

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 ST JOSEPH CASTELNAU
Adresse : Route de Toulouse 65230 Castelnau Magnoac
N° FINESS Juridique : 310788609
N° FINESS Géographique : 650783798
Gestionnaire : ANRAS
Tél. : 05 62 39 81 30
Mail de la direction : s.monfront@anras.fr

Equipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces
Nom du gestionnaire instructrice : [REDACTED]
Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection/contrôle est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L. 300-2 du Code des Relations entre le Public et les Administrations (CRPA) et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L. 311-2 du CRPA).

Seul le rapport établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée/contrôlée est communicable aux tiers.

- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

I - GOUVERNANCE.....	6
1.1 - Direction.....	6
1.2 - Fonctionnement institutionnel	7
1.3 - MEDCO et IDEC	9
1.4 - Qualité et GDR	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
2.1 - EFFECTIFS	12
2.2 - FORMATION	13
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	14
3.1 - Projet général médico-soignant.....	14
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	17
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	19
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	20

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 ST JOSEPH CASTELNAU 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 **2 mai 2023**, dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national¹. 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	ANRAS RESIDENCE ST JOSEPH CASTELNAU	
Statut juridique	ASSOCIATION LOI 1901	
Option tarifaire	GLOBAL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	90	90
HT	2	2
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	90	

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	La directrice exerce des fonctions de direction au niveau de 2 autres structures gérées par l'ANRAS : Résidence ST Joseph à Ossun et Résidence ST Joseph à Cantaous. La directrice 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 CASF	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. 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 déclare que la date d'échéance du projet d'établissement est 2020. Elle a adressé à l'ARS le document en cours d'actualisation. Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	La structure indique que le règlement de fonctionnement est en cours d'actualisation. Le projet de règlement de fonctionnement a été transmis par la structure. Ecart 2 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
Est-ce qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (Livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour).	Art. L311-4 du CASF <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 existe. Il a 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 la Directrice.

<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)</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>Ecart 3 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <u>Cf. Document 6</u></p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023</p> <p><u>Formes de participation</u> :</p> <p>Art. L.311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences</u> :</p> <p>Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Art. D.311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition</u> :</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> : 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 et actif.</p> <p>Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les CR existent. Ils sont signés par le Président du CVS.</p> <p>La structure a transmis pour l'année 2022 trois comptes rendus de CVS ; pour l'année 2023, un compte rendu de CVS. Elle indique que la prochaine réunion se tiendra le 29/06/2023.</p> <p>Remarque 1 : La programmation des CVS pour 2023 n'a pas été transmise à l'ARS. Il est rappelé à la structure que le CVS devra se réunir à minima 3 fois par an.</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	Le contrat de travail du MEDEC a été transmis. Ecart 4: Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Le temps d'ETP du médecin Co est de [REDACTED] pour 90 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0.60 médecin Co. Ecart 5: 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	Remarque 2 : La structure déclare que l'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste. Elle précise que l'IDEC est cours de formation jusqu'à [REDACTED].

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	<p>Selon la structure, la procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles existe. La structure a adressé une procédure relative à la déclaration et gestion interne des EI.</p> <p>Remarque 3 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) n'a pas été transmise à l'ARS.</p> <p>Pour information, l'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés a été modifiée. Merci d'utiliser : ars-oc-alerte@ars.sante.fr. Le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie reste inchangé : 0800 301 301.</p>
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAS) ?	Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<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 3 signalements 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 ?		Remarque 4 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas. La structure déclare que ce point fait l'objet d'un objectif fixé au CPOM et d'une inscription au plan de formation 2024. Elle indique que la procédure a été présentée en réunion générale et a fait l'objet d'un compte rendu de réunion.

