

RAPPORT EHPAD VALLEE DU LAUQUET (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	Equipe du contrôle sur pièces
Dénomination : EHPAD VALLEE DU LAUQUET Adresse : CHE DU PLO 11250 ST HILAIRE N° FINESS géographique : 110789443 N° FINESS juridique : 110780707 Gestionnaire : CH Limoux Quillan Tél. : 04 68 69 48 10 / 04 62 74 67 02 Mail direction et/ou directeur : [REDACTED] [REDACTED]	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED] [REDACTED] Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

I - GOUVERNANCE.....	6
1.1 - DIRECTION.....	6
1.2 – FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL.....	6
1.3 - MEDCO & IDEC.....	8
1.4 - QUALITE ET GDR.....	9
II - RESSOURCES HUMAINES.....	10
2.1 - EFFECTIFS.....	10
2.2 - FORMATION.....	10
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	11
3.1 - PROJET GENERAL ET MEDICO-SOIGNANT.....	11
3.2 - PROCEDURE DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES GERIATRIQUES.....	12
3.3 - PROJET ACCOMPAGNEMENT 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 VALLEE DU LAUQUE 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 22 février 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 VALLEE DU LAUQUET	
Statut juridique	PUBLIC	
Option tarifaire	PARTIEL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	52	52
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	48	

NB : Après l'inondation sur le site de l'EHPAD de la VALLEE DU LAUQUET, en 2018, les 48 lits installés ont été relocalisés sur 4 sites :

- 22 places - EHPAD Chénier de Limoux
- 14 places - EHPAD Madeleine Bres
- 6 places - Services médecine à Limoux
- 6 places – Service médecine/SSR sur Quillan 6 places HP.

Le Projet de reconstruction sur Saint Hilaire est en cours.

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 est celui de centre hospitalier de Limoux Quillan. Remarque 1 : L'organigramme transmis ne donne aucune information sur l'organisation du personnel de l'EHPAD « la Vallées du Lauquet ».
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 de l'EHPAD la Vallée du Lauquet exerce aussi des fonctions de direction au niveau de l'Ehpad Gaudissart Esperaza. Il a pris ses fonctions en 2018. Remarque 2: L'arrêté de nomination du directeur n'a pas été transmis.
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	La structure ne transmet pas de document de délégation.
Astreintes : Le calendrier du 1 ^{er} semestre 2022 est-il fixé ?		La structure dispose d'un calendrier des astreintes de l'année 2021 à 2023 avec six personnels permanents. La permanence de la direction est bien organisée.
1.2 - FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL		
Projet d'établissement valide	<u>Validité :</u> Art. L.311-8 du CASF	La structure déclare une date d'échéance du projet d'établissement à 2022. Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R 311- 33 du CASF	La structure déclare un règlement de fonctionnement daté de 2014. Ecart 2: En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.

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	La structure déclare qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes. Par ailleurs, la structure a remis à la mission un livret nouvel arrivant à destination des professionnels. Cela ne permet pas à la mission de s'assurer qu'un livret d'accueil est bien remis à chaque nouveau résident.
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	La structure déclare que la commission de coordination gériatrique (CCG) est constituée et active. La structure a remis à la mission deux CR de la CCG. Ils sont datés du février et juillet 2020. Cela ne permet à la mission de s'assurer que la CCG s'est bien réunie en 2021 et 2022 et donc qu'elle est active. Ecart 3: En ne réunissant pas à minima une fois par an, la commission de coordination gériatrique, la structure contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS.</p> <p>Est-il opérationnel ?</p> <p>(Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation)</p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023</p> <p><u>Formes de participation :</u></p> <p>Art. L311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences :</u></p> <p>Art. D. 311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Art D311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition :</u></p> <p>Art. D311-4 du CASF</p> <p>Art. D311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u></p> <p>Art. D311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u></p> <p>Art. D311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u></p> <p>Art. D311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u></p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Le CVS est constitué. Il est mutualisé avec trois autres EHPAD du CH Limoux Quillan. Il ressort des CR des CVS, une sous-représentation des représentants des usagers (résidents et familles).</p> <p>Ecart 4 :</p> <p>La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-5.-I du CASF.</p> <p>Au vu des éléments transmis par la structure, à savoir deux CR pour l'année 2021 et un pour 2022, la mission ne peut confirmer que le CVS se réunit au moins 3 fois par an.</p> <p>Ecart 5 :</p> <p>En ne réunissant pas le CVS au moins 3 fois par an sur convocation du Président, la structure contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.</p> <p>Deux des trois CR des CVS transmis à la mission sont signés.</p> <p>Ecart 6 :</p> <p>Les CR des CVS ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.</p>
--	--	---

