

RAPPORT EHPAD LO PORTANEL (11)

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 LO PORTANEL
Adresse : Rue Alicante 11120 Saint Marcel Aude
N° FINESS géographique : 110787777
N° FINESS juridique : 110787777
Gestionnaire : EURL LO PORTANEL
Tél. : 06 87 11 44 32
Mail direction et/ou directeur : lo.portanel@wanadoo.fr

Equipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : [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 PERSONALISE.....	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 LO PORTANEL 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 30 JANVIER 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	EHPAD LO PORTANEL	
Statut juridique	EURL	
Option tarifaire	GLOBAL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	40	40
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale		

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 <u>EHPAD publics :</u> Art. D.312-176-10 du CASF	Le directeur exerce des fonctions de direction au niveau de plusieurs structures dans les établissements Villa Domitia et Laetitia. Ecart 1 : Le directeur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.
DUD : 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	Il existe un DUD formalisé. Il est daté du 03/10/2016, nominatif et signé.
Astreintes : Le calendrier du 1 ^{er} semestre 2022 est-il fixé ?		Remarque 1 : Le calendrier des astreintes n'a pas été transmis ; cela ne permet pas de s'assurer de l'organisation des permanences d'astreinte et de la continuité de la fonction de direction.
1.2 - FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL		
Projet d'établissement valide	<u>Validité :</u> Art. L.311-8 du CASF	La structure déclare disposer d'un projet d'établissement valide.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R 311- 33 du CASF	La structure déclare disposer d'un règlement de fonctionnement valide.
Un livret d'accueil est-il 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).	Article L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.

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 ?	<u>Présidence CCG :</u> Art. D312-158, 3° du CASF 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	Selon la structure, la commission de coordination gériatrique est constituée mais inactive. La structure indique qu'une convocation a été envoyée à l'ensemble des intervenants pour la commission du 16 mars 2023. Ecart 2 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active.
Composition et modalités de fonctionnement du CVS. Est-il opérationnel ? (Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation)	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 <u>Formes de participation :</u> Art. L311-6 du CASF <u>Compétences :</u> Art. D. 311-3 à 32-1 CASF Art D311-15 –I du CASF <u>Composition :</u> Art. D311-4 du CASF Art. D311-5-I du CASF <u>Elections :</u> Art. D311-9 du CASF <u>Représentation syndicales :</u> Art. D311-13 du CASF <u>Durée du mandat :</u> Art. D311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF	Le CVS est constitué. La direction informe de la carence de candidatures en 2022 des représentants des familles et des résidents. Ecart 3 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-5.-I du CASF. Ecart 4 : 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.

1.3 - MEDCO & IDEC		
Qualifications et diplôme du MEDCO (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Contrat de travail du MEDCO	<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	Les documents transmis par la structure n'appellent pas de commentaires particuliers.
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	Ecart 5: Le temps d'ETP du médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 40 places 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], 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	L'IDEC a un certificat de compétence « d'infirmière coordinatrice en structure médico-sociale » daté du [REDACTED]

1.4 - QUALITE ET GDR		
<p>Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité :</p> <p>L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</p>	<p>Art. D312-203 du CASF Art. R314-223 du CASF Art. D312-158-10° CASF</p>	<p>Ecart 6 : L'EHPAD déclare ne pas avoir engagé d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>Remarque 2 : L'établissement déclare de pas organiser la gestion des suites des événements indésirables (notamment l'analyse) auprès des personnels concernés.</p>
<p>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 ?</p> <p>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>	<p>Art. L331-8-1 du CASF Art. R331-8 & 9 du CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016</p> <p>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>Remarque 3 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars31-alerte@ars.sante.fr ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301.</p> <p>Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration existe.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - EFFECTIFS

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<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>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 AMP • [REDACTED] ETP ASH • [REDACTED] ETP animatrice • [REDACTED] ETP Agent de maintien. <p>Le personnel est en CDI.</p> <p>Remarque 4 : Le taux d'absentéisme des AS/AMP/AES/ASH est de 32% ; celui du turn-over est de 15%.</p>
---	--	---