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">- [REDACTED] ETP MEDEC- [REDACTED] ETP IDEC.- [REDACTED] ETP IDE.- [REDACTED] ETP Psychologue- [REDACTED] ETP AS.- [REDACTED] ETP ASH- [REDACTED] ETP AES <p>Remarque 5: Le nombre d'ETP vacant des AS et IDE est de 10. Le taux d'absentéisme des IDE est de 4.88%. Le taux de rotation des IDE est de 116.67%.</p> <p>Le taux d'absentéisme des AS/AMP/AES est de 17.80%. Le taux de rotation des AS/AMP/AES est de 28.13%.</p> <p>Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour J a bien été transmis. Il n'appelle pas de remarque particulière.</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>Le plan de formation externe réalisé en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.</p> <p>Remarque 6: La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation interne.</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>	<p>Le projet d'établissement, en court d'actualisation, a été transmis par la structure. Il comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, des objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>Cf. Ecart n°1.</p>
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>	<p>L'annexe au contrat de séjour existe. La structure a adressé le modèle type. Ce modèle prévoit la signature du résident , et/ou son représentant légal et/ou la personne de confiance et la Direction.</p>
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée existe. Elle a 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>	Remarque 7 : La structure déclare l'absence de 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 que les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaires sont organisées.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	Le circuit du médicament est formalisé. La procédure a été transmise. Elle n'appelle pas de remarque.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec une pharmacie d'officine de [REDACTED]. 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 traçabilité de l'administration et de la prise effective des médicaments existe. Elle est intégrée dans le protocole relatif du circuit du médicament.

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 a été transmise par la structure. 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 existe. Elle a été transmise à la structure. La structure a adressé un protocole relatif au DLU pour chaque résident. Le dossier de DLU existe.
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 existe. Elle a été transmise par la structure.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Selon la structure, la procédure de prévention du risque iatrogénie existe. Remarque 8 : La procédure de prévention du risque iatrogénie n'a pas transmise à l'ARS.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes existe. Elle a été transmise par la structure.

De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<p>La structure dispose de 8 autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques (Douleur – Fin de vie – Bucco-dentaire - soins mortuaires – vaccination – dénutrition – escarres - déshydratation).</p> <p>Remarque 9 : 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 telles que l'alimentation/fausses routes, troubles du transit, plaies chroniques, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique.</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	La procédure d'élaboration du PAP existe. Ecart 6 : 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 ^{ème} 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	Absence de réponse de la structure. Ecart 7 : En l'absence de réponse de la structure la mission n'est pas en mesure de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie, conformément aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa

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 télémedecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériologie par exemple) 		<p>Remarque 10 : La structure déclare ne pas avoir 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>Remarque 11 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie (ou par convention).</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériologique ?</p> <p>Accès aux EMG ?</p>		<p>La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec une filière gériologique et avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p> <p>Remarque 12 : la liste des conventions transmises à la mission ne permet pas de s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec une filière gériologique et de l'accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure indique avoir signé des conventions de partenariat avec le [REDACTED] portée par le CH [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure indique avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. Remarque 13 : La liste des conventions transmises à la mission ne permet pas de s'assurer de l'existence 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) ?		Au vu de la liste des conventions transmises, la structure indique avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Remarque 14 : La liste des conventions transmises à la mission ne permet pas de s'assurer de l'existence de 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 ?		Il existe des conventions avec les HAD au jour dit.

Fait à Toulouse, le 23 juin 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 « ST JOSEPH CASTELNAU » (Castelnau Magnoac)

*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 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	Prescription 1 : Finaliser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la prescription n°1 Prise en considération du temps nécessaire de la réalisation du projet d'établissement. Transmettre un PE à jour. Délai : Fin décembre 2024.
Ecart 2: En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Prescription 2 : Finaliser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la prescription n°2 Délai : Dès finalisation du règlement de fonctionnement. Transmettre celui-ci à l'ARS.

Ecart 3 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	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	Prescription 3: Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Transmettre à l'ARS la date de la prochaine CCG	1 mois	<div></div> <div></div> <div></div>	Levée de la prescription n°3
Ecart 4: Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour	Diplôme : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Prescription 4 : Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le MEDCO soit titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin	Immédiatement	<div></div> <div></div>	Maintien de la prescription n°4 Dès transmission de l'attestation de formation du MEDEC à l'ARS. Délai : Effectivité 2024


personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.		coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'article D.312-157 du CASF.			
Ecart 5: Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 5 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation (article D. 312-156 CASF). Transmettre l'attestation de conformité d'ETP médecin coordonnateur à l'ARS.	6 mois	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Levée de la prescription n°5

Ecart 6 : 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- 3ème alinéa	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 6 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un PAP ; transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	6 mois	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Maintien de la prescription n°6 Délai :Effectivité 2024
Ecart 7 : En l'absence de réponse de la structure la mission n'est pas en mesure de s'assurer que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie, conformément aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3ème alinéa	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 7 : La structure est invitée à s'assurer de l'élaboration pour chaque résident un projet individuel de vie. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	6 mois	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Maintien de la prescription n°7 Délai :Effectivité 2024.

