

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD LES LOGIS DE L'IMPERNAL

PORANT 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 LES LOGIS DE L'IMPERNAL Adresse : RUE DU 08 MAI 1945 46140 LUZECH N° FINESS Juridique : 460784556 N° FINESS Géographique : 460786692 Gestionnaire : CCAS LUZECH Tél. : 06 65 20 12 65 Mail direction et/ou directeur : direction.adjointe@ccas-luzech.fr	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'apprecier 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.....	6
1.3 - MEDCO et IDEC	8
1.4 - Qualité et GDR	8
II - RESSOURCES HUMAINES	9
2.1 - Effectifs	9
2.2 - Formation.....	10
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	11
3.1 - Projet général médico-soignant.....	11
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	12
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	13
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	13

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 LES LOGIS DE L'IMPERNAL 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	LES LOGIS DE L'IMPERNAL		
Statut juridique	Centre Communal d'Action Sociale		
Option tarifaire	Tarif partiel		
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI		
Capacité autorisée et installée	Autorisée		Installée
HP	45	45	
HT	0	0	
PASA	0	0	
UHR	0	0	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)	GMP : 	Validé le : 19/12/2022	
Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	PMP : 	Validé le : 05/01/2023	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	45		

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 mentionne bien les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p> <p>Pas d'observations.</p>
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	<p>La structure déclare disposer d'une directrice, titulaire du diplôme [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Conformité.</p> <p>La structure déclare que la directrice est en Congés [REDACTED], remplacée 5 mois par 2 directeurs du GCSMS, puis dès décembre 2021 par un directeur adjoint.</p> <p>La structure a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'arrêté de titularisation de la directrice, daté et signé du [REDACTED]. - L'arrêté du directeur adjoint daté du [REDACTED] pour une durée de [REDACTED] ans. <p>La directrice exerçait également des fonctions de direction au niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du SSIAD ; - De la Résidence Autonomie ALINE DRAPPIER.
Document Unique de Délégation Délégation signature		Le Document de délégation de signature au Directeur adjoint a bien été transmis, le document est daté et signé du 24/12/2021. Conformité.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.
1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	<p>La structure informe qu'un projet d'établissement est en cours de planification par la nouvelle direction, l'ancien projet d'établissement étant daté de 2017-2022.</p> <p>Ecart 1 :</p>

		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.
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté du 20 décembre 2019. Conformité.
Un livret d'accueil est-il remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ?	Art. L311-4 du CASF <u>Recommandation ANESM :</u> concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, comprenant les documents prévus par les textes. Conformité.
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	Le modèle de contrat de séjour, transmis par la structure, prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
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 ?	Art. D.312-158, 3° du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du CASF	Ecart 2 : 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 Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation. Est-il opérationnel ?	<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. D311-15 et 26 du CASF <u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Le CVS est constitué. La structure a transmis les comptes rendus des réunions de CVS datés du 19/06/23 et du 13/12/23. La composition et le fonctionnement du CVS sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS. La programmation 2024 prévoit des réunions de CVS le 24 juillet, le 10 octobre et le 12 décembre.

	<u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF	
--	--	--

1.3 - MEDCO et IDEC

Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 <u>Contrat du MEDCO :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Le contrat du MEDCO est daté et signé du [REDACTED]. Ecart 3 : Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	Ecart 4 : La réglementation prévoit pour la capacité de 45 places autorisées, un ETP de 0,40 de MEDCO. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED] de MEDCO, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
IDEC : Contrat et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation pour accéder à ce poste ?	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. L'arrêté de l'IDEC est daté et signé du 18 août 2023. La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation de [REDACTED]

1.4 - Qualité et GDR

Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, événements indésirables associés aux soins EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	Remarque 1 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas formaliser les réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des		Remarque 2 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.

événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		
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 en hygiène des locaux dispensé par l'EMH.
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?	<p><u>Mention sans délai :</u></p> <p>Art. L.331-8-1 du CASF</p>	<p>Ecart 5 :</p> <p>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> <p>La structure mentionne 1 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</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 ?		
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		<p>Remarque 3 :</p> <p>La structure informe, au jour du contrôle, 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 déclare que le livret d'accueil du nouvel arrivant est en cours de réalisation.</p> <p>Remarque 4 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas disposer d'un livret d'accueil du personnel à remettre à chaque nouvel arrivant.</p>
Effectifs dans l'ensemble de la structure Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.	Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF	<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 jour et █ AS de nuit ; █ AMP.</p> <p>Sur █ salariés(e)s ont un statut de « faisant fonction AS », aucun n'est inscrit dans un parcours VAE car pour l'année 2024-2025 un financement de formation AS est prévu ainsi que l'embauche d'un contrat d'apprentissage DEAS.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare ne pas avoir d'ETP vacant d'IDE et d'AS-AES-AMP et 3,28 ETP d'encadrement (Direction adjointe, MEDCO, IDEC).</p> <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 : 12,6 % d'absentéisme ; 5,43% de turn-over. - AS-AES-AMP : 18,96 % d'absentéisme ; 9,78% de turn-over.

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<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)	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont bien été transmis. Pas d'observations.
---------------------------------------	--	--

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> D.311-38-5 du CASF Art. L.311-8 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 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 d'une 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 de remarques particulières.
Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare disposer d'une astreinte IDE avec le dispositif [REDACTED].
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure informe que les transmissions inter équipe se font de 14h30 à 15h, le mardi avec l'ergothérapeute et le mercredi avec la psychologue.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 II du CSP	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine [REDACTED]. 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 avec le logiciel de soins [REDACTED].
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		La structure cite différents moyens de communication entre les résidents et leurs proche : Mails envoyés par la secrétaire (compte rendu du CVS, informations diverses lors de forte chaleur, épidémie, port du masques, festivités), présence sur les réseaux sociaux.

