

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD LA BALME

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 LA BALME Adresse : 621 RUE DE CENEVIERES 46260 LIMOGNE EN QUERCY N° FINESS Juridique : 460007420 N° FINESS Géographique : 460786429 Gestionnaire : CIAS DU PAYS DE LALBENQUE LIMOGNE Tél. : 05 65 24 35 05 Mail direction et/ou directeur : direction.lbl@outlook.fr	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : XXXXXXXXXX Nom de l'Inspectrice : XXXXXXXXXX

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	9
II - RESSOURCES HUMAINES	10
2.1 - Effectifs	10
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	12
3.1 - Projet général médico-soignant.....	12
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	13
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	15
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	15

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 LA BALME 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 **21 juin 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	EHPAD LA BALME	
Statut juridique	Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS)	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	42	42
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	Validé le : 11 juin 2024 Validé le : 06 juin 2024
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	42	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement		<p>La structure a bien transmis l'organigramme de l'EHPAD.</p> <p>La structure indique que l'organigramme n'est pas daté mais a été validé par le CST puis en CA et CHSCT en 2023 lors de la réorganisation.</p> <p>La structure déclare que les liens fonctionnels ne sont pas mentionnés sur l'organigramme car « il est établi que l'IDEC et la chef hôtelière ont une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des agents AS et ASH et les IDE ont une autorité fonctionnelle sur les AS et sur les ASH le week-end. »</p> <p>Pas de remarques particulières.</p>
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	<p>La structure déclare disposer d'une directrice adjointe, actuellement chef d'établissement en formation pour le [REDACTED]. L'obtention du diplôme est prévue pour fin 2024.</p> <p>La structure informe la mission des changements de directions ayant eu lieux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une directrice titulaire de la FPT et en disponibilité de la FPT du 01/08/21 au 31/07/24 puis en retraite au 01/08/24 ; - Remplacée par une directrice en [REDACTED] mais en arrêt [REDACTED] du [REDACTED] ; - Remplacée par une directrice (adjointe car arrêt maladie mois par mois de la directrice) en [REDACTED] du [REDACTED]. <p>Le contrat d'engagement de la Directrice adjointe a bien été transmis, il est daté et signé du [REDACTED].</p> <p>Conformité.</p>
Document Unique de Délégation Délégation signature		La structure a bien transmis la délégation de signature à la Directrice adjointe. Le document est daté et signé du 20 mars 2023.

Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		La structure déclare ne pas avoir de planning d'astreinte formalisé, la direction en poste étant joignable 24/24h.
---	--	--

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF	<p>Le Projet d'établissement a bien été transmis par la structure. La projet d'établissement n'est pas daté et mentionne des objectifs pour 2008.</p> <p>La structure indique avoir des mises à jour importantes à faire dont le travail a été amorcé en 2024 avec la « mise en place de l'annualisation du temps de travail en 2023, nouveaux roulements, nouveau règlement intérieur, nouvelles fiches de postes, des nouveaux modèles d'entretiens professionnels, nouveau contrat de séjour réglementaire et signé par les résidents. »</p> <p>Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que le 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>La structure indique que le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont un même document.</p> <p>La structure a transmis le contrat de séjour comprenant le règlement intérieur, validé le 22 juin 2023 en CST puis en CA.</p> <p>Conformité.</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)	Art. L311-4 du CASF <u>Recommandation ANESM :</u> concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	<p>La structure déclare ne pas avoir réalisé de livret d'accueil du résident.</p> <p>La structure précise leur remettre les annexes.</p> <p>Ecart 2 : La structure déclare ne pas remettre de livret d'accueil à chaque nouveau résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.</p>
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Est-il signé ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	<p>Le modèle de contrat de séjour a bien été transmis par la structure et prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.</p> <p>Conformité.</p>