2.2 - FORMATION

Plan de formation interne, externe au titre de la gouvernance	<p>HAS 2008 , p. 18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>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>La structure déclare l'existence de plan de formation interne et 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 ?		Selon la structure, la procédure décrivant les étapes du processus d'admission existe.
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	La structure déclare 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	La structure dispose d'une procédure du circuit du médicament. Elle n'appelle pas de remarques particulières.
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	La structure dispose d'un système de traçabilité de la prescription médicamenteuse. Elle dispose d'une convention avec une pharmacie [REDACTED]
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.	La structure précise disposer d'un protocole de prévention de 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	La structure déclare disposer d'une convention avec l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH). Remarque 5 : La stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux n'a pas été explicitée.
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_	Remarque 6 : Il n'existe pas de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.
De combien de procédures de bonnes pratiques professionnelles disposez-vous ? (médicaments , escarres, chutes,	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD – ANESM – Juin 2017 Guide HAS Diagnostic de la dénutrition	La structure déclare disposer de 86 procédures. Remarque 7 : En l'absence d'informations sur les procédures, la mission n'est pas en mesure de s'assurer de

incontinence, prise en charge de la douleur, soins palliatifs ...)	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'existence des procédures suivantes : risque infectieux, nutrition – malnutrition, escarre, chute, incontinence, 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 informe de l'existence d'un plan de formation aux bonnes pratiques professionnelles.

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 ?		La structure déclare disposer d'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.
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 ?		Il existe un dispositif de communication avec les familles. L'IDEC est l'interlocutrice privilégiée avec la famille du résident.
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR		
Avez-vous accès à des plateaux techniques (directement ou par convention) ?		La structure informe avoir accès aux plateaux techniques de l'hôpital et de la clinique. Remarque 8 : Les modalités d'accès aux plateaux techniques de l'hôpital et de la clinique n'ont pas été précisées.
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 déclare disposer de conventions avec les centres hospitaliers au jour dit.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare disposer de conventions avec les HAD au jour dit.

Fait à Montpellier, le 30 mars 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 « LO PORTANEL » (11120)

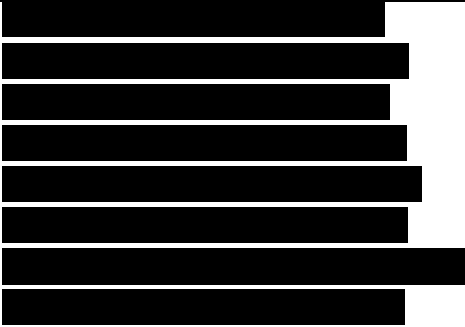

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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(6)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription-)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : Le directeur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.	D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur [1])	Prescription 1 : L'organisme gestionnaire doit engager le directeur actuel à suivre une formation pour obtenir la qualification requise par la réglementation en vigueur. L'organisme gestionnaire doit transmettre à l'ARS le justificatif de l'engagement de formation puis le diplôme obtenu – conformément aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.	2 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: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 92%;"></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: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 10%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 15%;"></div>	Levée de la prescription n°1 Article D312-176-7 stipule que « tout professionnel chargé de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux doit être titulaire d'une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation.».

[illegible]

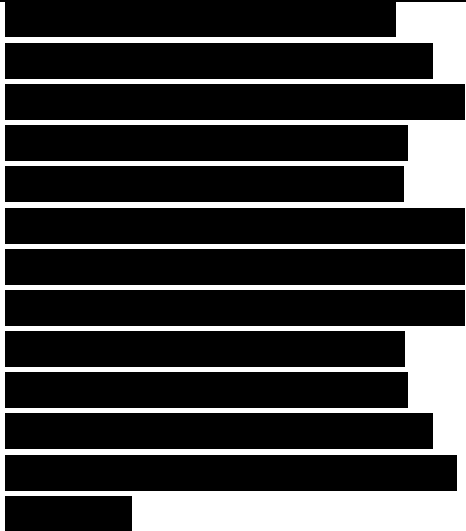
Ecart 2 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active.	L311-6 (CVS ou autres formes de participation) D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-15 –I CASF (compétences du CVS) Composition : D311-4 CASF (nombre et répartition des membres du CVS) D311-5-I CASF (membres minimum du CVS)		3 mois		Levée de la prescription n°2.
Ecart 3 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D.311-5-I du CASF.	L311-6 (CVS ou autres formes de participation) D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-15 –I CASF (compétences du CVS) Composition : D311-4 CASF (nombre et répartition des membres du CVS) D311-5-I CASF (membres minimum du CVS)	Prescription 3 : Mettre en conformité la composition du CVS selon D311-5-I CASF et transmettre la nouvelle composition à l'ARS.	3 mois		Levée de la prescription n°3.