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 disponible sur la plateforme [REDACTED] a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise. Pas 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 la procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention. Conformité.
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise. Pas de remarques particulières.

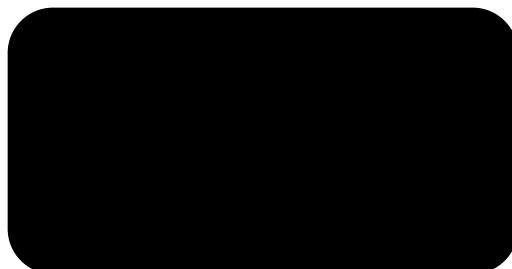
	Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	<p>La structure déclare disposer de 7 autres procédures.</p> <p>Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil.</p> <p>Remarque 5 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence de la procédure de bonne pratique médico-soignante gériatrique suivante : Nutrition/dénutrition.</p>

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	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.

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 ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED], [REDACTED] et [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie sur rendez-vous LBM avec [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 et les Equipes mobiles de gériatrie (EMG) de [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour ?	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	La structure déclare avoir signé une convention de partenariat pour les hospitalisations en court séjour avec l'UGA de [REDACTED].
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 l'Equipe mobile de gérontopsychiatrie de [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec l'unité de soins palliatifs du CH [REDACTED]. Conformité. La structure indique qu'une convention de partenariat avec une EMSP est en cours de déploiement sur le LOT (Octobre 2024).
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure déclare avoir signé une convention avec [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 10 juillet 2024





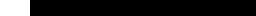
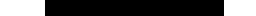
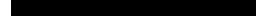
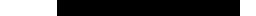
**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle**

**Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD LOGIS DE L'IMPERNAL situé à Luzech (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)

Ecarts (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 : 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 Art. D311-38-3 et 4 du CASF	Prescription 1 : Finaliser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	Effectivité 2024-2025	     	Prescription 1 maintenue. La mission prend note du délai proposé. La prescription sera levée dès transmission du projet d'établissement validé. Effectivité fin 2025
Ecart 2 : 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 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024-2025	    	Prescription 2 maintenue. La prescription sera levée dès la mise en place de la CCG.

					Effectivité 2024-2025
<p>Ecart 3 : Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.</p>	Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	<p>Prescription 3 : Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	Effectivité 2025		<p>Prescription 3 maintenue</p> <p>La mission prend note de l'argumentaire de la structure.</p> <p>La prescription sera levée dès transmission d'une attestation d'entrée en formation capacitaire, ou recrutement d'un MEDCO qualifié.</p> <p>Effectivité 2025</p>

					Prescription 4 réglementairement maintenue
<p>Ecart 4 : La réglementation prévoit pour la capacité de 45 places autorisées, un ETP de 0,40 de MEDCO. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED] de MEDCO, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>	Art. D.312-156 du CASF	<p>Prescription 4 : Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	Effectivité 2025	<p>La mission prend note de la difficulté évoquée par la structure</p> <p>La prescription sera levée dès mise en place d'un ETP de MEDCO conforme à la réglementation.</p>	
<p>Ecart 5 : 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>	Art. L.331-8-1 du CASF	<p>Prescription 5 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la mention « sans délai ». Transmettre le document à l'ARS.</p>	Immédiat	<p>Le document transmis par la structure est un courriel mentionnant le changement d'adresse permettant la transmission des signalements.</p> <p>La prescription sera levée dès</p>	

					transmission e la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) interne à la structure et mentionnant une déclaration « sans délai » ; Délai : 1 ^{er} trimestre 2025
Ecart 6 : La structure déclare que le projet d'établissement 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.	Art. D.311-38-5 du CASF Art. L.311-8 du CASF	Prescription 6 : Actualiser le projet d'établissement en y intégrant le volet projet général de soins.	Effectivité 2025		Prescription 6 maintenue La mission prend note de l'actualisation du projet d'établissement intégrant le volet projet général de soin. Effectivité 2025
Ecart 7 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé	Art. L311-3,7°du CASF	Prescription 7 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé	Effectivité 2024-2025		Prescription 7 levée

(PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa.		et à s'assurer de l'existence d'un PAP comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Transmettre la démarche d'élaboration du PAP. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.		[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
--	--	---	--	------------	------------	------------

Tableau des remarques et des recommandations retenues (4)

Remarques (5)	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 formaliser les réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs.	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.	Recommandation 1 : La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs et à les formaliser conformément aux recommandations de l'ANESM.	6 mois	     	La recommandation 1 sera levée dès formalisation des réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs. Délai : 6 mois
Remarque 2 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 2 : Mettre en place des RETEX suite à un EIG.	6 mois	     	La recommandation 2 sera levée dès la mise en place de RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS. Délai : 6 mois
Remarque 3 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.		Recommandation 3 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	6 mois	   	Recommandation 3 levée

Remarque 4 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas disposer d'un livret d'accueil du personnel à remettre à chaque nouvel arrivant.		Recommandation 4 : Finaliser et transmettre un livret d'accueil du salarié à chaque nouvel arrivant.	6 mois	La recommandation 4 sera levée dès finalisation et transmission du livret d'accueil à chaque nouvel arrivant. Délai : 6 mois
Remarque 5 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence de la procédure de bonne pratique médico-soignante gériatrique suivante : Nutrition/dénutrition.		Recommandation 5 : Elaborer et mettre en place la procédure manquante citée en remarque. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois	La recommandation 5 sera levée transmission de la procédure « nutrition/dénutrition » à l'ARS. Délai : 6 mois