

## **RAPPORT** **CONTROLE SUR PIECES**

### **MOUTIER NOTRE DAME**

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

**DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD**

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

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

#### **Structure**

Dénomination : EHPAD LE MOUTIER NOTRE DAME  
Adresse : RTE DU MOUTIER, 46120 LACAPELLE MARIVAL  
N° FINESS Juridique : 460780406  
N° FINESS Géographique : 460000219  
Gestionnaire : ASSOCIATION LE MOUTIER NOTRE DAME  
Tél. : 05 65 40 82 76  
Mail direction et/ou directeur : [lemoutiernd@wanadoo.fr](mailto:lemoutiernd@wanadoo.fr)

#### **Equipe du contrôle sur pièces**

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom de la gestionnaire instructrice : [REDACTED]

Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection/contrôle est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L. 300-2 du Code des Relations entre le Public et les Administrations (CRPA) et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

### 1/ Les restrictions tenant à la nature du document

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L. 311-2 du CRPA).

Seul le rapport établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée/contrôlée est communicable aux tiers.

- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

### 2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- *dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »*

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

## SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| I - GOUVERNANCE.....   | 6  |
| 1.1 - Direction.....   | 6  |
| 1.2 - Fonctionnement institutionnel .....                                | 6  |
| 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

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées 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 MOUTIER NOTRE DAME 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 **16 juillet 2023** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (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 :

|  |                          |           |
|--|--------------------------|-----------|
| <b>Nom de l'EHPAD</b>  | EHPAD MOUTIER NOTRE DAME |           |
| <b>Statut juridique</b>  | ASSOCIATIF               |           |
| <b>Option tarifaire</b>  | PARTIEL                  |           |
| <b>EHPAD avec ou sans PUI</b>  | SANS PUI                 |           |
| <b>Capacité autorisée et installée</b>   | Autorisée                | Installée |
| HP   | 76                       | 76        |
| HT   | 2                        | 2         |
| PASA   | 0                        | 0         |
| UHR  | 0                        | 0         |
| <b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)<br/>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b> | GMP : ■■■<br>PMP : ■■■   |           |
| <b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>                                | 76                       | 76        |

| Points abordés et constatés lors du contrôle  | Références   | RAPPORT<br>Ecarts et Remarques   |
|---|--|--|
| <b>I - GOUVERNANCE</b>  |  |  |
| <b>1.1 - Direction</b>  |  |  |
| <b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b><br><br>Liens hiérarchiques et fonctionnels. | Art. D.312-155-0, II du CASF<br>Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF | L'organigramme transmis par la structure est : nominatif, daté et précise les liens hiérarchiques et fonctionnels visibles et compréhensibles. |
| <b>Directeur :</b> Qualification et diplôme – Contrat de travail.                             | <u>Qualification directeur :</u><br>Art. D.312-176-6 à 9 du CASF   | La directrice dispose d'un [REDACTED]<br><br>Le contrat de travail de la direction a été transmis avec une prise de fonction au [REDACTED].    |
| <b>DUD :</b> Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé           | <u>EHPAD relevant du privé :</u><br>Art. D.312-176-5 du CASF       | Le document unique de délégation daté de 2022 a été transmis.  |
| Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 est-il fixé ?                   |  | Le planning a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.   |
| <b>1.2 - Fonctionnement institutionnel</b>  |  |  |
| Projet d'établissement valide   | Art. L.311-8 du CASF<br>(validité PE : 5 ans)                      | Le projet d'établissement a été transmis. Il couvre la période 2019-2023. Conformité.  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Règlement de fonctionnement valide  | Art. R.311-33 du CASF<br>(validité 5 ans)  | La structure a bien transmis le règlement de fonctionnement.<br>La mission constate que celui-ci date de 2016 ce qui contrevient à l'article R 311-33 du CASF.<br><br><b>Ecart 1 :</b> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF. |
| Est-ce qu'un <b>livret d'accueil</b> est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour) | <a href="#">Art. L311-4 du CASF</a><br><a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a> | Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.  |
| Le contrat de séjour ( ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?   | <a href="#">Art. L.311-4 du CASF</a>   | Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure. Il n'appelle pas d'observation.  |
| S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?  | Art. D.311 du CASF   | Les signatures ont bien été intégrées dans le modèle de contrat de séjour transmis.   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>La <b>commission de coordination gériatrique</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?</p> | <p><b>Art. D.312-158, 3° du CASF</b><br/>(MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)</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 déclare que la commission de coordination gériatrique n'est ni constituée ni active.</p> <p><b>Ecart 2</b> : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active, ce qui contrevient aux dispositions de <b>l'article D.312-158, 3° du CASF</b>.</p>   |
| <p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?<br/><u>Cf. Document 6</u></p>                                | <p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2023</p> <p><u>Formes de participation</u> :<br/>Art. L.311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences</u> :<br/>Art. D.311-3 à 32-1 CASF<br/>Art. D.311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition</u> :</p> | <p>La structure déclare : « CVS actif mais suite au décret d'avril 2022, nous le relançons actuellement. »</p> <p>Le programmation 2023 est transmise.</p> <p>La structure a transmis 2 compte-rendu de CVS.</p> <p><b>Ecart 3</b> : Les CR des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p> |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>Art. D.311-4 du CASF</p> <p>Art. D.311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u></p> <p>Art. D.311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u></p> <p>Art. D.311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u></p> <p>Art. D.311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u></p> <p>Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u></p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</p> |  |
|--|--|--|