1.3 - MEDCO & IDEC

<p>Qualifications et diplôme du MEDCO (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p> <p>Contrat de travail du MEDCO</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 MEDEC dispose de la qualification requise et du diplôme requis.</p> <p>Le contrat de travail du MEDEC n'a pas été transmis.</p> <p>Ecart 7 : En l'absence de contrat de travail pour le médecin coordonnateur de l'EHPAD, la structure n'est pas en conformité à D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO).</p>
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	<p>Ecart 8 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour une capacité autorisée de 52 places ne lui permet pas d'assurer ses missions et contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
<p>IDEC</p> <p>Contrat de travail et date du recrutement</p>	<p>Art. D.312-155-0, II du CASF</p> <p>HAS, 2011</p> <p>Art. R.4311-118 du CSP</p> <p>Art. R.4311-319 du CSP</p>	La structure informe que la fonction d'IDEC est assurée par les cadres de santé sur les secteurs sanitaires et par une IDEC et les cadres de santé dans les EHPAD accueillant les lits délocalisés.
<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>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	La structure déclare que l'IDEC et les cadres de santé ont bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder au poste d'IDEC.

1.4 - QUALITE ET GDR		
Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité : L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?	Art. D312-203 du CASF Art. R314-223 du CASF Art. D312-158-10° CASF	La structure déclare s'être engagée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle déclare aussi réaliser des RETEX qualité.
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 ? Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?	Art. L331-8-1 du CASF Art. R331-8 & 9 du CASF Arrêté du 28/12/2016 Art. R. 1413-59 du CSP Art. R. 1413-79 du CSP <u>(EIGS)</u>	Depuis 2020, la structure déclare 0 signalement de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui. 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. La structure dispose de plan de formation du personnel à la déclaration.

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - EFFECTIFS

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe:</u> Art. D.312-155-0 du CASF <u>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP :</u> Art. R.4311-4 du CSP <u>Qualité et sécurité de la PEC:</u> Art. L311-3 du CASF	Le tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe est pluridisciplinaire répartie sur les 4 sites. Ecart 9 : La structure fait état de ■■■ ETP de ASH « faisant fonction AS », inconnu réglementairement.
---	--	---

2.2 - FORMATION

Plan de formation interne, externe au titre de la gouvernance	HAS 2008 , p. 18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention HAS 2008, p. 21 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance	La structure déclare disposer de plan de formation interne et externe au titre de la gouvernance.
---	---	---

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 ?		La structure déclare l'existence d'une procédure une procédure décrivant les étapes du processus d'admission.
Existe-t-il un volet médical dans le projet d'établissement décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D311-38 du CASF <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art D312-155-3 alinéa 1° du CASF	La structure déclare l'existence d'une procédure une procédure décrivant les étapes du processus d'admission.

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 déclare disposer de deux procédures de sécurisation du circuit du médicament : - Double contrôle lors de l'administration de médicaments à risque - Prescription médicale informatisée qui alimente le logiciel métier IDE de traçabilité de l'administration des médicaments.
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 informe de l'existence d'un système de traçabilité de la prescription médicamenteuse. Elle précise que « la prescription médicale est informatisée, qu'elle alimente le logiciel métier IDE de traçabilité de l'administration des médicaments ». La structure déclare ne pas disposer de PUI. Elle bénéficie du service support de la pharmacie du CH Limoux Quillan.
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 déclare disposer d'une procédure relative à l'alerte des professionnels en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont l'iatrogénie.
Quelle est la stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La structure déclare disposer d'une équipe qualité, gestion risque, équipe opérationnelle hygiène (EOH). Remarque 4 : La stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ne mentionne pas la gestion des déchets d'activités de soins (DASRI).
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end	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.

