


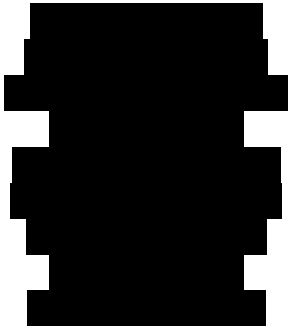

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle



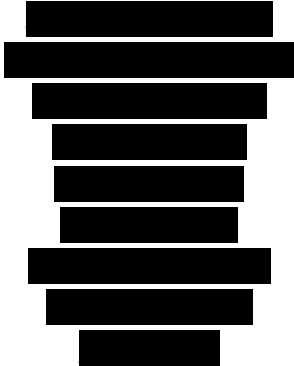
Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD MADELEINE DES GARETS situé à Trèbes (11)

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

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

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecart (9)	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 : Au jour du contrôle le projet d'établissement n'est pas valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF	Prescription 1 : Finaliser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	Effectivité 2024		Prescription 1 réglementairement maintenue Effectivité fin 2024/2025
Ecart 2 : La structure déclare que la Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	Art. D.312-158, 3° du CASF	Prescription 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		Prescription 2 levée
Ecart 3 : Le CVS a été constitué mais n'a pu être actif, ce qui contrevient à l'article D 311-3 du CASF.	Art D 311-3 du CASF.	Prescription 3 : Mettre en conformité une nouvelle composition du CVS suite au décès intervenu.	Effectivité 2024		Prescription 3 levée

Ecart 4 : Le jour du contrôle le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un des 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. Toutefois la mission prend note qu'il est bien engagé dans l'obtention d'un DU.	Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Prescription 4 : Transmettre à l'ARS le diplôme obtenu à l'issue de la formation.	Effectivité 2024		Prescription 4 maintenue jusqu'à transmission du diplôme obtenu. Effectivité 2024-2025
Ecart 5 : L'établissement déclare un équivalent temps plein du médecin Coordonnateur de  ETP pour 48 places autorisées contrevient à l'article D312-156 du CASF. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 5 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		Prescription 5 réglementairement maintenue Effectivité 2024-2025
Ecart 6 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet	Art. L.311-7 du CASF	Prescription 6 :	6 mois		Prescription 6 maintenue




d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Transmettre à l'ARS la démarche d'élaboration du PAP. S'assurer que chaque résident dispose d'un PAP dans les 6 mois suivant l'entrée à l'EHPAD.			Délai : Effectivité 2024
Ecart 7 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet de soins individuel (PSI), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 7 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet de soins individualisé.	6 mois		Prescription 7 maintenue Délai : Effectivité 2024
Ecart 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	Prescription 8 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour	6 mois		Prescription 8 maintenue Délai : Effectivité 2024

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (9)	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 : La structure déclare l'absence de formalisation des réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des 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	Recommandation 1 : La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS et à les formaliser conformément aux recommandations de l'ANESM.	Immédiat	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 80px; height: 15px;"></div>	Recommandation 1 levée
Remarque 2 : La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles.	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018	Remarque 2 : La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles.	6 mois	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 80px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="background-color: black; width: 40px; height: 15px;"></div>	Recommandation 2 maintenue Effectivité 2024
Remarque 3 : La structure ne précise pas le nombre d'AMP.	Art. D.312-155-0 du CASF	Recommandation 3 : Bien vouloir indiquer le nombre d'AMP.	Immédiat		Recommandation 3 maintenue

					Délai : Immédiat
Remarque 4 : 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 4 : Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Transmettre la procédure.	3 mois	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Recommandation 4 levée
Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 5 : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie.	6 mois	<div> <div></div> </div>	Recommandation 5 maintenue Délai : 6 mois
Remarque 6 : L'absence de réponse ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil,	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 6 : Bien vouloir répondre à la question posée	Immédiat	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Recommandation 6 maintenue jusqu'à transmission des procédures de bonnes pratiques demandées Effectivité fin 2024