| 1.3 - MEDCO et IDEC   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Qualification et diplôme</b><br>(Spécialisation complémentaire de gériatrie)<br><br><b>Contrat</b> de travail du MEDEC | <u>Diplôme</u> :<br>Art D. 312-157 du CASF<br>HAS, 2012<br><br><u>Contrat</u> :<br>Art. D. 312-159-1 du CASF<br>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | <p>La structure déclare un médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP et une date de recrutement au [REDACTED]. Le contrat de travail est transmis.</p> <p>Le MEDCO n'a pas de qualification en gériatrie.</p> <p><b>Ecart 4</b> : 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> |
| <b>ETP MEDEC</b>  | Art. D.312-156 du CASF  | <p>Le temps d'ETP du médecin Co est de [REDACTED] pour 76 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,60 médecin Co.</p> <p><b>Ecart 5</b>: Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>   |
| <b>IDEC</b> : Contrat de travail et date du recrutement   | Art. D.312-155-0, II du CASF<br><br>HAS, 2011<br>Art. R.4311-118 du CSP<br>Art. R.4311-319 du CSP   | <p>La structure dispose d'une IDEC à temps plein. Son contrat de travail est daté du 01/01/2010. Il est signé et nominatif. Les éléments transmis n'appellent pas de commentaires particuliers.</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste</b> ?</p> <p>Qualification et diplôme de l'IDEC.</p> | <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p> | <p>La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste. « Référente infirmière coordinatrice à La Croix Rouge »</p> |
|--|--|---|

| 1.4 - Qualité et GDR   |   |   |
|--|---|---|
| Existe-t-il <b>une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles</b> ?            | Art. L.312-8 du CASF<br>Art. L.331-8-1 du CASF  | Selon la structure : « Pas de procédure mais nous organisons des analyses de pratiques professionnelles depuis 2 ans. Nous n'avons pas de procédures propres à l'établissement, nous suivons le protocole reçu de l'ARS sur lequel figure le numéro de téléphone et l'adresse mail. |
| <b>Des réunions d'échanges et de réflexion</b> sont-elles formalisées (cas complexes, EIAS) ?        | Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008 | La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.  |
| <b>L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</b> |   | <b>Remarque 1</b> : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.   |
| <b>Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques)</b> sont-elles mises en place ?       | <a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a>   | La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).   |
|  | Art. L.331-8-1 CASF<br>Art. R.331-8 & 9   |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Depuis 2020, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD</b> au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ? | CASF<br>Arrêté du 28.12.2016[3]<br>Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS) | La structure déclare 0 signalement de dysfonctionnements graves auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui. |
| Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?  |  | La structure déclare l'existence d'un plan de formation du personnel à la déclaration.                              |

