

RAPPORT EHPAD « CH J. COULON »

CONTROLE SUR PIECES

PORTANT SUR LA SECURITE, LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD

Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux

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

Structure

Dénomination : EHPAD CH J. COULON

Adresse : avenue Pasteur ; 46300 Gourdon

N° FINESS Juridique : 460780208

N° FINESS Géographique : 460784424

Gestionnaire : CH COULON

Tél. : 05 65 27 65 27

Mail direction et/ou directeur : direction@ch-gourdon.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	8
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	17
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	19
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	21

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 CH J. COULON 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 **24 septembre 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	EHPAD CH J. COULON	
Statut juridique	Etablissement Public de santé	
Option tarifaire	3 sections tarifaires : Soins, hébergement et dépendance	3 sections tarifaires : Soins, hébergement et dépendance
EHPAD avec ou sans PUI	Avec PUI	Avec PUI
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	187	187
HT	2	2
PASA		
UHR	14	14
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■ validé le 25/05/23 PMP : ■ validé le 25/09/23	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100 %	100 %

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 a bien été transmis.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure déclare que la directrice n'exerce pas de fonctions de direction au niveau d'une ou plusieurs autres établissements. L'attestation de formation statutaire de la directrice a été transmise. Délivrée et signée par [REDACTED]. Son arrêté de nomination est daté et signé du [REDACTED].
DUD : Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	Art. D.312-176-5 du CASF	La structure a transmis le tableau de synthèse des délégations accordées.
Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée. La structure précise que le planning d'astreinte 2023 est pour l'ensemble de l'établissement (CH et EHPAD). Les administrateurs d'astreinte étant soit sous l'autorité hiérarchique directe de la Directrice, soit sous l'autorité hiérarchique directe du Directeur-Adjoint DRH.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	<p>Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2015 à 2020.</p> <p>La structure informe que ce dernier est en cours de réécriture suite à une coupure liée aux crises sanitaires et RH, certains sujets ayant été traités en équipe dans l'attente.</p> <p>La structure précise que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs du projet de l'EHPAD sont inscrits dans le CPOM 2018-2022 (révision programmée 2024) et dans la dynamique du projet de vie. - Le CPOM en 2024 et l'évaluation externe en 2025 vont nourrir la réécriture progressive du projet de l'EHPAD. <p>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.</p>
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	<p>Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD est daté de 2017. La structure informe qu'il sera révisé pour les instances de mars 2024 et précise que le règlement intérieur de l'établissement datant de 2021 inclut des éléments de fonctionnement de l'EHPAD.</p> <p>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.</p>
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	<p>La structure déclare remettre une pochette contenant le livret d'accueil et les documents prévus par les textes à chaque nouveau résident. La remise se fait par l'assistante sociale.</p>

Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	Art. L.311-4 du CASF	Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure.
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.
La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?	Art. D.312-158, 3° du CASF (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an) 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 informe que la mise en place de la Commission de Coordination gériatrique est programmée pour janvier 2024. Le projet de règlement intérieur a été transmis. Elle précise que l'EHPAD fonctionne pour l'essentiel avec des médicaux et paramédicaux hospitaliers. Les échanges avec les libéraux étant fréquents et aisés. Ecart 3 : 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.
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 Art. D.311-3 à 32-1 CASF	La structure a transmis les comptes rendus signés des réunions de CVS datés du 16 juin 2022, 22 septembre 2022 et 17 novembre 2022. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. La programmation pour 2023 indique 4 réunion de CVS : 23 mars, 22 juin, 21 septembre et 14 décembre.
1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur. Son arrêté de nomination est daté et signé du [REDACTED]. L'établissement a transmis : - Le diplôme d'Etat de docteur en médecine daté [REDACTED], [REDACTED] L'attestation de réussite à [REDACTED]
Contrat de travail du MEDEC	<u>Contrat</u> :	

	Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>L'attestation de réussite au [REDACTED]</p>
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	<p>La structure déclare un ETP MEDCO à [REDACTED] ETP ce qui est conforme à la réglementation.</p> <p>Toutefois, la structure déclare aussi que le MEDCO ne peut pas toujours assurer les 0,8 ETP [REDACTED].</p>
IDEC : Contrat de travail et date du recrutement	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP	<p>La structure dispose de [REDACTED] IDEC.</p> <p>Leurs contrats respectifs sont datés et signés du : [REDACTED]</p>
L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p>La structure déclare que [REDACTED] professionnelles sur [REDACTED] sont formées : Certificat infirmière coordinatrice de parcours d'accompagnement et de soins, Diplôme d'état de cadre de santé.</p>

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	<p>La structure informe que les déclarations se font via un portail interne dans la gestion documentaire numérique [REDACTED] de l'établissement.</p> <p>Elle transmet plusieurs documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des pratiques sur la bientraitance en 2020 - Evaluation du résident traceur réalisé en 2023 avec un représentant des familles du CVS - Enquête de satisfaction - Analyse des évènements indésirables, dont les erreurs médicamenteuses en EHPAD <p>Ecart 4 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>
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	La structure déclare que les comptes rendus des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisés.
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	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.