		La structure indique que le contrat de séjour comprend 13 annexes (d'autres sont en cours d'ajout), tous les contrats de séjour et les avenants sont signés par les résidents ou leur représentant légal.
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><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>La structure informe la mission que depuis l'ouverture de l'EHPAD LA BALME en 1993, « aucune CCG n'a été mise en place. L'IDEC et le MEDCO ont eu à préparer une coupe Pathos pour juin 2024 et vont mettre en place une CCG avant fin 2024. »</p> <p>Ecart 3 : La structure déclare, au jour du contrôle, que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, 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 <u>Composition et fonctionnement :</u> Art. D.311-4 à 20 CASF <u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF <u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF <u>Attribution du CVS :</u> Art. D.311-15 et 26 du CASF <u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF <u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis les résultats d'appel à candidature pour l'élection au CVS. Le document est daté du 18 mars 2024. Le CVS est constitué.</p> <p>La structure a bien transmis des comptes rendus des réunions de CVS datés du 23 mai 2023 et du 23 avril 2024. Au jour du contrôle, deux autres réunions sont prévues pour 2024, une fin mai et l'autre en octobre 2024. La composition et le fonctionnement du CVS sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC

Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<p><u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p>	L'arrêté du MEDCO est daté et signé du [REDACTED], il était auparavant en [REDACTED] depuis 2005.
---	--	---

Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	<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>La structure a transmis l'attestation validant le [REDACTED]. L'attestation a été délivrée le [REDACTED].</p> <p>Conformité.</p> <p>La structure précise que le MEDCO n'est pas médecin traitant de certains résidents mais peut intervenir sur des situations d'urgence. Cinq médecins libéraux interviennent sur la structure.</p>
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	<p>Ecart 4 :</p> <p>La réglementation prévoit pour la capacité de 42 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED], ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
<p>IDEC :</p> <p>Contrat et date du recrutement</p> <p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</p>	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p>La structure dispose d'une IDEC.</p> <p>L'arrêté de nomination de l'IDEC est daté et signé du 27 décembre 2011.</p> <p>La structure informe qu'une IDE titulaire faisant fonction IDEC à [REDACTED] a pu travailler en commun avec l'IDEC et le MEDCO « à la bonne réalisation de la coupe Pathos, organiser des groupes de travail transverses des services (prévu dans les roulements de tous les agents et tous les mardis) afin de faire des formations en interne notamment. »</p> <p>La structure ajoute que « la nouvelle organisation a permis également de dégager une centaine d'heures par IDE afin de travailler en individuel sur la mise à jour de tous les protocoles de CAT en soins, l'hygiène bucco-dentaire, les chutes. »</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	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion, présentation aux agents dans les groupes de travail, sont mises en place depuis 2023 mais non formalisées à ce jour. Les réunions d'échanges abordent la distinction entre EI, EIG, accident du travail, le SST, le DUERP et les dangers graves et imminents.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		<p>Remarque 1 :</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> <p>Art. L.312-8 du CASF</p>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p> <p>Depuis 2021, quel est le nombre de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?</p>	<p><u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 du CASF</p>	<p>La structure déclare qu'une charte d'incitation au signalement des EI a également été élaborée et expliquée aux agents.</p> <p>La structure informe que la procédure formalisée pour la déclaration des EIG sans délai aux autorités administratives ARS et CD sera élaborée en 2024.</p> <p>Ecart 5 : Au jour du contrôle, la structure n'a pas de procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités.</p> <p>La structure mentionne : aucun signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		<p>Remarque 2 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		<p>La structure informe que le livret d'accueil du personnel n'est pas encore formalisé.</p> <p>Au jour du contrôle une pochette est remise à chaque nouvel embauché comprenant :</p> <p>Le règlement intérieur / les éléments à fournir pour le contrat de travail/ le planning individuel et les horaires afférents / les grandes règles de la tenue professionnelle (pas de bijoux, ongles courts...)</p>
---	--	--

