

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD LE BATAILLE CCAS

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
<p>Nom de l'EHPAD : Résidence Bataillé</p> <p>Adresse : 14 chemin du Bataillé</p> <p>Numéro FINESS juridique : 460784531</p> <p>Numéro FINESS géographique : 460004989</p> <p>Nom de l'organisme gestionnaire : CCAS de Figeac</p> <p>N° de téléphone : 05/65/34/54/15</p> <p>Mail direction et/ou directeur(trice) : direction@residencebataille.fr</p>	<p>Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces</p> <p>Nom du gestionnaire instructeur : TISSERAND FREDERIC</p> <p>Nom de l'Inspectrice : Marie-Line PUJAZON</p>

AVERTISSEMENT

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie.ars.sante.fr  

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 discréetion 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 et IDEC	8
1.4 - Qualité et GDR	10
II - RESSOURCES HUMAINES	11
2.1 - Effectifs	11
2.2 - Formation	13
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	17
3.4 - Relations avec l'extérieur	18

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 LE BATAILLE 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 19/02/2024 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (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	LE BATAILLE	
Statut juridique	CCAS DE FIGEAC	
Option tarifaire	PUBLIC	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	41	41
HT	1	1
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)	GMP : 760	Validé le : 2018
Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	PMP : 248	Validé le : 2018
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	42	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement		L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 01/2023, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Pas d'observations.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	<u>EHPAD privé :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF <u>EHPAD public :</u> Art. D.312-176-10 du CASF	La structure dispose d'une directrice, de grade « attaché territorial » Grade A. Conformité. Elle exerce également des fonctions de direction au niveau d'une autre structure : Résidence Autonomie-EHPA (fonctionnement entièrement mutualisé).
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature	<u>EHPAD Privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	Le Document Unique de délégation transmis est daté et signé du 12/04/2024. Conformité.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 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	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	« Crise sanitaire suivie de crise RH, suivie de CMater directrice suivi de CLM IDEC. Projet de modification de l'activité de la RA jumelée à l'EHPAD en cours. Le projet d'établissement sera revu à l'issue de la prise de décision. »

ARS Occitanie

EHPAD LE BATAILLE – Contrôle sur pièces du 19/02/2024

Dossier MS_2024_46_CP_01

		<p>Le projet d'établissement transmis par la structure couvre la période 2014-2019.</p> <p>Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	<p>Le règlement de fonctionnement transmis par la structure a été actualisé en Conseil d'Administration le 29 Janvier 2018.</p> <p>Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.</p>
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)	<p>Art. L311-4 du CASF</p> <p><u>Recommandation ANESM :</u> concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</p>	<p>La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Est-il signé ?	<p><u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF</p> <p><u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF</p>	<p>Le modèle de contrat de séjour transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.</p> <p>Conformité.</p>

<p>La Commission de Coordination Gériatrique (CCG) chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?</p>	<p><u>MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an :</u> Art. D.312-158, 3° du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Ecart 3 : La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ni active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.</p> <p>Est-il opérationnel ?</p>	<p><u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3 du CASF</p> <p><u>Composition et fonctionnement :</u> Art. D.311-4 à 20 CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF</p> <p><u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF</p> <p><u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26 du CASF</p> <p><u>Péodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF</p> <p><u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>« Appel à candidature en cours. Le dernier appel à candidature en 2019 n'a donné lieu à aucune candidature. »</p> <p>Ecart 4 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'est pas constitué ni actif, ce qui contrevient à l'article D 311-3 du CASF.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC		
<p>Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de</p>	<p><u>Diplôme :</u></p>	

<p>gériatrie)</p> <p>Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)</p>	<p>Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p> <p><u>Contrat du MEDCO</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Le contrat de travail du MEDCO est daté et signé du 01/04/2017 à 0,30 ETP (10,50h/hebdomadaire).</p> <p>Il est titulaire d'un diplôme universitaire « SOINS PALLIATIFS ET D'ACCOMPAGNEMENT » délivré par l'université de Toulouse le 15 OCTOBRE 2012.</p> <p>Conformité.</p> <p>Le médecin coordonnateur est aussi médecin traitant de 15 résidents.</p> <p>« Les temps sont théoriquement dissociés, mais le MEDEC est souvent amené à compenser l'absence des autres médecins traitants. Le temps de MEDEC accordé aux soins correspond donc non pas aux interventions du MEDEC en tant que MT de ses propres patients, mais en tant que collègue palliant à l'absence des autres MT. »</p>
<p>ETP MEDCO</p>	<p>Art. D.312-156 du CASF</p>	<p>Le contrat stipule un temps de médecin coordonnateur de 0,30 ETP (10.50h / hebdomadaire).</p> <p>Ecart 5 : La réglementation prévoit pour la capacité de 41 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement dispose de 0,30 ETP, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
<p>IDEC : Contrat et date du recrutement</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>La structure dispose d'une IDEC. Son arrêté de nomination est daté et signé de 2013.</p> <p>Remarque 2 :</p>

L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?		<p>La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.</p> <p>« Prise de poste au début de la crise sanitaire, puis crise RH majeure en 2021, puis CM de la directrice en 2022, puis absence de l'IDEC de fin Septembre 2022 à fin Septembre 2023, puis reprise en TPTH. »</p>
---	--	--

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, évènements indésirables associés aux soins EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	<p>La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.</p> <p>« Réunions pluridisciplinaires tous les Jeudi pour traiter du fonctionnement et des prises en charge complexe. »</p>
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		<p>Remarque 3 :</p> <p>La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p>
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 dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008</p>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.