Ecart 4 : 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.	D311-8 CASF – durée du mandat initialement de 1 à 3 ans est remplacée par une durée définie dans le règlement intérieur	Prescription 4 : Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF ; transmettre le calendrier de tenue des CVS pour 2023 à l'ARS.	Effet immédiat	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée de la prescription n°4.
Ecart 5 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 40 places contrevient à l'article D312-156 du CASF.	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	Prescription 5 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation Art. D. 312-156 CASF (à savoir 0.40 ETP) et transmettre l'attestation de conformité d'ETP médecin coordonnateur à l'ARS.	6 mois		Prescription n°5 maintenue. Délai : 6 mois
Ecart 6 : L'EHPAD déclare ne pas avoir engagé d'actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.	Articles D312-203 et R314-223 et art D312-158-10° CASF	Prescription 6 : Définir et mettre en œuvre des actions dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des services rendus aux usagers ; transmettre le plan d'actions à l'ARS.	6 mois		Prescription n°6 maintenue. Délai : 6 mois

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarque (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
Remarque 1 : Le calendrier des astreintes n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'organisation des permanences d'astreinte et la permettant la continuité de la fonction de direction.		Recommandation 1 : Mettre en œuvre un calendrier de la permanence de direction et le transmettre à l'ARS.	1 mois	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div>	Une note d'astreinte a été adressée. Elle indique les coordonnées du directeur et de la directrice adjointe. Le calendrier de la permanence de direction n'a pas été transmis. La recommandation n°1 est maintenue. Délai : 1 mois

Remarque 2 : L'établissement déclare de pas organiser la gestion des suites des évènements indésirables (notamment l'analyse) auprès des personnels concernés.		Recommandation 2 : Mettre en place des RETEX et les formaliser – suite à un EIG. Transmettre un justificatif à l'ARS.	6 mois	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div>	Levée de la recommandation n°2.
Remarque 3 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives dont les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance [...] font partie. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars31-alerte@ars.sante.fr ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016[3] Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)				

<p>Remarque 4 : Le taux d'absentéisme des AS/AMP/AES/ASH est de 32% ; celui du turn-over est de 15%.</p>	<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>Recommandation 4 : Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante Mener une réflexion sur une politique offensive de recrutement.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Levée partielle de la recommandation n°3. La structure est invitée à transmettre à l'ARS le taux d'absentéisme et de turn-over des AS/AMP/AES/ASH sur la période du 1^{er} janvier 2022 au 23 janvier 2023 ; le cas échéant, à prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante. Délais : Immédiat pour transmission des taux / 3 mois pour la stabilisation des équipes (sous réserve des taux)</p>
<p>Remarque 5 : La stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux n'a pas été explicitée.</p>	<p>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</p>	<p>Recommandation 5 : Transmettre la stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux conforme aux guide de bonnes pratiques.</p>	<p>6 mois</p>		<p>La recommandation n°5 maintenue. Délai : 6 mois</p>

Remarque 6 : Il n'existe pas de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	Recommandation 6 : Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques.	3 mois		La recommandation n°6 maintenue. Délai : 3 mois
Remarque 7 : En l'absence d'informations sur les procédures, la mission n'est pas en mesure de s'assurer de l'existence des procédures suivantes : risque infectieux, nutrition – malnutrition, escarre, chute, incontinence, gestion des situations d'urgence, soins palliatifs, prise en charge de la douleur, dépendance et contention physique et médicamenteuse.	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	Recommandation 7 : Transmettre la liste des procédures.	1 mois		Levée de la recommandation n°7.
Remarque 8 : Les modalités d'accès aux plateaux techniques de l'hôpital et de la clinique n'ont pas été précisées.		Recommandation 8 : La structure est invitée à préciser les modalités d'accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie avec l'hôpital et la clinique.	6 mois		La recommandation n°8 maintenue. Délai : 6 mois