

RAPPORT EHPAD L'OUSTAL (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 RESIDENCE OUSTAL

Adresse : 28 QUAI DE LORRAINE, 11100 - NARBONNE

N° FINESS Juridique : 110000395

N° FINESS Géographique : 110783057

Gestionnaire : SAS RESIDENCE OUSTAL

Tél. : 04,68,42,31,88

Mail direction : eau.vive.narbonne@wanadoo.fr

Équipe 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.....	7
1.3 - MEDCO et IDEC.....	9
1.4 - Qualité et GDR.....	10
II - RESSOURCES HUMAINES.....	12
2.1 - Effectifs.....	12
2.2 - Formation.....	12
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	13
3.1 - Projet général médico-soignant.....	13
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques.....	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé.....	18
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	19

INTRODUCTION

La Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités 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 RESIDENCE OUSTAL 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 12 mars 2024 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires.

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

La structure inspectée se présente comme suit :

Nom de l'EHPAD	RESIDENCE OUSTAL	
Statut juridique	SAS PRIVE A BUT LUCRATIF	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Avec PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
	HP 90	90
	HT	
	PASA	
	UHR	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : - validé le 21 mai 2019 PMP : - validé le 21 mai 2019	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	

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 mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente les différentes fonctions de l'EHPAD. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Ecart 1 : Le directeur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D.312-176-6 du CASF. La structure a transmis une convention tripartite pluriannuelle et un Extrait Kbis.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2023 est-il fixé ?		Remarque 1 : Au jour du contrôle, le calendrier des astreintes pour 2024 (Document n° 05) n'a pas été transmis.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	Le projet d'établissement a bien été transmis par la structure. La date du projet d'établissement en vigueur est 2019 et donc valide le jour du contrôle. Conformité.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement a bien été transmis par la structure. La date du règlement de fonctionnement en vigueur est 2020 et donc valide le jour du contrôle. Conformité.
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	Art. L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.

fonctionnement, contrat de séjour)	de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF	Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure.
Le contrat de séjour est-il signé ?	Signature : Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.
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 ? - Active ?	Art. D.312-158, 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	La structure déclare que la CCG n'est pas active en raison d'indisponibilités des intervenants extérieurs. Ecart 2 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF	Selon la structure le CVS n'est pas constitué. Un compte rendu pour l'année 2022 a été transmis. Ecart 3 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'est pas constitué, ce qui contrevient à l'article D 311-3 du CASF.

	Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF	
--	---	--

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	Un avenant au contrat de travail du médecin coordonnateur est daté et signé du [REDACTED]. Il est médecin traitant de deux résidents. 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 gérontologie 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	Ecart 5 : L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 90 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,60 médecin coordonnateur. Non conforme à l'article D312-156 du CASF.
IDEC : L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ?	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011	Remarque 2 : L'EHPAD ne dispose pas d'IDEC depuis [REDACTED] 2018.

<p>Contrat de travail et date du recrutement</p> <p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</p> <p>Qualification et diplôme de l'IDEC.</p>	<p>Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	
1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	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 ?		Remarque 3 : Au jour du contrôle, la structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<p>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</p> <p>Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement</p>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).

	dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	
--	--	--

<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p> <p>Depuis 2021, 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><u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>Ecart 6 : La structure déclare ne pas disposer d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD).</p> <p>La structure déclare deux signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>		<p>Remarque 4 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP</p> <p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit.</p> <p>Durant la période du 1er janvier 2023 jusqu'à la signature du courrier de l'ARS, la structure a déclaré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) vacant, et aucun Équivalents Temps Plein (ETP) vacants pour les postes d'Aide-Soignant (AS), Aide Éducatif et Social (AES), et Aide Médico-Psychologique (AMP). • Un taux d'absentéisme de 23% pour le personnel IDE, avec un taux de rotation (turn-over) de 14%. • Un taux d'absentéisme de 8,50% pour le personnel AS-AES-AMP, avec un taux de rotation de 1%. • 0,53 % de taux d'encadrement. <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p>
---	---	---

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<p>HAS, 2008, p.18 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>	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis.
---------------------------------------	--	--

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 Art. L.311-8 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF</p>	Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<p><u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF</p> <p><u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF</p>	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.

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)	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La procédure du circuit du médicament a été transmise.

La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 II du CSP	La structure dispose d'une PUI.
La structure organise t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).

dossier de liaison d'urgence (DLU) ?		
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007 Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a bien été transmise.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Remarque 5 : Au jour du contrôle, la procédure de prévention du risque iatrogénie (Document n°35) n'a pas été transmise.
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	Remarque 6 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Remarque 7 : 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 suivantes : - escarres et plaies chroniques - état bucco-dentaire - incontinence - troubles du sommeil

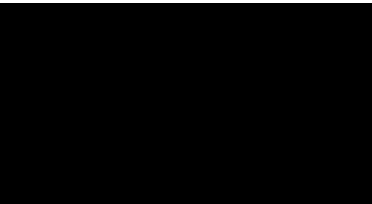
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et un PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3, 7° du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Conformité.