	Art. L.312-8 du CASF	
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ? 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 ?	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 du CASF	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 ». Conformité.
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		« Priorité donnée à d'autres formations. » Remarque 4 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		Remarque 5 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée.

	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <table> <tbody> <tr><td>ASH</td><td>12,27</td></tr> <tr><td>AS</td><td>11,00</td></tr> <tr><td>AS NUIT RA</td><td>1,00</td></tr> <tr><td>SERVICES GENERAUX</td><td>4,07</td></tr> <tr><td>ADMINISTRATION</td><td>3,00</td></tr> <tr><td>IDE EN SOINS</td><td>2,50</td></tr> <tr><td>IDEC</td><td>1</td></tr> <tr><td>ANIMATION</td><td>0,80</td></tr> <tr><td>MEDECIN</td><td>0,40</td></tr> </tbody> </table> <p>Nombre de personnel faisant fonction AS/AMP 2 parmi les effectifs permanents et 3 à 4 dans le pôle de remplaçants.</p> <p>« Une FFAS avait entamé une VAE en 2021-2022, cassée par la modification soudaine du référentiel de VAE. Elle en a été totalement découragée. Nous souhaitons lui proposer une formation en alternance mais sommes en attente de stabilité du pôle de remplaçants ET D'UN FINANCEMENT PAR CNR (très insuffisant à ce jour). La seconde FFAS ne possède pas une maîtrise suffisante du français pour accéder au diplôme. »</p> <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p> <p>Taux d'absentéisme des AS-AES-AMP sur la période du 1er janvier 2023 au jour du contrôle : 21% Taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1er janvier 2023 au jour du contrôle : 80%</p> <p>Nombre d'ETP d'ASH présent sur site le jour du contrôle 8,09 ETP *0,6 Equipe mutualisée avec la RA, affectée à 60% au budget EHPAD</p> <p>Dont nombre d'ETP d'ASH présent la nuit sur site le jour du contrôle 1 ETP*0,6 Un ASH sur site par nuit mutualisé avec la RA, affecté à 60% au budget de l'EHPAD</p>	ASH	12,27	AS	11,00	AS NUIT RA	1,00	SERVICES GENERAUX	4,07	ADMINISTRATION	3,00	IDE EN SOINS	2,50	IDEC	1	ANIMATION	0,80	MEDECIN	0,40
ASH	12,27																		
AS	11,00																		
AS NUIT RA	1,00																		
SERVICES GENERAUX	4,07																		
ADMINISTRATION	3,00																		
IDE EN SOINS	2,50																		
IDEC	1																		
ANIMATION	0,80																		
MEDECIN	0,40																		

		<p>Le taux d'encadrement 0,54</p> <p>Sont exclus du numérateur les ETP de services généraux et les ETP d'administration, ainsi que l'ETP de psychologue (0,20) dont le poste est vacant.</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>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont bien été transmis.</p> <p>Pas d'observations.</p>

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<p><u>Projet de soin dans PE :</u> D.311-38-5 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.312-158 du CASF</p>	<p>Le projet d'établissement comprend un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>Conformité.</p>

Disposez-vous d'une annexe au contrat de séjour ?	<u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF <u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour. « Formalisation peu opérante, nous préférons réaliser un plan de soins qui évolue au fur et à mesure que l'état du résident évolue (souvent rapidement), et des tableaux répertoriant les besoins et les goûts en terme d'alimentation, qui sont directement utilisés par les cuisines et les ASH. L'animatrice relève de son côté les attentes des résidents, en collaboration avec les AS référentes. »
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	Remarque 6 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée
Les transmissions entre les membres de l'équipe		La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Relève à 6h45, 14h et 20h45 + transmissions écrites + usage de la messagerie.

pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
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 convention avec la pharmacie d'officine Pharmacie LAURENT à Figeac. Conformité.
La structure organise t'elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R.5132-3 et suivants du CSP	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 est-il mis en place ?		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		
Disposez-vous d'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	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise. Pas d'observations. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Disposez-vous d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007	La structure a transmis sa procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention. Conformité.
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'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. Pas de remarques particulières.

