

# **RAPPORT EHPAD « PRE D'AUBIE »**

## **CONTROLE SUR PIECES**

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

**DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD**

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

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

### **Structure**

Dénomination : EHPAD DU PRE D'AUBIE

Adresse : RUE DU PRE D'AUBIE ; 46400 ST CERE

N° FINESS Juridique : 460786932

N° FINESS Géographique : 460786932

Gestionnaire : Centre Hospitalier Saint-Jacques

Tél. : 05 65 10 40 00

Mail direction et/ou directeur : direction@ch-stcere.fr

### **Équipe du contrôle sur pièces**

Pour l'ARS : Équipe 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'appréhender au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

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

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

## SOMMAIRE

I - GOUVERNANCE .....	6
1.1 - Direction .....	6
1.2 - Fonctionnement institutionnel .....	7
1.3 - MEDCO et IDEC .....	9
1.4 - Qualité et GDR .....	11
II - RESSOURCES HUMAINES .....	12
2.1 - Effectifs .....	12
2.2 - Formation .....	13
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....	14
3.1 - Projet général médico-soignant .....	14
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques .....	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....	18
3.4 - Relations avec l'extérieur .....	19

## INTRODUCTION

La ministre des Solidarités et des Familles a lancé un plan national de contrôle spécifique aux EHPAD. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD occitans au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD PRE D'AUBE est conduit en application de l'article L313-13 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des articles L6116-2, L1421-1, L1435-7 du code de la santé publique.

Dans ce contexte, le contrôleur a procédé à la vérification et à l'analyse de la gouvernance, de l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge des résidents et l'analyse de la prise en charge et des soins des résidents.

Ce contrôle sur pièces a pour objet de procéder **au repérage des principaux risques et facteurs de risque de toute nature présentés éventuellement par l'établissement, au regard de son pilotage, son organisation et son fonctionnement.**

Le contrôle sur pièce s'est déroulé le **24 septembre 2023** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires.

Ce rapport est communiqué au gestionnaire de l'établissement afin de recueillir ses éventuelles observations quant aux mesures envisagées par le commanditaire.

La structure inspectée se présente comme suit :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD DU PRE D'AUBIE	
<b>Statut juridique</b>	Personne morale de droit public	
<b>Option tarifaire</b>	Forfait Global	Forfait Global
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Avec PUI	Avec PUI
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Autorisée
HP	44	44
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)</b>	GMP : [REDACTED] validé le 10/05/2023	
<b>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	PMP : [REDACTED] validé le 25/05/2023	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	44	44

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b>  Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme a bien été transmis.
<b>Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.</b>	Art. D.312-176-10 du CASF	<p>L'arrêté de nomination du directeur est daté et signé du [REDACTED]            Il est titulaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Du diplôme d'études supérieures spécialisées de [REDACTED], [REDACTED]</li> <li>[REDACTED] Du CERTIFICAT D'APTITUDE A LA FONCTION [REDACTED]</li> </ul> <p>La structure déclare que le directeur exerce également les fonctions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur du CH de Saint-Céré,</li> <li>- Directeur du CH de Gramat</li> <li>- Directeur de l'EHPAD de Martel</li> </ul> <p>A noter que depuis 2018 se sont succédés 3 directeurs.</p>
<b>DUD : Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé</b>	Art. L.315-17 du CASF	L'établissement a transmis la Décision N° 2023-06 du directeur « portant document unique de délégation de signature ». Elle est datée et signée du 26 juillet 2023.
Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	<p>La structure déclare ne pas avoir de projet d'établissement mais un projet de service couvrant la période 2023-2027.</p> <p>Il y est indiqué que le projet d'établissement 2023-2027 est en cours d'élaboration du fait de l'inexistence d'un projet d'établissement précédent.</p> <p><b>Ecart 1 :</b></p> <p>La structure déclare ne pas avoir de projet d'établissement valide ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.</p>
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure a été révisé le 23/01/2020. Conformité.
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> <a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a>	La structure déclare remettre un livret d'accueil 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.
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.