<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p> <p>Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.</p>	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit et les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle.</p> <p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire : 1 MEDEC ; 1 IDEC ; ■ IDE ; ■ AS ; ■ AS de nuit ; pas d'AMP. La structure informe la mission que des bénévoles viennent compléter l'équipe de l'EHPAD LA BALME.</p> <p>La structure déclare que sur les 4 salariés ayant un statut de « faisant fonction AS » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ ont plus de 58 ans et ne souhaitent pas s'engager dans une VAE ; - ■ vient de passer en CDI de la FPT et il lui reste 3 modules à valider qu'elle ne souhaite pas valider pour le moment ; - ■ est un FFAS de nuit. <p>Aucun agent n'a demandé de VAE lors des entretiens professionnels.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'ETP vacant d'IDE et d'AS-AES-AMP ; 0,82 ETP d'encadrement. <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ IDE : 1,5 % d'absentéisme ; pas de turn-over. ➤ AS-AES-AMP : 5,20 % de taux d'absentéisme ; pas de turn-over.
---	--	---

2.2 - Formation

<p>Plans de formation interne et externe</p>	<p><u>HAS, 2008, p.18</u> (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention) <u>HAS 2008, p.21</u> (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 été transmis. Pas de remarques particulières.</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 ?	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38-5 du CASF Art. D 312-158 du CASF <u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.312-158 du CASF	Ecart 6 : La structure déclare que le projet d'établissement, transmis au jour du contrôle, ne comprend pas 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, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-3 alinéa 1° du CASF.
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 disposer de 13 annexes au contrat de séjour créées en 2023 à la réalisation du nouveau contrat de séjour.
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La structure informe que la procédure d'admission a été créée en 2023 mais n'est pas formalisée au jour du contrôle. Elle précise qu'avant cette date la direction était « exclue » de cette procédure d'admission. La structure ajoute que « depuis 2023 une commission d'admission se réunit à chaque entrée pour étudier les différents dossiers arrivés par Via Trajectoire. Cette commission regroupe le MEDCO, l'IDEC, le comptable (pour la solvabilité de l'entrant notamment) et la direction qui décide en fonction des éléments présentés. » Remarque 3 : La structure déclare l'absence d'une procédure d'admission formalisée.
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	La structure déclare que la nouvelle organisation mise en place au 01 janvier 2024 ne présente plus de plannings de travail en "dégradé" le week-end et jours fériés. La structure dispose pour les astreintes : <ul style="list-style-type: none">- Un binôme AS/ASH présent du lundi au dimanche, fériés inclus ;- Des protocoles de conduite à tenir ont été réécrites pour les agents de nuit ;- L'IDEC et la direction restent disponibles.

Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare organiser les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire : <ul style="list-style-type: none"> - Via le logiciel de soins () qui permettant de faire des transmissions narratives et ciblées accessibles à tous les soignants (IDE et AS) ; - Transmission orale entre les équipes prévue dans des temps de travail dédiés ; - Une messagerie interne (dans le logiciel de soins) permet à tous les agents de communiquer par mail. (Suppression depuis le 01/01/24 des "cahiers" de transmissions) ; - Messagerie doublée d'une messagerie Outlook pour les chefs de services et la cuisine.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La structure a transmis un autodiagnostic du circuit du médicament dont elle indique que les actions correctives et préventives vont être mises en place.
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 OFFICINE de . 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, le médecin libéral du résident réalise sa prescription sur le logiciel. Conformité.
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 de dispositifs de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure : <ul style="list-style-type: none"> - Visio entre famille et résidents avec l'aide de l'animatrice ; - Boîte aux lettres de doléances ou suggestions disponible à l'entrée ; - IDEC et direction disponibles pour des rendez-vous formels ou informels.