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 ?	Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)	La structure mentionne : 18 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		La structure déclare que chaque année, hors période COVID, des formations sont organisées au signalement des événements indésirables associés aux soins, dont les EIGS, par l'Ingénieur Qualité

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. Sa composition est la suivante :</p> <p>1 MEDEC 1 IDEC 1 IDE 1 AS 1 ergothérapeute 1 kinésithérapeute</p> <p>Les plannings ont été transmis.</p> <p>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 1 ETP vacant d'AS-AES-AMP. - Pour les personnels IDE : 16,83 % de taux d'absentéisme et 65,63 % de taux de turn-over. <p>Pour les personnels AS-AES-AMP : 10,49 % de taux d'absentéisme et 18,46 % de taux de turn-over.</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 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>	<p>Ecart 5 : La structure déclare que le projet d'établissement ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.</p>
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>	<p>Le modèle d'annexe au contrat de séjour a été transmis par la structure. Il prévoit sa signature pour chaque résident. La structure précise que plusieurs éléments sont inscrits directement dans le contrat de séjour et dans le règlement de fonctionnement. Elle ajoute que « Le livret d'accueil du résident comprend ces annexes, le contrat de séjour, le RI, les chartes, la demande Cerfa 14732*03 si pas faite sur Via-Trajectoire »</p>
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	<p>La structure déclare que la procédure d'admission « a été formalisée par écrit à l'arrivée d'un agent à l'accueil en avril 23 mais n'a jamais été validée en instances : présentation en décembre 2023. Pour l'UHR elle a été révisée en 2019 ».</p> <p>Remarque 1 : Procédure existante mais pas de formalisation.</p>
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare disposer de l'astreinte médicale du CH étant le bâtiment adjacent. Elle dispose également d'une IDE de nuit dont l'absence peut être palliée par appel à l'IDE du SSR. Le protocole a été transmis.

(Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)		
---	--	--

Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire qu'elle décrit comme suit : <ul style="list-style-type: none"> - Transmissions orales de la mi-journée, - Transmissions "cadre" les vendredis de 10 à 12h, - Transmissions mensuelles le 1er vendredi de 9 à 10h entre équipe cadre et responsable AGP et As Sociale, - Réunions thématiques ou groupes de travail spécifiques selon besoin, - Transmissions écrites via [REDACTED] + mails + agenda dans chaque unité où sont notés les info et "points chauds" du jour ([REDACTED] installé en avril 2023, pas encore totalement déployé)
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La procédure du circuit du médicament est en cours. La structure informe qu'un groupe de travail « est en place depuis 1 an mais suite aux nombreuses absences (IDE, IDEC) les travaux ont été ralentis, toutefois certaines mesures ont été déjà prises ». Elle transmet les documents suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Protocole renouvellement dotation des stupéfiants, - Procédure rappel de lots de médicaments, - Procédure gestion des périmés de la pharmacie, - Procédure entretien des réfrigérateurs médicaments dans les services.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions sur [REDACTED] pour les médicaments. Le logiciel [REDACTED] étant en déploiement pour les autres prescriptions.
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 l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure par téléphone, mail, [REDACTED] (tablettes), courrier postal.

Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		
---	--	--

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise : Gestion de crise sanitaire exceptionnelle : plan blanc, plan bleu Démarche d'Amélioration du Risque Infectieux (DARI)
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 procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. La structure précise qu'il n'y a pas de DLU car les transferts aux urgences se font sur le CH avec une fiche de liaison faite et un accès aux dossiers informatisés et aux dossiers papier résiduels en cours d'informatisation.
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)	Les procédures de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention ont bien été transmises. - PEC des troubles du comportement sévères, - Protocole contention (à valider en instances).
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La structure déclare ne pas avoir de procédure « en tant que telle » et a transmis les documents suivants : - Analyse pharmaceutique d'une prescription - Guide ARS « S'engager pour la prévention de l'iatrogénie en EHPAD » - Politique de prise en charge médicamenteuse de la personne âgée - Organisation générale de la pharmacie à usage intérieur - Prévention de l'iatrogénie à l'EHPAD de [REDACTED] –Etat des lieux octobre 2023 - Politique d'amélioration de la sécurité, de la qualité des soins, et de la prise en charge médicamenteuse.