Dépression, Ostéoporose et activité physique, Soins palliatifs/ fin de vie, Décès du patient.					
Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		Recommandation 7 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.	6 mois		Recommandation 7 levée
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de de l'imagerie.		Recommandation 8 : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie.	6 mois		Recommandation 8 levée
Remarque 9 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatrique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 9 : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gériatrique et avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.	Effectivité 2024		Recommandation 9 maintenue Effectivité 2024-2025

RAPPORT EHPAD LE CLOS DES VIGNES 11 - CONTROLE SUR PIECES

Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux sur les volets gouvernance et ressources humaines

(Articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Structure	Equipe du contrôle sur pièces
Dénomination : LE CLOS DES VIGNES TUCHAN	Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces
Adresse : 1 Rue Neuve, 11350 Tuchan	Nom du gestionnaire instructeur:
N° FINESS juridique : 110786324	<div></div>
N° FINESS géographique : 110005980	Nom de l'inspecteur :
Organisme gestionnaire : USSAP Union Sanitaire et Sociale Accompagnements et Préventions	<div></div>
Tél. : 06 45 12 18 07	
Mail direction : <div></div> @ussap.fr	

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
Direction.....	6
Fonctionnement institutionnel.....	7
Médecin coordonnateur et IDEC.....	10
Qualité et Gestion des risques.....	11
II - RESSOURCES HUMAINES.....	12
Procédure d'accueil du nouvel arrivant.....	12
Effectifs dans l'ensemble de la structure.....	13
Effectifs spécifiques à l'UVP.....	13
Plan de formation interne, externe.....	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 de la région au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant L'EHPAD le clos des vignes à Tuchan 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, les contrôleurs ont procédé à la vérification et à l'analyse de la gouvernance ainsi que de l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge 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 20 Janvier 2023, dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires.

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

La structure inspectée se présente comme suit :

Nom de l'EHPAD	LE CLOS DES VIGNES TUCHAN	
Statut juridique	Privé non lucratif	
Option tarifaire	Tarif Global	
EHPAD avec ou sans PUI	Avec Pui	
Capacité autorisée et installée	Autorisée : non communiqué	Installée : non communiqué
HP	35	35
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : non communiqué PMP : non communiqué	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	non communiqué	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
Direction		
Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement (lien hiérarchiques et fonctionnels)	D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée)	Le gestionnaire a transmis un organigramme qui décrit la structure des fonctions de L'EHPAD en termes de hiérarchie et de responsabilités. Remarque 1 : L'organigramme transmis n'indique pas la date à laquelle il a été établi. Remarque 2 : L'organigramme ne fait pas apparaître le médecin coordonnateur ni le/la psychologue.
Qualification et diplôme du directeur Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD		Le CV de la directrice signale qu'elle est titulaire d'un [REDACTED] Pour autant, aucun diplôme ou certification de niveau 1 n'a été transmis. Ecart 1 : Aucun diplôme ou certification de niveau 1 n'a été transmis pour la directrice.
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur [1]) L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	L'organisme gestionnaire a transmis une fiche de poste, signée le [REDACTED]. Or il s'agit de la fiche de poste du directeur opérationnel de l'USSAP et non pas la fiche de poste de la directrice de l'EHPAD Le clos des vignes. Cette dernière bénéficie d'un contrat de travail depuis le [REDACTED] précisant la fonction de direction au sein de l'EHPAD Durban – Tuchan, qui sont a priori les deux sites géographiques des établissements. Remarque 3 : Le gestionnaire n'a pas transmis de fiche de poste pour la directrice de l'établissement.