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - EFFECTIFS

|   |   |  |
|---|---|--|
| Effectifs dans l'ensemble de la structure | <p>Pluridisciplinarité de l'équipe :<br/>Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP</p> <p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p> | <p>La structure déclare : « une IDE en arrêt [REDACTED] depuis [REDACTED] soit un taux de 5,97 % »</p> <p>« [REDACTED] ETP : [REDACTED] ETP comprenant la lingère, les hôtelières et les ASH faisant fonction d'AS qui sont actuellement [REDACTED] ETP. Comme nous avons trois arrêts maladie longs et deux ASH en formation d'AS ainsi que les remplacements de congés et un poste d'AS vacant, nous avons [REDACTED] ETP en CDD. »</p> <p>Nombre d'ETP d'AS, AMP, AES et ASG vacant le jour dit : 1</p> <p>Le tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe est pluridisciplinaire :<br/>MEDEC<br/>Psychologue ([REDACTED] ETP)<br/>AS / AMP<br/>IDE<br/>IDEC<br/>AS FF</p> <p>Taux de turn over des personnels IDE sur la période du 1er janvier 2022 au jour dit : (3 départs + 4 arrivées) /2/7<br/>IDE = 50 %</p> <p>Le taux d'absentéisme des AS / AMP / AES est de 33% : 33% : de fin septembre 2022 à décembre 2022, départ de 5 AS vers changement de métier, vers fonction publique, vers autre EHPAD, vers milieu du handicap à cause de la charge physique.</p> <p>Le planning des IDE et des AS –AMP- AES au jour dit a bien été transmis.</p> |
|---|---|--|

| 2.2 - FORMATION                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Plans de formation interne et externe | <a href="#">HAS, 2008, p.18</a><br><a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</a><br><a href="#">HAS 2008, p.21</a><br><a href="#">(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</a> | Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis. |

| III - PRISE EN CHARGE ET SOINS  |   |  |
|---|---|--|
| 3.1 - Projet général médico-soignant  |   |  |
| Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (Projet général de soins) | <p><u>Projet de soin dans PE :</u><br/>Art. D.311-38 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u><br/>Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF</p> | <p>Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.</p>   |
| L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?  | <p>Art. L.311-4-1 du CASF<br/>Art. L.342-2 du CASF<br/>Art. R.311-0-6 du CASF<br/>Art. R.311-0-9 du CASF</p>  | <p>La structure déclare : « Actuellement, nous travaillons sur un nouveau contrat de séjour qui comprendra ces annexes. »</p> <p><b>Ecart 6</b> : La structure déclare ne pas disposer, au jour du contrôle , d'annexe au contrat de séjour signée pour chaque résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF.</p> |



|   |  |   |
|---|--|---|
| Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?  | GUIDE ANESM 2011   | La procédure d'admission formalisée a été transmise par la structure. Pas de commentaire particulier.   |
| Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?<br>(Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE) | <a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</a>  | La structure déclare : « présence d'IDE les week-ends et jours fériés, pas de présence d'IDE la nuit. La permanence des soins est assurée uniquement avec la Régulation ou appel au 15 ou 17. »<br><br>La structure déclare l'existence d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés. |
| Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?  | Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008<br>Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la | La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008                                     |   |
| Le circuit du médicament est-il formalisé ?   | Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017<br>Guide HAS                           | Le circuit du médicament est formalisé. La procédure a été transmise.   |
| La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?                              | Art. L.5126-10 du CSP  | La structure a transmis une convention avec une pharmacie datée du 26 juin 2023.  |
| La structure organise t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?  | Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales) | La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.<br>( [REDACTED] )   |
| Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ? |  | La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure. |

