

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD LA ROSERAIE

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 : EHPAD LA ROSERAIE</p> <p>Adresse : 1 cote des Figuiers - 46240 Montfaucon</p> <p>Numéro FINESS juridique : 460785603</p> <p>Numéro FINESS géographique : 460785603</p> <p>Nom de l'organisme gestionnaire : UNION MUTUALISTE LA ROSERAIE</p> <p>N° de téléphone : 05 65 24 10 10</p> <p>Mail direction et/ou directeur(trice) : direction@ch-la-roseraie.fr</p>	<p>Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces</p> <p>Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]</p> <p>Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]</p>

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 discréction 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	10
1.4 - Qualité et GDR	12
II - RESSOURCES HUMAINES	14
2.1 - Effectifs	14
2.2 - Formation.....	15
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	16
3.1 - Projet général médico-soignant.....	16
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	19
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	21
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	22

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 ROSERAIE 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 06/03/2024 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	LA ROSERAIE	
Statut juridique	Etablissement Mutualiste	
Option tarifaire	PARTIEL	
EHPAD avec ou sans PUI	AVEC PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	60	60
HT	5	5
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)	GMP : 	Validé le : 12/06/2019
Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	PMP : 	Validé le : 08/04/2019
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	60	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement		<p>L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 05/03/2024.</p> <p>Remarque 1 : Sans légende, ni liens hiérarchiques et fonctionnels l'organigramme n'est pas compréhensible.</p>
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	<p>Le contrat de la directrice a bien été transmis.</p> <p>La structure déclare un etp de [REDACTED].</p> <p>La directrice exerce des fonctions de direction au niveau de plusieurs structures : Au total, la directrice exerce sa fonction sur un SMR de 130 lits et 5 places et 2 EHPAD de 65 et 105 lits.</p> <p>La directrice est titulaire d'un [REDACTED] de niveau 1.</p> <p>Conformité à la règlementation</p>
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature	<u>EHPAD Privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	<p>Le Document Unique de délégation a été transmis. Il est daté et signé de janvier 2023.</p> <p>Conformité.</p>

Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		<p>Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.</p> <p>Planning nominatif astreinte de direction 2023-2024 planifiées au mois le mois.</p>
--	--	---

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF	<p>Le projet d'établissement transmis par la structure est daté 2014. Il 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 est daté de Janvier 2019. Conformité à la réglementation.</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 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 ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	<p>Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que le contrat de séjour (document probant n°08), n'a pas été transmis.</p>

Le contrat de séjour est-il signé ?		
<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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituée ? - Active ? 	<p><u>Médecin coordonnateur</u> <u>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 a transmis la composition de la commission de coordination gériatrique (CCG), le compte-rendu daté du 12/12/2023.</p> <p>La prochaine réunion est prévue 16 Avril 2024.</p> <p>La CCG est constituée et active.</p> <p>Conformité à la réglementation.</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</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. D.311-15 et 26</p> <p><u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF</p> <p><u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS).</p> <p>Le CVS est constitué.</p> <p>La structure a transmis 2 comptes rendus des réunions de CVS de 2023 datés du 09/03/2023, du 15/06/2023 et 1 CVS de 2024 du 25/01/2024.</p> <p>Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>La programmation 2024 prévoit 2 réunions, le 25/01/2024 et le 23/05/2024.</p> <p>Ecart 3 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.</p> <p>Ecart 4 : Les comptes rendus des Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Le contrat du médecin coordonnateur est daté et signé du 05 Février 2014. Il est titulaire d'une capacité de gérontologie délivré par l'université de Limoges en 2007. Il n'est pas médecin traitant des résidents.
Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	<u>Contrat du MEDCO :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Conformité.
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	Ecart 5 : La réglementation prévoit pour capacité de 60 résident un ETP de 0,6 médecin coordonnateur L'établissement dispose d'un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de █ ETP, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
IDEc : Contrat et date du recrutement		La structure dispose d'une IDEC. Son contrat de travail est daté et signé du 02/11/2023.
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	Remarque 2 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste

--	--	--

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 sont formalisées.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (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 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 Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF	

<p>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>Ecart 6 :</p> <p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG ne fait pas référence aux autorités (ARS et CD) et ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p>La structure mentionne 0 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>		<p>Remarque 3 :</p> <p>Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.
Effectifs dans l'ensemble de la structure Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : <u>En effectif physique :</u> ASH : [REDACTED] Infirmier : [REDACTED] Aide-Soignant : [REDACTED] Psychologue : [REDACTED] Medec : [REDACTED] [REDACTED] salarié(e)s ont un statut de « faisant fonction AS ». Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis. <u>CDD / CDI (multi contrat remplacement CP...) :</u> Taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1er janvier 2023 au jour du contrôle : 72% Le taux d'encadrement : 0,60

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. 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 du CASF Art. L.311-8 du CASF <u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF	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. Conformité.
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 d'annexe au contrat de séjour.

Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations.
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 disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés. « Présence IDE 24/24 en cas d'urgence par proximité au SMR [REDACTED] ».
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		Remarque 4 : La structure déclare que le circuit du médicament est en cours de rédaction.
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 PUI. Pharmacie intégrée à la structure (CRF/EHPAD) 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. DPI [REDACTED]
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. [REDACTED] + COURRIELS + PANNEAUX D'AFFICHAGE

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	Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. 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 et à la 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 procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a bien été transmise. Pas de remarques particulières.

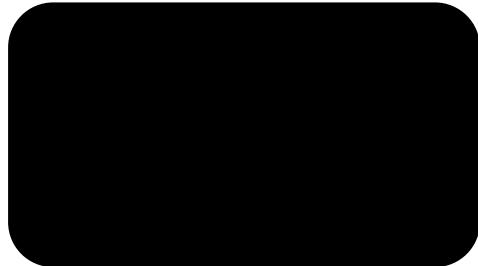
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	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 d'observations.
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	La structure déclare disposer de 6 procédures. Remarque 6 : Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques.

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		<p>La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un médecin traitant.</p> <p>Désert médical</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>Ecart 7 : 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> <p>Ecart 8 : La mission constate, au jour du contrôle, que la démarche d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (document probant n°37), n'a pas été transmise.</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, 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 : [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 ch [REDACTED], ch [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gérontologique suivante : EPSPA [REDACTED] Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG).
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Conventions : Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Ecart 9 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Remarque 9 : La structure déclare l'absence de conventions avec les HAD au jour du contrôle.

Fait à Montpellier, le 28/03/2024



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 LA ROSERAIE situé à MONTFAUCON (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 (9)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS Maintenues : 4 Levées : 5
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	Prescription 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	Délai : Effectivité 2024		Prescription maintenue Délai : Effectivité 2024
Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que le contrat de séjour (document probant n°08), n'a pas été transmis.	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	Prescription 2 : Transmettre le document probant n°08 pour vérification réglementaire.	Délai : Immédiat		Prescription levée
Ecart 3 : Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.	<u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF <u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF	Prescription 3 : Réunir le Conseil de la Vie Sociale (CVS) a minima 3 fois par an. Transmettre à l'ARS le calendrier des réunions CVS pour 2024.	Délai : Immédiat		Prescription levée
Ecart 4 :	<u>Signature :</u>	Prescription 4 :	Délai : Immédiat		Prescription levée

Les comptes rendus des Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.	Art. D. 311-20 du CASF	La structure est invitée à s'assurer de la signature des comptes rendus du Conseil de la Vie Sociale (CVS) par la présidence du CVS, pour les prochaines séances.			
Ecart 5 : La réglementation prévoit pour capacité de 60 résident un ETP de 0,6 médecin coordonnateur L'établissement dispose d'un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur 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 réglementation.	Délai : Effectivité 2024.		Prescription maintenue Délai : Effectivité 2024-2025.
Ecart 6 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG ne fait pas référence aux autorités (ARS et CD) et ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF	Prescription 6 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG. Transmettre le document à l'ARS.	Délai : Immédiat	[REDACTED]	Prescription levée
Ecart 7 : 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.	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7°du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 7 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé et à s'assurer de l'existence d'un PAP comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Transmettre la démarche	Délai : 6 mois		Prescription maintenue Délai : Effectivité 2024

		d'élaboration du PAP. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.			
Ecart 8 : La mission constate, au jour du contrôle, que la démarche d'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (document probant n°37), n'a pas été transmise.	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7°du CASF <u>Equipe, PSI</u> <u>PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 8 : Transmettre le document probant n°37 pour vérification réglementaire.	Délai : immédiat	[REDACTED]	Prescription levée
Ecart 9 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	<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 9 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	Délai : 6 mois		Prescription maintenue Délai : Effectivité 2024

Remarques (9)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS Maintenues : 7 Levées : 2
Remarque 1 : Sans légende, ni liens hiérarchiques et fonctionnels l'organigramme n'est pas compréhensible.		Recommandation 1 : Transmettre un organigramme légendé, mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Délai : Immédiat		Recommandation levée
Remarque 2 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste		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.	Délai : Effectivité 2024		Recommandation maintenue. Délai : Effectivité 2024
Remarque 3 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.		Recommandation 3 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue. Délai : 6 mois
Remarque 4 : La structure déclare que le circuit du médicament est en cours de rédaction.		Recommandation 4 : Transmettre le circuit du médicament dès sa finalisation	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue.

					Délai : 6 mois
Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24.	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	Recommandation 5 : Etablir une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents et transmettre la procédure à l'ARS.	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue. Délai : 6 mois
Recommandation 6 : Elaborer et mettre en place les procédures suivantes : 1. Troubles du transit 2. Incontinence 3. Troubles du sommeil Transmettre à l'ARS.	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	Remarque 6 : 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.	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue. Délai : 6 mois
Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 7 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre le document à l'ARS.	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue. Délai : 6 mois
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	Recommandation 8 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).	Délai : 6 mois		Recommandation maintenue. 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.	Délai : 6 mois	[REDACTED]	Recommandation levée.