DUD : Document unique de délégation Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur) R123-23 du CASF (délégation du président du conseil d'administration) L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 D. 312-176-5 CASF (DUD)	L'organisme gestionnaire a transmis une délégation de pouvoir, de responsabilité et de signature (DUD). Le document est daté (7 septembre 2017) et signé par les deux parties. Le DUD prévoit la possibilité de subdélégation.
le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022		L'organisme gestionnaire a transmis un planning de permanence et d'astreinte pour le premier et le second semestre de l'année 2023, couvrant à la fois les jours de semaine et les week-ends.
Comité de direction		L'organisme gestionnaire a répondu en indiquant : - qu'il y a des réunions de CODIR au sein de l'USSAP - que le Directeur Opérationnel Parcours Personnes Handicapées USSAP assiste à ces réunions et organise des réunions trimestrielles avec les directeurs des établissements ESMS (EHPAD/MAS, etc.) pour transmettre les informations des CODIR USSAP. Remarque 4 : Il n'est signalé que des CODIR USSAP seulement (trimestriellement) et non pas au niveau de l'établissement.
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ? Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de institutionnelles ?		Le gestionnaire n'a pas fait état de réunions institutionnelles installées au sein de l'établissement (réunion de fonctionnement, réunion d'équipes...)
Fonctionnement institutionnel		
Le Projet d'établissement (PE)	L.311-8 du CASF (contenu PE-durée 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-155-3 alinéa 1°, CASF (MEDCO élabore projet de soins dans PE)	La structure a présenté un projet d'établissement pour la période allant de 2022 à 2027.
		Ecart 2 :

		<p>Le projet d'établissement ne signale pas la date de passage devant le CVS.</p> <p>Remarque 5 : Le gestionnaire a transmis avec le projet d'établissement un règlement de fonctionnement daté d'octobre 2022. Le document ne fait pas apparaître la date de passage devant le CVS</p>
<p>Dernier rapport de la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ? Cf. 26 Cf. compte-rendus de la commission gériatrique des 12 derniers mois</p>	<p>D312-158, 3° CASF [1] (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>Le gestionnaire a fourni un document identifié « Commission gériatrique TUCHAN 05 12 22 CVS 5/12/2022 ». Le document fait état d'informations relatives à la pharmacie et aux prescriptions, ainsi que sur le classement des médicaments les plus consommés dans l'établissement</p> <p>Ecart 3 : Le document identifié comme « Commission gériatrique EHPAD Tuchan » ne signale pas : <ul style="list-style-type: none"> - Les participants à cette commission - Les informations relatives à l'organisation de l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement - Qui préside la commission </p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?</p> <p>Composition du CVS</p>	<p>L311-6 (CVS ou autres formes de participation) D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions) D311-4 CASF (nombre et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur)</p>	<p>D'après les comptes rendus fournis, le conseil de vie sociale (CVS) de l'établissement s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2022 : le 31 mars 2022, le 14 septembre 2022 et le 05 décembre 2022.</p> <p>Le gestionnaire a transmis plusieurs documents dont des « fiches d'émargement formation interne » (Formateur USSAP) faisant apparaître en bas du document la mention « signature du formateur » avec la signature de la directrice et le tampon de l'USSAP.</p>
	D311-13 CASF (représentation des organisations syndicale)	Le compte rendu du CVS du 31/03/2022 n'identifie pas les

	<p>D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an) D. 311-3 à 32-1, CASF D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)</p>	<p>personnes présentes. Seules deux signatures apparaissent, celle de la directrice et celle d'une dame, a priori représentant des familles, sans que l'on sache si cette dernière est aussi présidente de cette instance. L'information concernant le nom de la présidente du CVS n'arrivera qu'avec la fiche d'émargement de formation interne de l'USSAP qui indique pour thématique « CVS exceptionnel PAIQ 2022 date 14/09/2022 » et qui est signée par la directrice sous la mention « Signature du formateur ».</p> <p>La fiche d'émargement du CVS du 05/12/2022, dont la trame est identique aux trames précédentes, identifie 5 professionnels dont 4 de l'établissement et ne fait apparaître aucun membre représentant des résidents et représentant des familles. Or le compte rendu du CVS du 05/12/2022 signale 3 représentants des résidents et 1 représentante du personnel.</p> <p>Le CVS du 05/12/2022 semble avoir été aussi le moment de la commission gériatrique. Or s'il s'agit de la CCG prévue réglementairement (D312-158 CASF), elle ne peut être présidée que par le médecin coordonnateur.</p> <p>Ecart 4 : Les documents transmis, laconiques et peu clairs, ne permettent pas d'identifier les débats et échanges qui doivent animer un CVS.</p> <p>Ecart 5 : Si la commission de coordination gériatrique peut faire une restitution au CVS à titre d'information, le CVS ne peut pas être le lieu durant lequel se tient la commission de coordination gériatrique elle-même et qui doit donc se distinguer de cette instance. La commission de</p>