<p><b>La 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> (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><b>Ecart 2 :</b> La structure déclare que 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.</p>
<p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <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>Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u></p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Le CVS est constitué. Sa composition est conforme à la réglementation.</p> <p>La structure déclare n'avoir tenu qu'une réunion de CVS en 2022, ce qu'elle justifie par les élections de renouvellement ayant eu lieu cette année-là. Le compte-rendu daté du 9 Novembre 2022 a été transmis.</p> <p>Elle a transmis les compte-rendu des réunion CVS du 13 février 2023 et du 15 mai 2023. La programmation prévoit une 3<sup>ème</sup> date le 23 octobre.</p> <p><b>Ecart 3 :</b> Les comptes rendus des réunions CVS ne sont pas systématiquement 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

<p><b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p> <p><b>Contrat</b> de travail du MEDEC</p>	<p><u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p> <p><u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur. Son contrat mentionne un recrutement en tant que praticien [REDACTED] Il est daté et signé du [REDACTED] La structure déclare que le MEDCO n'est pas titulaire d'une spécialisation 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>
<p><b>ETP MEDEC</b></p>	<p>Art. D.312-156 du CASF</p>	<p>L'établissement déclare un équivalent temps plein du médecin Coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 44 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur.</p> <p><b>Ecart 5 :</b> Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF. Il est à [REDACTED] ETP au lieu de 0,40 ETP.</p>
<p><b>IDEC : Contrat de travail et date du recrutement</b></p>	<p>Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP</p>	<p>La structure dispose d'une IDEC. Sa décision de titularisation est datée et signée du [REDACTED]</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 d'infirmière coordinatrice en EHPAD avant d'accéder à ce poste.</p>
--	--	--

1.4 - Qualité et GDR		
<b>Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?</b>	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	<p>La procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles existe.</p> <p><b>Ecart 6 :</b> La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « <b>sans délai</b> », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>
<b>Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAs) ?</b>	Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare que les comptes rendus des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisés.
<b>L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</b>		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
<b>Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?</b>	<a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
<b>Depuis 2020, quel est le nombre de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?</b>	Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)	La structure mentionne : 1 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
<b>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</b>		Le plan de formation du personnel à la déclaration a été transmis par la structure.

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - Effectifs

Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP</p> <p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Sa composition est la suivante :</p> <p>1 MEDEC 1 IDEC ■ IDE ■ AS AMP psychologue ■ enseignante APA (Activité Physique Adaptée) ■ animatrice</p> <p>La structure mentionne ■ personnes ayant un statut de « faisant fonction AS ».</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2022 au jour dit, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 0 ETP vacant d'IDE et 0 ETP vacant d'AS-AES-AMP.</li><li>- Pour les personnels IDE : 0 % de taux d'absentéisme et 33% de taux de turn-over.</li><li>- Pour les personnels AS-AES-AMP : 0 % de taux d'absentéisme et 50 % de taux de turn-over.</li></ul> <p><b>Remarque 1 :</b> L'absence de légende horaire sur le planning transmis ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents.</p>
---	---	--

## 2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<p><a href="#"><u>HAS, 2008, p.18</u></a> <a href="#"><u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u></a></p> <p><a href="#"><u>HAS 2008, p.21</u></a> <a href="#"><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</u></a></p>	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)	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF  <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	<b>Ecart 7 :</b> La structure déclare que le « projet d'établissement »( projet de service) ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	Le modèle d'annexe au contrat de séjour a transmis par la structure prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	<a href="#"><u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u></a>	La structure déclare ne pas disposer de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés du fait de son rattachement au Centre Hospitalier.

Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire à chaque changement d'équipe.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La structure a transmis la « Synthèse PUI-INS-0029 » citant les procédures liées au circuit du médicament.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec la PUI de l'Hôpital Saint-Jacques.
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 via un dossier résident informatisé.
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. Elle cite : Cahier de liaison, mails, réunion, journal de l'EHPAD.