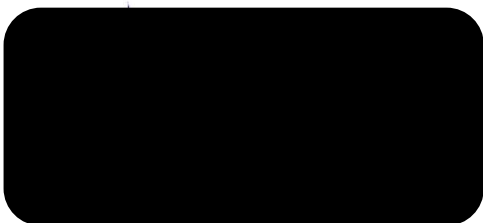
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	<p>La structure a transmis la procédure de prévention et prise en charge des risques qui sera validée aux instances de décembre 2023.</p> <p>Elle précise que « la filière géronto du CH met en place un HDJ chutes, l'ensemble des outils et protocoles sont en cours de révision. Il y a un onglet spécifique "chutes" dans [REDACTED]. Tous les résidents non grabataires bénéficient à minima d'un bilan de dépistage du risque. Ateliers prévention CFPPA 2x/semaine. »</p>
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)	<p>La structure déclare disposer de 21 procédures.</p> <p>Remarque 2 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques dont : Etat bucco-dentaire, Troubles du sommeil, Ostéoporose et activité physique.</p>

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		<p>La structure déclare que le MEDCO est déclaré comme étant le médecin traitant de 146 résidents.</p> <p>Chaque résident a un médecin traitant.</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) ?	<p>Art. L.311-7 du CASF</p> <p>Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p>L'établissement indique avoir priorisé pour 2024 un passage au PAP informatisé suite au recrutement d'un CDS en octobre 2023 et le retour d'une IDEC en février 2024.</p> <p>Il est fait part de difficultés dans l'élaboration des PAP suite au départ du psychologue non remplacé depuis 2020 ainsi que des départ d'effectifs. En ce qui concerne les cas complexes, la structure indique que « le Medec (qui a d'autres fonctions sur le ■ et le ■) participe à un staff pluridisciplinaire qui fixe des objectifs personnalisés tant médicamenteux que comportementaux ».</p> <p>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.</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI).
Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure informe ne plus avoir de formalisation du projet individuel de vie suite au contrôle leur ayant permis de constater la perte de la pratique. Elle indique être en cours de relai format papier/dossier informatisé via l'onglet "animations" dont paramétrage est en cours. Une alimentation de cet onglet est prévue pour mi-novembre. La structure dispose

		<p>toutefois de support globaux de suivi des ateliers créatifs, loisirs sorties, spectacles, mémoires entre autre.</p> <p>Ecart 7 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, 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 ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie par exemple)		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED] et [REDACTED] de [REDACTED]
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 le CH et avoir un partenariat avec les CH [REDACTED] et CH [REDACTED] pour les IRM. Les accès LBM sont organisés avec laboratoire de biologie du CH.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir une conventions de partenariat avec la filière gériatrique du CH et indique que le MEDCO est pilote de la filière Gériatrie du [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure déclare que les hospitalisations en court séjour se font au CH.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure déclare que les conventions de partenariat avec le service de psychiatrie de [REDACTED] sont en cours de révision en vue d'une refonte en un seul document.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure déclare que l'accompagnement en soins palliatifs et fin de vie est fait à l'EHPAD, le MEDCO et 1 IDEC ayant le DU nécessaire. La convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) avec l'antenne du CH de [REDACTED].
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure avoir signé une convention avec [REDACTED]



Fait à Toulouse, le 27 octobre 2023

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

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD CH J. COULON situé à Gourdon (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.*

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues (5)

Ecart (7)	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 : 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.	Art. L.311-8 du CASF	Prescription 1 : Réécrire le projet d'établissement. Bien veiller à le transmettre à l'ARS.	Compte tenu du CPOM en 2024 et évaluation externe en 2025. Progressivité de la finalisation d'où effectivité 2024-2025.	[REDACTED]	Prescription 1 maintenue Effectivité 1 ^{er} semestre 2025
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.	Art. R.311-33 du CASF	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement. Le transmettre à l'ARS dans les délais indiqués.	6 mois	[REDACTED]	Prescription 2 maintenue Effectivité mars 2024
Ecart 3 : 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 3 : Se mettre en conformité à la réglementation. Transmettre à l'ARS la date de la prochaine CCG	6 mois	[REDACTED]	Prescription 3 levée

Ecart 4 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 4 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ».	Immédiat	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>	Prescription 4 levée suite transmission du document.
Ecart 5 : La structure déclare que le projet d'établissement ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.	Art. D.311-38 du CASF	Prescription 5 : Réécriture en cours du projet d'établissement, bien veiller à y intégrer le volet médical.	Effectivité 2024-2025	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>	Prescription 5 maintenue Effectivité 2025
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.	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 6 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé.	Effectivité 2024	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>	Prescription 6 maintenue Effectivité 2024
Ecart 7 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, 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 individuel de vie. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS	Effectivité 2024	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div>	Prescription 7 maintenue Effectivité 2024

Tableau des remarques et des recommandations retenues (2)

Remarques (2)	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 : Procédure existante mais pas de formalisation.	GUIDE ANESM 2011	Recommandation 1 : Veiller à formaliser la procédure et la faire valider par les instances.	6 mois	[REDACTED]	Recommandation 1 maintenue jusqu'à validation des instances Délai : 3 mois
Remarque 2 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques dont : Etat bucco-dentaire, Troubles du sommeil, Ostéoporose et activité physique.	Guide HAS Novembre 2021	Recommandation 2 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque.	6 mois	[REDACTED]	Recommandation 2 maintenue jusqu'à présentation aux instances de mars 2024 Effectivité 1 ^{er} semestre 2024