		<p>coordination gériatrique doit être réglementairement présidée par le médecin coordonnateur de l'établissement.</p> <p>Remarque 6 : Les feuilles d'émargement des CVS reprennent le format identique aux feuilles d'émargement des formations internes, ce qui peut engendrer des confusions ou des interprétations.</p>
--	--	--

Médecin coordonnateur et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDCO	D. 312-157[3] (diplôme MEDCO) HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005 D312-158 du CASF D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO) HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p>Le gestionnaire signale qu'il n'y a plus de médecin coordonnateur au sein de l'établissement depuis septembre 2022.</p> <p>Ecart 6 : L'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur.</p>
Date dernier RAMA établi ? Cf. 26	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	L'organisme gestionnaire a transmis le rapport d'activité médicale de l'année d'exercice 2021.
IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? Qualification Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEC	D. 312-155-0, II du CASF à vérifier HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011[5] Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP	<p>L'infirmière coordinatrice travaille conjointement pour les deux EHPAD "Costes Durban" et "Le Clos des Vignes" gérés par l'Union Sanitaire et Sociale d'Accompagnements et de Préventions (USSAP).</p> <p>L'IDEC est nommée [REDACTED] [REDACTED] Elle est en [REDACTED].</p> <p>Selon le questionnaire gouvernance, l'organisme gestionnaire a signalé que l'IDEC bénéficiera d'une formation sur les CPAS en mars 2023.</p>
Qualité et Gestion des risques		
		Le gestionnaire a remis un plan global permettant d'identifier l'existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité

Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité	Articles D312-203, L331-8-1 et art D312-158-10° CASF	<p>pour la période de 2022 à 2027, ainsi qu'un plan de gestion de crise (Plan Bleu). Il a également fourni un manuel d'auto-évaluation pour maîtriser les risques infectieux.</p> <p>Un rapport faisant état des actions d'accompagnement des employés dans leurs pratiques pour l'année 2022 a été transmis par l'EHPAD Le Clos des Vignes.</p>
<p>Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives Cf. 33</p> <p>Cf. Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ?</p> <p>Cf. 30</p> <p>Cf. 31</p> <p>Cf. Récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?</p>	<p>L331-8-1 CASF</p> <p>R331-8 & 9 CASF</p> <p>Arrêté du 28/12/2016</p> <p>Articles R. 1413-59</p> <p>R. 1413-79 du CSP (EIGS)</p>	<p>Une procédure de déclaration des événements indésirables datée du 11 janvier 2023, a été transmise par la structure.</p> <p>Les références réglementaires identifiées dans la procédure ne font pas apparaître l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p>La procédure signale que pour les EIG, la déclaration de l'événement est faite aux autorités <i>si nécessaire</i> et en fonction de la décision du directeur qualité-gestion et validation du directeur général, c'est-à-dire en septième étape.</p> <p>Ecart 7 : La procédure transmise ne précise pas que le signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités doit être fait sans délai et ce conformément à la réglementation.</p> <p>La structure indique n'avoir déclaré aucun dysfonctionnement grave depuis 2020, auprès de l'agence régionale de santé et du Conseil départemental au titre de l'art. L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.</p>
II - RESSOURCES HUMAINES		