et jours fériés ?		
De combien de procédures de bonnes pratiques professionnelles disposez-vous ? (médicaments , escarres, chutes, incontinence, prise en charge de la douleur, soins palliatifs ...)	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD – ANESM – Juin 2017 Guide HAS Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus – Novembre 2021 <u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF	La structure déclare disposer de 54 procédures de bonnes pratiques professionnelles. Elles sont listées dans la note « Stratégie relative à la situation et aux enjeux du CH Limoux Quillan 2022-2026 ». Les éléments transmis n'appellent pas de commentaire particulier.
Existe-t-il un programme dédié à la prévention bucco-dentaire ?		La structure déclare disposer d'un programme dédié à la prévention bucco-dentaire.
Existe-t-il un plan de formation aux bonnes pratiques professionnelles ?	Qualité de vie en EHPAD – mars 2018	La structure déclare disposer de 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 ?		La structure déclare que les familles ou représentant légal sont informés par le médecin pour les événements médicaux et le cadre de santé ou IDE pour les événements de la vie quotidienne.
3.4 - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR		
Avez-vous accès à des plateaux techniques (directement ou par convention) ?		La structure déclare disposer de conventions avec le CH Limoux-Quillan. Elle précise bénéficier d'une convention d'accès priorisé au service d'imagerie médicale.
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 le centre hospitalier Limoux –Quillan.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Remarque 5 : La structure déclare ne pas avoir établi de relation formalisée avec les HAD.

Fait à Montpellier, le 14 avril 2023,

[Signature]

[Signature]

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 « VALLEE DU LAUQUET » ST HILAIRE (11)

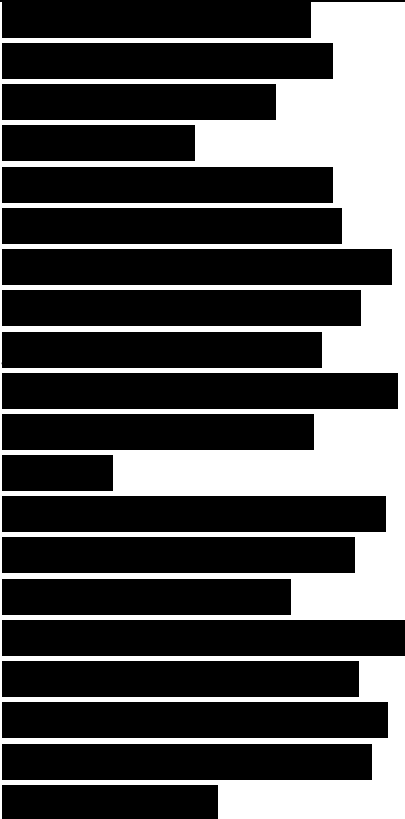
*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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

Ecart(9)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Validité : Art. L.311-8 du CASF	Prescription 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la prescription n°1 Délai : 6 mois
Ecart 2 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement	Art. R 311- 33 du CASF	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la prescription n°2

contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.					
Ecart 3 : En ne réunissant pas à minima une fois par an, la commission de coordination gériatrique, la structure contrevient aux dispositions de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.	<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	Prescription 3 : Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement – Transmettre la date de la prochaine CCG à l'ARS.	1 mois		Levée de la prescription n°3
Ecart 4 : La composition du CVS n'est pas conforme à l'article D. 311-5-I du CASF.	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	Prescription 4 : Mettre en conformité la composition du CVS selon D311-5-I CASF.	3 mois		Maintien de la prescription n°4 Délai : 3 mois

	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</u> <u>syndicales :</u> Art. D311-13 du CASF <u>Durée du</u> <u>mandat :</u> Art. D311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des</u> <u>CR des séances</u> <u>CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF				
--	--	--	--	--	--

Ecart 5 : En ne réunissant pas le CVS au moins 3 fois par an sur convocation du Président, la structure contrevient aux dispositions de l'article D311-16 du CASF.		Prescription 5 : 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.	A effet immédiat	<div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div>	Levée de la prescription n°5
Ecart 6 : Les CR des CVS ne sont pas systématiquement signés par le président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D. 311-20 du CASF.		Prescription 6 : Veiller à faire signer les prochains CR des CVS au Président du CVS. Les transmettre à l'ARS.	A échéance 2023	<div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div>	Levée de la prescription n°6