3.4 - Relations avec l'extérieur		
Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé-expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie par exemple)		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.
Avez-vous organisé		La structure déclare avoir organisé les accès aux LBM par convention avec [REDACTED]

les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		
---	--	--

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé une convention de partenariat avec L'Hôpital [REDACTED] pour l'organisation d'une filière en gériatrie.
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 déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour suivant : [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé une convention de partenariat avec [REDACTED] dans le cadre de son activité et sur les secteurs de la Gériatrie-Psychiatrie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) situé à la [REDACTED].

(EMSP) ?		
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED].



Fait à Toulouse, le 20 mars 2024

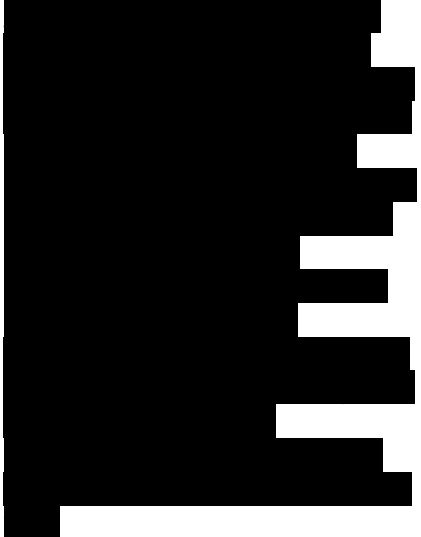

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD RESIDENCE OUSTAL situé à 11100 - NARBONNE

*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.*

Ecart (6)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : Le directeur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D.312-176-6 du CASF.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Prescription 1 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		Levée de la prescription 1 le diplôme transmis de l'attachée de direction est conforme.
Ecart 2 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	Art. D.312-158, 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	Prescription 2 : 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.	6 mois		Maintien réglementaire de la prescription 2 Délai : Effectivité 2024

	l'action sociale et des familles				
Ecart 3 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'est pas constitué, ce qui contrevient à l'article D 311-3 du CASF.	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF	Prescription 3 : Constituer le CVS conformément à l'article D 311-3 du CASF.	Trois mois		Maintien réglementaire de la prescription 3 Délai : Effectivité 2024 - 2025
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 gérontologie 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.	Diplôme : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Prescription 4 : Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le médecin coordonnateur soit titulaire d'un diplôme ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'article D.312-157 du CASF.	Effectivité 2024.		Levée de la prescription 4
Ecart 5 : L'établissement déclare Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED]	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 5 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024-2025		Levée de la prescription 5

ETP pour 90 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,60 médecin coordonnateur ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.					<p>La mission prend note de la situation concernant le temps de présence du médecin coordonnateur.</p> <p>Transmettre à l'ARS le document attestant la conformité de l'ETP de 0,60 dès sa disponibilité.</p>
Ecart 6 : La structure déclare ne pas disposer d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD).	Mention sans délai : Art. L.331-8-1 CASF	Prescription 6 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ». Transmettre le document actualisé à l'ARS.	Immédiat		<p>Levée de la prescription 6</p>

Remarques (7)	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	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : Au jour du contrôle, le calendrier des astreintes pour 2024 (Document n° 05) n'a pas été transmis.		Recommandation 1 : Bien vouloir transmettre le document n° 05 demandé.	Délai : Immédiat	[REDACTED]	Levée de la recommandation 1
Remarque 2 : L'EHPAD ne dispose pas d'IDEC.		Recommandation 2 : La direction est invitée à s'assurer d'un temps de présence d'IDEC. Transmettre à l'ARS une attestation de présence d'IDEC.	Délai : 6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 2 La mission prend note de l'augmentation du temps de présence de la pharmacienne et de la préparatrice.

Remarque 3 : Au jour du contrôle, la structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 3 : Mettre en place des RETEX suite à un EIG.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 3
Remarque 4 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.		Recommandation 4 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 4
Remarque 5 : Au jour du contrôle, la procédure de prévention du risque iatrogénie (Document n°35) n'a pas été transmise.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 5 : Bien vouloir transmettre la procédure de prévention du risque iatrogénie (Document n°35) demandée.	Immédiat	[REDACTED]	Levée de la recommandation 5
Remarque 6 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	Recommandation 6 : La structure est invitée à élaborer une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 6 Transmettre la procédure dès sa finalisation
Remarque 7 : 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 suivantes : - escarres et plaies chroniques - état bucco-dentaire - incontinence - troubles du sommeil	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 7 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la recommandation 7 Délai : Effectivité 2024