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 structure informe l'ARS qu'au jour du contrôle la procédure de prévention et gestion du risque infectieux n'est pas totalement connue ni réalisée. L'auto-évaluation DAMRI a été réalisée, un plan d'actions correctives va être mis en place. Remarque 4 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir de procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.
--	--	---

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 été transmise. Pas de remarques particulières. 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 structure déclare que la procédure de prévention du risque iatrogénie sera formalisée dans le cadre de la CCG à venir. « Les médecins prescripteurs ont été sensibilisés au risque iatrogénique lié à leurs prescriptions par le MEDCO de l'établissement. Ensuite, le pharmacien signale par écrit s'il y a un risque iatrogénique lors d'une prescription. » Remarque 5 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir de procédure formalisée de prévention du risque iatrogénie.
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 structure déclare que la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes n'est pas formalisée, une IDE a en charge d'élaborer cette procédure sous la direction du MEDCO. Remarque 6 : La structure déclare, au jour du contrôle, l'absence d'une procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes.
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	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 : Douleur, Alimentation/fausses routes, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Incontinence. Remarque 7 :

		Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Troubles du transit, Etat bucco-dentaire.
--	--	---

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

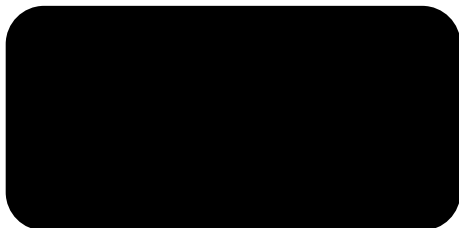
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident</u> : Art. L311-3,7° du CASF <u>Equipe, PSI PIV</u> :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

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, télé-expertise, Réseau de télé expertise ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec l'EPSPA du [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux LBM avec [REDACTED]. Remarque 8 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG.		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatrique de l'EPSPA du [REDACTED]. Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) du CH [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un	<u>Conventions</u> :	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec le CH de [REDACTED] et le CH de [REDACTED] pour les hospitalisations en court séjour.

établissement d'hospitalisation en court séjour ?	Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Conformité.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec le service de psychiatrie du CH [REDACTED]. Pas d'observations.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	La structure indique faire intervenir [REDACTED] si besoin sans convention pour les soins palliatifs et avec l'HAD de [REDACTED] pour l'EMSP.
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		Remarque 9 : La structure déclare l'absence de conventions avec les HAD au jour du contrôle.

Fait à Toulouse, le 10 juillet 2024



**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 LA BALME situé à Limogne en Quercy (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 (6)

Ecart (x)	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
<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>	<p>Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF</p>	<p>Prescription 1 : La mission prend note de la réorganisation en cours. Finaliser l'actualisation du projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>Effectivité 2025</p>	<p>[Redacted response text]</p>	<p>Prescription 1 maintenue</p> <p>La mission prend note de l'argumentaire de la structure.</p> <p>Délai : 1^{er} semestre 2026</p>

Ecart 2 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas remettre de livret d'accueil à chaque nouveau résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.	Art. L311-4 du CASF	Prescription 2 : Elaborer et remettre à chaque nouveau résident le livret d'accueil avec les documents prévus par les textes, conformément à l'article L.311-4 du CASF.	6 mois		Prescription 2 maintenue. La prescription sera levée dès transmission du livret d'accueil de chaque nouveau résident. Effectivité novembre 2025
Ecart 3 : La structure déclare, au jour du contrôle, 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.	Effectivité fin 2024-2025		Prescription 3 maintenue. La prescription sera levée dès transmission des comptes rendu des deux premières CCG. Effectivité 1 ^{er} semestre 2025
Ecart 4 : La réglementation prévoit pour la capacité de 42 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de  ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 4 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024-2025		Prescription 4 réglementairement maintenue. Effectivité 2025
Ecart 5 : Au jour du contrôle, la structure n'a pas de procédure de déclaration	Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 5 :		1 ^{er} juin 2025 svp	Prescription 5 maintenue.