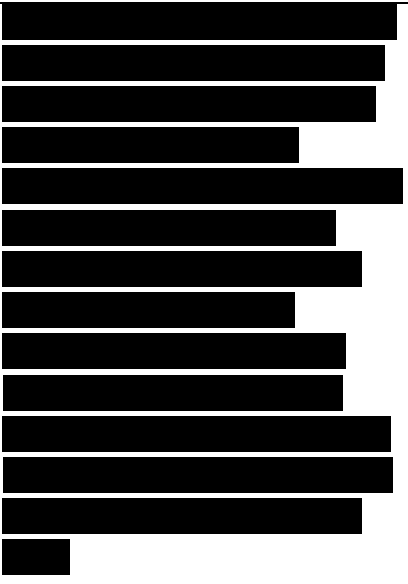

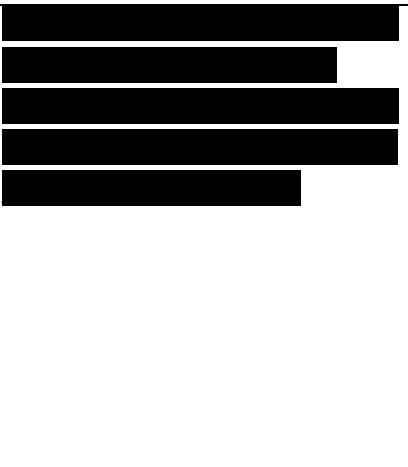


Ecart 7 : En l'absence de contrat de travail pour le médecin coordonnateur de l'EHPAD , la structure n'est pas en conformité à D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO).	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 <u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Prescription 7 : Le médecin coordonnateur doit disposer d'un contrat de travail, conformément à l'article 312-159-1 du CASF. Transmettre à l'ARS le contrat de travail du MEDEC.	1 mois		Levée de la prescription n°7
Ecart 8 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur de  ETP pour une capacité autorisée de 52 places contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 8 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation Art. D. 312-156 CASF(0.40 ETP pour une capacité autorisée de 52 places) et transmettre attestation de conformité à l'ARS.	6 mois		Levée de la prescription n°8

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (5)	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 : L'organigramme transmis ne donne aucune information sur l'organisation du personnel de l'EHPAD « la Vallées du Lauquet ».	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L. 312-1, II, alinéa 4 du CASF	Recommandation 1 : Elaborer un organigramme de l'EHPAD la Vallée du Lauquet. Il devra mentionner les liens hiérarchiques et fonctionnels et toutes les catégories de personnel, Le transmettre à l'ARS.	6 mois après reconstruction du Site.	[REDACTED]	Maintien de la recommandation n°1 Délai : 6 mois après reconstruction du Site.
Remarque 2 : L'arrêté de nomination du directeur n'a pas été transmis.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF <u>EHPAD publics :</u>	Recommandation 2 : L'organisme gestionnaire est invité à transmettre l'arrêté nomination du Directeur à l'ARS.	immédiat	[REDACTED]	Levée de la recommandation n°2

	Art. D.312-176-10 du CASF				
Remarque 3 : Il est rappelé à la structure l'obligation de signalement - sans délai - des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives 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.	Art. L331-8-1 du CASF Art. R331-8 & 9 du CASF Arrêté du 28/12/2016 Art. R. 1413-59 du CSP Art. R. 1413-79 du CSP (<u>EIGS</u>)			<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>	L'adresse sur la procédure transmis n'est pas valide. Rappel : L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr ; le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie est le : 0800 301 301. la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG transmise devra intégrer la notion « <u>sans délai</u> ».

Remarque 4 : La stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux ne mentionne pas la gestion des déchets d'activités de soins (DASRI).	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	Recommandation 4 : Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux de la gestion des déchets d'activités de soins (DASRI).	6 mois		Levée de la recommandation n°4
Remarque 5 : La structure déclare ne pas avoir établi de relation formalisée avec les HAD.		Recommandation 5 : Etablir une convention avec une HAD et la transmettre à l'ARS.	1 mois		L'établissement étant rattaché à la filière gériatrique du Centre hospitalier Limoux-Quillan, la recommandation n°5 est levée.