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

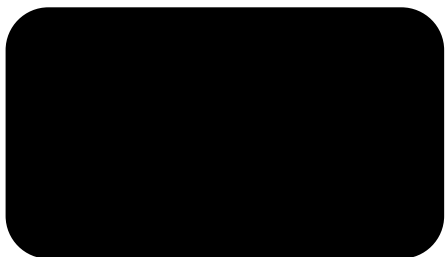
|   |  |   |
|---|--|---|
| Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?  | <a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a>             | La structure déclare : « Il n'existe pas un protocole évoquant directement le risque infectieux mais nous avons des protocoles gripes, vaccination infection respiratoire. »<br><br><b>Remarque 2</b> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.                  |
| Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?                    | <a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a>   | DLU directement imprimé à partir du logiciel soin.<br><br>La procédure de soin non programmés et urgents H24 et le dossier de liaison d'urgence (DLU) n'ont pas été transmis.<br><br><b>Remarque 3</b> : La structure n'a pas transmis la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ni le DLU. |
| Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ? | <a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</a><br><br>Art. L.311-3 du CASF<br>(Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée) | 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 par la structure.  |
| Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?  | ANESM - Juin 2017<br>(Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)   | La structure déclare : « une formation a été réalisée en juin 2023 avec l'équipe hygiéniste du GHT cahors ou un protocole devrait être établi en lien avec l'équipe »   |
| Existe-t-il une procédure de prévention et prise  | Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005<br>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 par la structure.   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| en charge du risque de chutes ?   |   |  |
| De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ? | Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus) | <p>La structure déclare disposer de 28 procédures.</p> <p><b>Remarque 4</b> : 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.</p> <p>Douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, escarres et plaies chroniques, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique.</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) ? | Art. L.311-7 du CASF<br>Art. D.312-155-0 du CASF | La structure déclare que : « les PAP sont réalisés en équipe pluridisciplinaire en présence de la famille et du résident mais nous n'avons pas de démarche d'élaboration a proprement parlé ; toutes les données recueillies sont écrites dans le logiciel soin. » |
| Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)?            | Art. D.312-155-0 du CASF                         | La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI).  |
| Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?                   | Art. D.312-155-0 du CASF                         | La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie.  |

| 3.4 - Relations avec l'extérieur  |  |  |
|---|--|--|
| <p>Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise</li> <li>- Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gériologie par exemple)</li> </ul> |  | <p>Au vu des éléments transmis, la structure a organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>  |
| <p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>   |  | <p><b>Remarque 5</b> : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie (ou par convention).</p>   |
| <p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière</p>  |  | <p>Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une filière gériologique. Elle déclare aussi avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) sans transmettre la convention ni préciser le nom de la filière gériologique.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| gérontologique ?<br>Accès aux EMG ?   |   |  |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ?<br>Lesquels ? | Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité) | La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour sans transmettre la convention ni préciser le nom de l'établissement d'hospitalisation en court séjour. |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?   |   | La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie sans transmettre la convention ni préciser le nom du service de psychiatrie.  |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?    |   | La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) sans transmettre la convention ni préciser le nom de l'EMSP.                                |
| Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?  |   | La structure déclare avoir des conventions avec les HAD au jour dit sans transmettre la convention ni préciser le nom de l'HAD.  |



Fait à Montpellier le 4/09/2023






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

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives  
Tableau des remarques et des recommandations retenues  
Contrôle sur pièces de l'EHPAD « MOUTIER NOTRE DAME » situé à – LACAPELLE MARIVAL - (46)

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


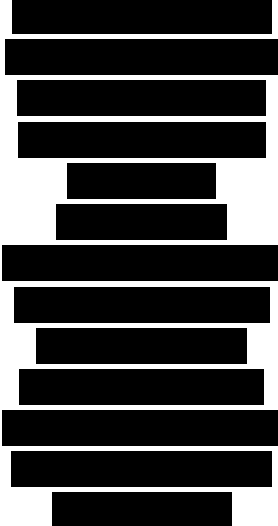
*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

| Ecart (6)   | Référence réglementaire  | Nature de la mesure attendue (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   |
|---|--|---|---|---|--|
| <b>Ecart 1 :</b> En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF. | Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)   | <b>Prescription 1 :</b><br>Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.   | <b>Délai : 4 mois</b>   | <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px;"></div> | Prescription maintenue<br>Transmettre le règlement de fonctionnement actualisé.<br><br>Délai : 6 mois. |
| <b>Ecart 2 :</b> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.       | <b>Art. D.312-158, 3° du CASF</b> (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)<br><br>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du | <b>Prescription 2 :</b> Bien vouloir constituer la CCG conforme à la réglementation.<br>Adresser à l'ARS le document juridique probant. | <b>Délai : 4 mois</b>   | <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 15px;"></div> | Prescription maintenue<br><br>Délai : Effectivité 2024.  |