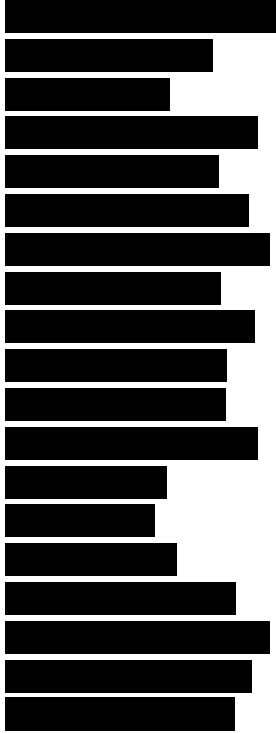
des dysfonctionnements et EIG aux autorités.		Finaliser la procédure en cours d'élaboration et la transmettre à l'ARS.			<p>Les délais de transmission de la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG doivent être les plus courts possibles compte tenu des enjeux liés à la déclaration d'évènements pouvant porter atteinte à la bientraitance des résidents.</p> <p>Effectivité fin 2024</p>
<p>Ecart 6 : La structure déclare que le projet d'établissement, transmis au jour du contrôle, ne comprend pas 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, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-3 alinéa 1° du CASF.</p>	<p>Art. D.311-38-5 du CASF Art. D 312-158 du CASF</p>	<p>Prescription 6 : Actualiser le projet d'établissement en y intégrant le volet projet général de soins.</p>	<p>Effectivité 2025</p>		<p>Prescription 6 maintenue. La mission prend note de la demande de délai supplémentaire de la structure. La prescription sera levée dès transmission du projet d'établissement finalisé</p> <p>Effectivité 1^{er} semestre 2026</p>

Tableau des remarques et des recommandations retenues (9)

Remarques (x)	Référence	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 1 : Mettre en place des RETEX suite à un EIG.	6 mois	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation 1 levée sous réserve de mise en place de RETEX Délai : 6 mois
Remarque 2 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.		Recommandation 2 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	6 mois	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation 2 levée sous réserve d'établissement du plan de formation du personnel. Effectivité 1 ^{er} semestre 2025

Remarque 3 : La structure déclare ,au jour du contrôle , l'absence d'une procédure d'admission formalisée.	GUIDE ANESM 2011	Recommandation 3 : Veiller à formaliser une procédure d'admission. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Recommandation 3 levée sous réserve de la procédure d'admission formalisée Délai : 6 mois
Remarque 4 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir de procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.	<u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé</u>	Recommandation 4 : Finaliser la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux d'ores et déjà engagée, conformément au guide de bonnes pratiques. Transmettre la procédure finalisée à l'ARS.	6 mois		Recommandation 4 levée sous réserve de transmission de la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux. Effectivité 1 ^{er} semestre 2025
Remarque 5 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir de procédure formalisée de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017	Recommandation 5 : Finaliser la procédure de prévention du risque iatrogénie d'ores et déjà engagée avec le pharmacien. Transmettre la procédure finalisée à l'ARS.	6 mois		Recommandation 5 levée sous réserve de transmission de de procédure formalisée de prévention du risque iatrogénie Délai : 6 mois

				<div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 97%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 40%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 10%;"></div>	
Remarque 6 : La structure déclare, au jour du contrôle, l'absence d'une procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	Recommandation 6 : Finaliser la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes, d'ores et déjà en cours, en lien avec l'IDE. Transmettre la procédure finalisée à l'ARS.	6 mois	<div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 70%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 50%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 85%;"></div>	Recommandation 6 levée sous réserve de transmission de la procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes. Délai 6 : mois
Remarque 7 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	Recommandation 7 : Elaborer et mettre en place les deux procédures manquantes citées en remarque .	6 mois	<div style="background-color: black; height: 10px; width: 40%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 30%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 65%;"></div>	Recommandation 7 levée sous réserve de transmission des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :

Troubles du transit, Etat bucco-dentaire.					Troubles du transit, Etat bucco-dentaire. Délai : 6 mois
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.		Recommandation 8 : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie sur site ou par convention.	6 mois		Recommandation 4 levée sous réserve d'avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie Délai : 6 mois
Remarque 9 : La structure déclare l'absence de conventions avec les HAD au jour du contrôle.		Recommandation 9 : La structure est invitée à établir une convention avec une HAD.	6 mois		Recommandation 4 levée sous réserve d'avoir établi une convention avec une HAD. Délai : 6 mois