mars 2018	La structure déclare disposer d'un plan de formation visant à sensibiliser et/ou former les professionnels sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux.  <b>Remarque 8</b> : L'organisme gestionnaire déclare ne pas avoir de plan de formation spécifique pour le personnel concernant la prévention et la gestion du risque médicamenteux.

3.3 - PROJET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE		
Existe-t-il une démarche pour établir et suivre le projet d'accueil, de vie individualisé et de soins et d'accompagnement de chaque personne ou famille accueillie en intégrant les intéressés eux-mêmes ?		L'organisme gestionnaire a confirmé l'existence d'une démarche pour établir et suivre le projet d'accueil, de vie individualisé et d'accompagnement de chaque personne ou famille accueillie, en intégrant les intéressés eux-mêmes dans le processus.
Relations entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure - Un dispositif de communication avec les familles existe – t- il et quel est-il ?		La structure informe qu'un dispositif de communication avec les familles est mis en place, comprenant des mailings, des notes de service et une page [REDACTED] pour les informations collectives. Pour les échanges individuels, des rencontres avec le médecin coordinateur et le cadre sont organisées.
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR		
Avez-vous accès à des plateaux techniques (directement ou par convention) ?		La structure indique disposer d'un accès direct aux plateaux techniques du centre hospitalier [REDACTED]
Existe-t-il des conventions avec les centres hospitaliers au jour dit ?	Art. D.312-155-4-1 du CASF Arrêté du 7 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.	La structure informe disposer de conventions avec les centres hospitaliers.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure indique disposer de conventions avec les HAD.

Fait à Toulouse, le 12 avril 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 L'AYGUEROTE situé à Tarbes (65000)

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

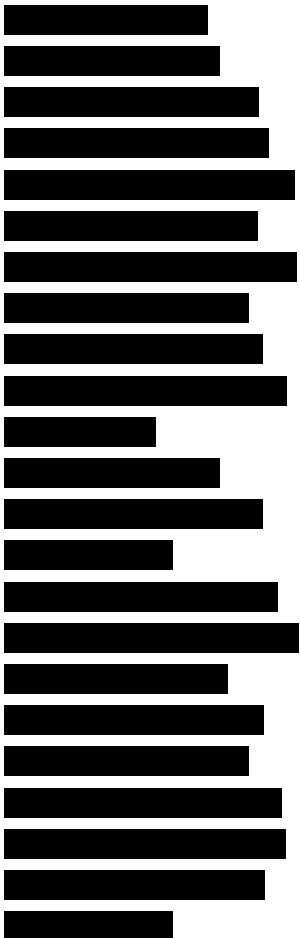

*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

CONTROLE SUR PIECES N° : MS\_2023\_65\_CP\_6  
EHPAD L'AYGUEROTE

Ecart (3)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<b>Ecart 1 :</b> Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.	<u>Fonctionnement</u> : Art. D311-16 du CASF.	<b>Prescription 1 :</b> Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF et transmettre le calendrier de tenue des CVS pour 2023 à l'ARS.	A effet immédiat	[REDACTED]	Levée de la prescription 1.
<b>Ecart 2 :</b> Les comptes rendus transmis ne sont pas signés par le président du Conseil de la Vie Sociale, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF	Article D. 311-20 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> La structure est invitée à veiller à la signature par le Président du CVS des comptes rendus des CVS. Transmettre à échéance 2023, les CR des prochains CVS.	Fin 2023	[REDACTED]	Levée partielle de la prescription 2. La structure est invitée à transmettre le compte rendu du 14 novembre 2023 au plus tard à la fin de l'année 2023.
<b>Ecart 3 :</b> Aucun élément de réponse n'a été transmis par la structure concernant la procédure de sécurisation du circuit du médicament, ce qui permet pas à la mission de s'assurer de l'existence d'un protocole de soins « élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de	Art. L313-26 du CASF	<b>Prescription 3 :</b> La structure est invitée à s'assurer de l'existence et de la mise en œuvre d'un protocole de soins avec l'équipe soignante. Le transmettre à l'ARS.	3 mois	[REDACTED]	Levée de la prescription 3.