<p>Procédure d'accueil du nouvel arrivant</p>	<p>HAS 2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance HAS 2008, p19 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>Il existe une procédure d'accueil des nouveaux employés. Elle date de 2019.</p> <p>Aussi, pour sécuriser l'intervention des personnels nouveaux arrivants, l'organisme gestionnaire déclare disposer d'un livret d'accueil complet et la mise en place d'un compagnonnage par un pair.</p>
---	---	---

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<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 L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant</p>	<p>L'organigramme transmis ne permet pas d'identifier le médecin coordonnateur ni le/ la psychologue.</p> <p>Ecart 8 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'équipe pluridisciplinaire n'est pas réglementairement constituée.</p> <p>Le nombre de personnes recrutées en [REDACTED] est de [REDACTED] réparties comme suit : [REDACTED] IDE, [REDACTED] AS-AMP et [REDACTED] faisant fonction d'aide soignants, pour un total de jour travaillés de 321.</p> <p>A la lecture des informations transmises par le gestionnaire, il ressort que l'EHPAD dispose de [REDACTED] équivalent temps plein d'IDEC, [REDACTED] ETP d'aides-soignants (dont [REDACTED] ETP présent la nuit), ainsi que [REDACTED] ETP d'agents de soins. De plus, le taux de turn-over des personnels infirmiers diplômés d'État (IDE) sur la période du 1er janvier 2022 au 13 janvier 2023 est de 58%.</p> <p>Le taux d'absentéisme des aides-soignantes, aides médico-psychologiques sur la période allant du 1er janvier 2022 jusqu'au 12 janvier 2023 est de 24%.</p> <p>Les documents transmis permettent d'identifier [REDACTED] salariés faisant fonction d'AS.</p> <p>Ecart 9 : [REDACTED] salariés(e) ont un statut de « faisant fonction AS », inconnu réglementairement.</p>
Effectifs spécifiques à l'UVP	<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>La structure ne dispose pas d'unité de vie protégée.</p>
	HAS 2008, p18 du Mission du	<p>Le gestionnaire a transmis un « plan de développement des</p>

Plan de formation interne, externe	<p>responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p21 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>compétences » faisant apparaître les plans des formations réalisées 2019 à 2022.</p> <p>Le plan prévisionnel 2023 n'a pas été transmis.</p> <p>Remarque 7 : Les plans des formations réalisées 2019 à 2022, ne signalent pas de formations spécifiquement dédiées à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.</p>
------------------------------------	---	--

Fait à Toulouse, le 02 mars 2023

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Signé



RAPPORT EHPAD « MADELEINE DES GARETS »

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 : MADELEINE DES GARETS

Adresse : avenue pierre Curie - 11800 Trèbes

N° FINESS Juridique : 110000239

N° FINESS Géographique : 110780764

Gestionnaire : EHPAD Madeleine-des-Garets

Tél. : 04 68 78 64 96

Mail direction et/ou directeur : madeleinedesgarets@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.....	15
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé.....	17
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	18

INTRODUCTION

La Ministre des solidarités et des familles a lancé un plan national de contrôle spécifique aux EHPAD. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD occitans au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD MADELEINE DES GARETS 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 octobre 2023 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (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	MADELEINE DES GARETS	
Statut juridique	Établissement social et médico-social communal	
Option tarifaire	TARIF PARTIEL	
EHPAD avec ou sans PUI	EHPAD sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
	HP 48	48
	HT 2	2
	PASA 0	0
	UHR 0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■ _ validé en mars 2018 PMP : ■ _ validé en mars 2018	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	50	50

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 entre les différentes catégories professionnelles de l'EHPAD.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	L'arrêté de nomination du directeur est daté et signé du 4 mai 2021. Le directeur exerce des fonctions de direction sur 2 autres établissements : - CH Carcassonne - EHPAD Rieux-Minervois
Le calendrier des astreintes pour l'année 2023 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel

Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2013-2018. Ecart 1 : Au jour du contrôle le projet d'établissement n'est pas valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de 2023. Conformité à la réglementation. -
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 Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Le contrat de séjour est-il signé ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure. 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	Art. D.312-158, 3° du CASF	Ecart 2 : La structure déclare que la Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.

des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle : - Constituée ? - Active ?	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	
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 <u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF <u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF	La structure a transmis le résultat des élections du 14 novembre 2022 et le compte-rendu signé de la réunion de CVS du 22 novembre 2022. Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. La structure informe que pour 2023 des élections doivent avoir lieu suite au décès d'une résidente représentante des usagers et précise qu'aucun représentant des familles élu ne souhaite être Président du CVS. Ecart 3 : Le CVS a été constitué mais n'a pu être actif, ce qui contrevient à l'article D 311-3 du CASF.