De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	<p>La structure déclare disposer de 27 procédures.</p> <p>Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :</p> <p>Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence.</p>
---	---	--

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		<p>La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.</p> <p>« Depuis recrutement du medco par le centre de santé du Grand-Figeac, il peut prendre en charge les résidents sans MT. »</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7°du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	<p>« Non formalisé sauf plan de soins et dimensions alimentaires. Formalisation estimée trop lourde car évolution rapide de l'état des résidents. »</p> <p>Ecart 6 :</p> <p>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.</p>

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 ? - Télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gérontologie par exemple)		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec l'organisme suivant : OMNIDOC.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie avec et LBM avec OMNIDOC.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		« La filière gérontologique du CH ne nous apporte rien. » La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gérontologique suivante : CH CAHORS GHT DU LOT
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour ?	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Ecart 7 : La structure ne dispose pas de convention 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.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		<p>« Collaboration difficile avec l'ICM : ne reçoit pas et ne partage pas l'information. »</p> <p>Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p>
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ?	<p>Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF</p>	« Non proposée sur le territoire. »
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure dispose d'une convention: Clinique Font-redonde à Figeac (HAD).



Fait à Montpellier, le 22/05/2024

ARS Occitanie

EHPAD LE BATAILLE – Contrôle sur pièces du 19/02/2024

Dossier MS_2024_46_CP_01



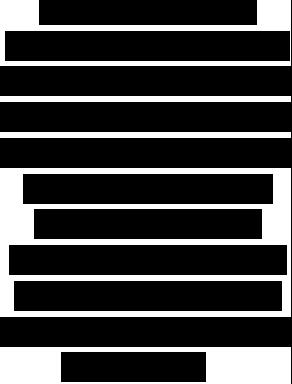
Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD LE BATAILLE situé à FIGEAC (46)

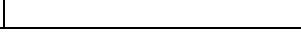
*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*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.*

Ecarts (7)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription-recommandation)	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 Maintenues : 4 Levées : 3
Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	Prescription 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	Délai : Effectivité 2024-2025.		Prescription maintenue Délai : Effectivité 2025.
Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	Délai : 6 mois		Prescription levée sous réserve de la transmission du règlement de fonctionnement validé par les instances. Délai : 6 mois.
Ecart 3 : La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée ni active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	<u>MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an :</u> Art. D.312-158, 3° du	Prescription 3 : Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique (CCG) chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble	Délai : 6 mois		Prescription réglementairement maintenue

	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	des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Transmettre à l'ARS la date de la prochaine CCG.			Délai : Effectivité 2024-2025
Ecart 4 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) n'est pas constitué ni actif, ce qui contrevient à l'article D 311-3 du CASF.	<u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3 du CASF	Prescription 4 : Constituer le CVS conformément à l'article D 311-3 du CASF.	Délai : Effectivité 2024-2025.		Prescription levée
Ecart 5 : La règlementation prévoit pour la capacité de 41 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement dispose de [REDACTED] ETP, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 5 : Se mettre en conformité à la règlementation.	Délai : Effectivité 2024		Prescription levée
Ecart 6 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7°du CASF	Prescription 6 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé et à s'assurer de l'existence d'un PAP	Délai : Effectivité 2024.		Prescription maintenue. Délai : Effectivité 2024-2025.

dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa.	<u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Transmettre la démarche d'élaboration du PAP. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.			
Ecart 7 : La structure ne dispose pas de convention 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.	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Prescription 7 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	Délai : 6 mois		Prescription règlementairement maintenue. Délai : Effectivité 2025.

Remarques (7)	Référence règlementaire	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 Maintenues : 3 Levées : 4
<p>Remarque 1 : Au jour du contrôle, le calendrier des astreintes pour 2024 (Document n° 05) n'a pas été transmis.</p>		<p>Recommandation 1 : Bien vouloir transmettre le document n° 05 tel que déjà demandé.</p>	<p>Délai : Immédiat</p>	       	<p>Recommandation levée</p>
<p>Remarque 2 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Recommandation 2 : Engager l'IDEC dans une démarche de formation d'encadrement. Transmettre à l'ARS l'attestation d'entrée en formation de l'IDEC.</p>	<p>Délai : Effectivité 2024-2025.</p>	  	<p>Recommandation levée.</p>
<p>Remarque 3 : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p>		<p>Recommandation 3 : Mettre en place des RETEX suite à un EIG.</p>	<p>Délai : 6 mois</p>	   	<p>Recommandation levée.</p>

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.	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue. Délai : Effectivité 2024-2025.
Remarque 5 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée.		Recommandation 5 : Bien vouloir indiquer si un livret d'accueil du salarié est transmis à chaque nouvel arrivant.	Délai : Immédiat		Recommandation maintenue. Délai : Effectivité 2024-2025.
Remarque 6 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée		Recommandation 6 : Bien vouloir préciser si la structure dispose d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés	Délai : Immédiat		Recommandation levée
Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 7 : Bien vouloir mettre en place une convention avec un service de psychiatrie.	Délai : 6 mois.		Recommandation maintenue en référence aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS. Délai : 6 mois.