|   |   |  |                                 |   |  |
|---|---|--|---------------------------------|---|--|
|   | code de l'action sociale et des familles  |  |                                 |   |  |
| <b>Ecart 3 :</b> Les CR des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.  | <u>Formalisation des CR des séances CVS</u><br>Art. D. 311-20 du CASF   | <b>Prescription 3 :</b> La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.  | <b>Délai : Immédiat</b>         |    | Prescription levée.                      |
| <b>Ecart 4 :</b> 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 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. | <u>Diplôme :</u><br>Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012<br><br><u>Contrat :</u><br>Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | <b>Prescription 4 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le MEDCO soit 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 conformément à l'article D.312-157 du CASF<br><br><b>Délai : 6 mois</b> | <b>Délai : 6 mois</b>           |    | Prescription levée.                      |
| <b>Ecart 5 :</b> Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.  | Art. D.312-156 du CASF  | <b>Prescription 5 :</b> Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation (art. D.312-156 CASF)   | <b>Délai : Effectivité 2024</b> |  | Prescription réglementairement maintenue |

|  |  |  |                       |   |                               |
|--|--|--|-----------------------|---|-------------------------------|
|  |  |  |                       | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> | Délai : Effectivité 2024-2025 |
| <b>Ecart 6</b> : La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour signée pour chaque résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF au jour de l'inspection sur pièce. | Art. L.311-4-1 du CASF<br>Art. L.342-2 du CASF<br>Art. R.311-0-6 du CASF<br>Art. R.311-0-9 du CASF | <b>Prescription 6</b> : La structure est invitée à finaliser, pour chaque résident l'annexe au contrat de séjour.<br>Transmettre à l'ARS la nouvelle annexe. | <b>Délai : 3 mois</b> | <div></div> <div></div> <div></div>                         | Prescription levée.           |

| Remarques (5)   | 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  |
|---|--|---|---|----------------------------|---|
| <b>Remarque 1</b> : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS. |  | <b>Recommandation 1</b> : Mettre en place des RETEX et les formaliser – suite à un EIG. Transmettre la procédure à l'ARS.   | <b>Délai : 6 mois</b>   | [REDACTED]                 | Recommandation maintenue<br><br>Délai : Fin 1 <sup>er</sup> semestre 2024.  |
| <b>Remarque 2</b> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.      | <a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a> | <b>Recommandation 2</b> : Elaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux conformément au guide de bonnes pratiques et transmettre l'attestation d'effectivité à l'Agence. | <b>Délai : 6 mois</b>   | [REDACTED]                 | Recommandation maintenue<br><br>Cette procédure doit contenir comme le guide des bonnes pratiques l'indique : Gestion des DASRI, hygiène des locaux, protocole de désinfection / décontamination...<br><br>Délai : 6 mois |

|  |  |  |                              |   |  |
|--|--|--|------------------------------|---|--|
| <p><b>Remarque 3 :</b> La structure n'a pas transmis la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ni le DLU.</p>  | <p><a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison de d'urgence - juin 2015</a></p> | <p><b>Recommandation 3 :</b><br/>Transmettre la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents à l'ARS</p>   | <p><b>Délai : 1 mois</b></p> |   | <p>Recommandation maintenue :</p> <p>Transmettre la procédure d'accès aux soins non programmés H24.</p> <p>Délai : Effectivité 2024.</p> |
| <p><b>Remarque 4 :</b> 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<br/>Douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, escarres et plaies chroniques, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique</p> |  | <p><b>Recommandation 4 :</b> Elaborer et mettre en place les procédures manquantes.<br/>Transmettre la liste actualisée des procédures manquantes à l'ARS :</p> <p>Douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, escarres et plaies chroniques, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique.</p> | <p><b>Délai : 6 mois</b></p> |  | <p>Recommandation maintenue :</p> <p>Délai Effectivité 2024.</p>   |
| <p><b>Remarque 5 :</b> La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie (ou par convention).</p>   |  | <p><b>Recommandation 5 :</b> La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie - Sur site ou par convention.</p>   | <p><b>Délai : 6 mois</b></p> |   | <p>Recommandation maintenue</p> <p>Délai : 6 mois</p>  |