1.3 - MEDCO et IDEC

<p>Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p> <p>Contrat de travail du MEDEC</p>	<p><u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p> <p><u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Le contrat de travail du MEDCO est daté et signé du 2 juillet 2023.</p> <p>La structure informe que la formation du MDECO est en cours à la faculté de médecine de Toulouse pour l'obtention du [REDACTED] session 2023 – 2024.</p> <p>Ecart 4 : Le jour du contrôle, le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un des 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. Toutefois la mission prend note qu'il est bien engagé dans l'obtention d'un DU.</p>
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	<p>Ecart 4 : L'établissement déclare un équivalent temps plein du médecin Coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 48 places autorisées contrevient à l'article D312-156 du CASF. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur.</p>
<p>IDEC :</p> <p>L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ? 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 ? Qualification et diplôme de l'IDEC.</p>	<p>Art. D.312-155-0, II du CASF</p> <p>HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Le contrat de travail de l'IDEC est daté et signé du 1 juillet 2023.</p> <p>L'IDEC est titulaire du Diplôme de [REDACTED] délivré le 27 juin 2014.</p>

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare disposer d'une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles.
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	Remarque 1 : La structure déclare l'absence de formalisation des réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.
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 ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018	Remarque 2 : La structure déclare ne pas mettre en place d'actions de formation professionnelles.

<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</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>Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Elle porte bien la mention « sans délai ».</p> <p>La structure mentionne : 0 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>		<p>La structure déclare l'existence d'un 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. Aucun salarié n'a de statut de « faisant fonction AS ».</p> <p>Composition : 1 MEDEC _ 1 IDEC _ █ IDE _ █ AS _ 0 AMP</p> <p>Remarque 3 : La structure ne précise pas le nombre d'AMP.</p> <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis. Sur la période du 01 janvier 2022 au jour dit, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 ETP vacant d'IDE et 0 ETP vacant d'AS-AES-AMP. - Pour les personnels IDE : 1,8 % de taux d'absentéisme et 0 % de taux de turn-over. - Pour les personnels AS-AES-AMP : 6,60 % de taux d'absentéisme et 0 % de taux de turn-over.
---	---	---

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>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.</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>	Le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<p>Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF</p>	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour signée pour chaque résident.
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)	<p>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</p>	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.

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	Remarque 4 : La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire par réunions internes entre équipes pour transmissions tous les après-midi.
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 la pharmacie d'officine [REDACTED].
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 avec le logiciel [REDACTED].
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 par site internet, mail, accueil et affichage.

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	Les 20 procédures de prévention et de gestion du risque infectieux dont dispose la structure ont été transmises.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La structure a transmis les 3 procédures formalisées d'accès aux soins non programmés et urgents H24 dont elle dispose. Selon la structure, chaque résident dispose d'un 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 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise.
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 6 : L'absence de réponse ne permet pas à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil, Dépression, Ostéoporose et activité physique, Soins palliatifs/ fin de vie, Décès du patient.

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	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	Ecart 7 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet de soins individuel (PSI), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa
Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie.

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 télé médecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie par exemple) 		<p>Remarque 7 :</p> <p>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>La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux LBM.</p> <p>Remarque 8 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de de l'imagerie.</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?</p>		<p>Remarque 9 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatrique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?</p>	<p>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)</p>	<p>Ecart 8 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec le service de psychiatrie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de la .
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD .

Fait le 13/12/2023

Signé