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 : La programmation des CVS pour 2023 n'a pas été transmise à l'ARS. Il est rappelé à la structure que le CVS devra se réunir à minima 3 fois par an.	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1er janvier 2023 Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF	Recommandation 1 : La structure est invitée à programmer pour l'année 2023 a minima 3 séances du CVS. Transmettre à l'ARS la programmation des CVS pour 2023	Immédiatement	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 50%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 40%;"></div>	Levée de la recommandation n°1
Remarque 2 : La structure déclare que l'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste. Elle précise que l'IDEC est cours de formation jusqu'à 2024.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Recommandation 2 : Finaliser la formation d'encadrement de l'IDEC et transmettre l'attestation de formation à l'ARS.	A la fin de formation en 2024	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 30%;"></div>	Levée de la recommandation n°2

<p>Remarque 3: La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) n'a pas été transmise à l'ARS.</p> <p>Pour information, l'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés a été modifiée. Merci d'utiliser : ars-oc-alerte@ars.sante.fr . Le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie reste inchangé : 0800 301 301.</p>	<p>Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF</p>	<p>Recommandation 3 : La structure est invitée à s'assurer de l'existence de la procédure de déclaration « sans délai » des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD). Actualiser la procédure en y intégrant la nouvelle adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés : ars-oc-alerte@ars.sante.fr . Transmettre la procédure à l'ARS.</p>	<p>immédiat</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Levée de la remarque n°3</p>
<p>Remarque 4 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.</p>		<p>Recommandation 4 : L'établissement est invité à finaliser son plan de formation du personnel à la déclaration conformément aux attendus du CPOM. Transmettre à l'ARS le plan de formation.</p>	<p>Fin 2024</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Levée de la recommandation n°4</p>

<p>Remarque 5: Le nombre d'ETP vacant des AS et IDE est de 10. Le taux d'absentéisme des IDE est de 4.88%. Le taux de rotation des IDE est de 116.67%.</p> <p>Le taux d'absentéisme des AS/AMP/AES est de 17.80%. Le taux de rotation des AS/AMP/AES est de 28.13%.</p>	<p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p>	<p>Recommandation 5 : 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 n°5</p>
--	--	---	----------------------	---	--

[illegible]

Remarque 6: La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation interne.	HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)	Recommandation 6: La structure est invitée à élaborer et mettre en place un plan de formation interne en respect des attendus de l'HAS.	6 mois	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 20%;"></div>	Levée de la recommandation n°6
--	--	---	--------	---	---------------------------------------

Remarque 7 : La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	Recommandation 7 : Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Transmettre le justificatif à l'ARS.	3 mois	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 10%;"></div>	Levée de la recommandation n°7
Remarque 8 : La procédure de prévention du risque iatrogénie n'a pas transmise à l'ARS.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 8 : La structure est invitée à transmettre la procédure de prévention du risque iatrogénie à l'ARS. A défaut, la structure est invitée à l'élaborer et à la mettre en œuvre.	6 mois	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 70%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Maintien de la Recommandation n°8 Délai supplémentaire accordé. Délai :Effectivité fin 2024

Remarque 10 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		Recommandation 10 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.	6 mois	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation n°10 Délai :Dès transmission de la convention à l'ARS.
Remarque 11 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie (ou par convention).		Recommandation 11 : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie - sur site ou par convention.	6 mois	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation n°11 Délai :Dès transmission de la convention à l'ARS.
Remarque 12 : La liste des conventions transmises à la mission ne permet pas de s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec une filière gériatrique et de l'accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 12 : La structure est invitée à s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec une filière gériatrique et de l'accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG). Transmettre le justificatif à l'ARS.	Immédiat	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation n°12 Délai :Dès transmission de la convention à l'ARS.

Remarque 13 : La liste des conventions transmises à la mission ne permet pas de s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 13 : La structure est invitée à s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre le justificatif à l'ARS.	Immédiat	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation n°13 Délai :Dès transmission de la convention à l'ARS.
Remarque 14 : La liste des conventions transmises à la mission ne permet pas de s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).		Recommandation 14 : La structure est invitée à s'assurer de l'existence de conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Transmettre le justificatif à l'ARS.	Immédiat	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation n°14 Délai :Dès transmission de la convention à l'ARS.