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

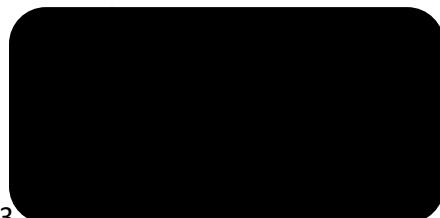
Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	<a href="#"><u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u></a>	La structure a transmis le sommaire des procédures de prévention et de gestion du risque infectieux dont elle dispose, soit 19 procédures. Elle déclare réaliser un DAMRI chaque année.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	<a href="#"><u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u></a>	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise à la structure. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (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="#"><u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u></a>  Art. L.311-3 du CASF (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. La structure précise qu'il existe des politiques de réduction de contention et procédure de contention.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La structure dispose : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Du Poster « Prévenir la dépendance iatrogène » de l'HAS 2017,</li> <li>- De la fiche Point Clé « Prévenir la dépendance iatrogène liée à L'hospitalisation chez les personnes âgées » élaborée par l'HAS,</li> <li>- De formations réalisées en 2022 et 2023.</li> </ul>
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005  Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise.
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)	La structure déclare disposer de 10 procédures.  La structure déclare disposer des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :

	<p>Douleur, Alimentation/fausses routes, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Soins palliatifs/ fin de vie, Décès du patient. Etat bucco-dentaire, Nutrition/dénutrition, Dépression,</p> <p><b>Remarque 2 :</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 suivantes : Troubles du transit, Incontinence, Troubles du sommeil, 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 Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé (PAP) est en cours de mise à jour.
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 les projets individuels de vie sont en cours de mise à jour.

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 [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux LBM par convention avec [REDACTED] <b>Remarque 3 :</b> La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.
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 du CH de [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <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 CH de [REDACTED] pour les hospitalisations 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 le service de psychiatrie de [REDACTED]

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 l'unité de soins palliatifs du CH de [REDACTED] et disposer d'une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) interne.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED]



Fait à Toulouse, le 4 novembre 2023



**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 PRE D'AUBIE situé à ST CERE (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 (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
<b>Ecart 1 :</b> La structure déclare ne pas avoir de projet d'établissement valide ce qui contrevient à l'article L.311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Finaliser le projet d'établissement en cours d'élaboration. Le transmettre à l'ARS.	<b>Effectivité 2024</b>	[REDACTED]	Prescription 1 maintenue  Effectivité 2024
<b>Ecart 2 :</b> La structure déclare que 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.	Art. D.312-158, 3° du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	<b>Effectivité 2024</b>	[REDACTED]	Prescription 2 maintenue  Effectivité 2024
<b>Ecart 3 :</b>	Art. D.311-3 à 32-1 CASF	<b>Prescription 3 :</b> La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR	<b>Immédiat</b>	[REDACTED]	Prescription 3 levée

Les comptes rendus des réunions CVS ne sont pas systématiquement 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	des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.			
<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.	Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	<b>Prescription 4 :</b> Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le MEDCO soit titulaire d'un diplôme ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'article D.312-157 du CASF.	<b>Effectivité 2024</b>	[REDACTED]	Prescription 4 maintenue  Effectivité 2024

<b>Ecart 5 :</b> Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF. Il est à [REDACTED] ETP au lieu de 0,40 ETP.	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 5 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	<b>Effectivité 2024</b>	[REDACTED]	Prescription 5 maintenue jusqu'à l'ETP conforme. Effectivité 2024
<b>Ecart 6 :</b> La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.	Art. L.331-8-1 du CASF	<b>Prescription 6 :</b> Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ». Transmettre le document à l'ARS.	<b>Immédiat</b>	[REDACTED]	Prescription 6 levée
<b>Ecart 7 :</b> La structure déclare que le projet d'établissement ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.	Art. D.311-38 du CASF Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	<b>Prescription 7 :</b> Veiller à intégrer le volet médical dans le projet d'établissement.	<b>Effectivité 2024</b>	[REDACTED]	Prescription 7 maintenue Effectivité 2024

Remarques (3)	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
<p><b>Remarque 1 :</b> L'absence de légende horaire sur le planning transmis ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents.</p>		<p><b>Recommandation 1 :</b> Transmettre à l'ARS les plannings des IDE et des AS-AMP-AES du jour dit contenant une légende horaire.</p>	Immédiat		Recommandation 1 levée
<p><b>Remarque 2 :</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 suivantes : Troubles du transit, Incontinence, Troubles du sommeil, Ostéoporose et activité physique.</p>	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<p><b>Recommandation 2 :</b> Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.</p>	6 mois		Recommandation 2 levée

<b>Remarque 3 :</b> La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.		<b>Recommandation 3 :</b> La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie.	<b>6 mois</b>	[REDACTED]	Recommandation 3 levée
--	--	---	---------------	------------	------------------------