<i>l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites au moment de la prise », conformément aux dispositions de l'article L313-26 du CASF.</i>					
---	--	--	--	--	--

Remarques (8)	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 ne mentionne pas la date précise d'élaboration du règlement de fonctionnement ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de la validité du règlement de fonctionnement.	R 311- 33 du CASF	<b>Recommandation 1 :</b> La structure doit s'assurer de l'existence d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans. Elle est invitée à actualiser son règlement de fonctionnement à échéance 2023.	Décembre 2023	<div>██████████</div> <div>██████████████████</div> <div>██████████████████████████</div> <div>██████████████████████████</div> <div>██████████████████████████</div> <div>██████</div>	Maintien de la recommandation 1 Dans l'attente de la transmission du règlement de fonctionnement mis à jour. Délai : effectivité 31 décembre 2023.
<b>Remarque 2 :</b> Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables et dysfonctionnements graves dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie aux autorités administratives	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016[3] Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)			<div>██████████████████████████</div> <div>██████████████████</div>	

<p>L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : <b>ars-oc-alerte@ars.sante.fr</b> le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : <b>0800 301 301</b>.</p>					
<p><b>Remarque 3 :</b>  <u>AS, AES, AMP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'absentéisme sur la période du 01 janvier 2022 au 23 janvier 2023 est de 12,73%</li> <li>- Taux de turn over sur la même période de 50%.</li> </ul>	<p>pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF  délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP  qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF</p>	<p><b>Recommandation 3 :</b>  Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante  Mener une réflexion sur une politique offensive de recrutement.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Levée de la recommandation 3.</p>
<p><b>Remarque 4 :</b>  La direction de l'établissement déclare ne pas disposer d'un plan de formation externe.</p>		<p><b>Recommandation 4 :</b>  Elaborer et mettre en place un plan de formation</p>	<p>6 mois</p>		<p>Levée de la recommandation 4.</p>



	Art. L5126-10 du CSP	non prises, afin de déterminer une conduite à tenir. En outre et dans la mesure du possible, le support peut permettre d'enregistrer, pour chaque médicament : la date ; l'heure d'administration ; l'identité du personnel l'ayant assurée. L'enregistrement peut être assuré sur un support papier ou informatisé et classé dans le dossier médical du résident. Transmettre le justificatif à l'ARS.		██████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████	
<b>Remarque 6 :</b> La stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ne reprend pas l'ensemble des items recommandés par le guide des bonnes pratiques (l'hygiène des mains, le port de gants, la tenue vestimentaire au cours des soins, L'antisepsie de la peau et des muqueuses, la prise en charge d'un résident porteur d'une bactérie).	<a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a>	<b>Recommandation 6 :</b> La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux conforme aux guide de bonnes pratiques. La transmettre à l'ARS.	6 mois	██████████████ ██████████████	La recommandation 6 est maintenue.  Délai : 6 mois.
<b>Remarque 7 :</b> La structure n'a pas précisé l'intitulé des procédures dont elle dispose, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de prise en charge médicamenteuse (Circuit du médicament, iatrogénie, risque infectieux, nutrition – malnutrition , escarre, chute, gestion des	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD – ANESM – Juin 2017 Guide HAS Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans	<b>Recommandation 7 :</b> La structure est invitée à s'assurer de l'élaboration et la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnels. Transmettre la liste des procédures à l'ARS.	3 mois	██████████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████ ██████████████	Maintien de la recommandation 7 Dans l'attente de la transmission de la liste des procédures à l'ARS. Délai : 3 mois

situations d'urgence, soins palliatifs ,prise en charge de la douleur, dépendance et contention physique et médicamenteuse).	et plus – Novembre 2021  <u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF			██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	
<b>Remarque 8 :</b> L'organisme gestionnaire déclare ne pas avoir de plan de formation spécifique pour le personnel concernant la prévention et la gestion du risque médicamenteux.	<a href="#">Qualité de vie en EHPAD – mars 2018</a>	<b>Recommandation 8 :</b> Etablir un plan de formation du personnel concernant la prévention et la gestion du risque médicamenteux.	6 mois	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	Levée de la recommandation 8.