

RAPPORT EHPAD « RESIDENCE SAINT ASTIER»

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 RESIDENCE SAINT ASTIER

Adresse : PRES DE LA SOCIETE ; 46150 CATUS

N° FINESS Juridique : 460786940

N° FINESS Géographique : 460786957

Gestionnaire : Centre Communal d'Action Sociale de Catus

Tél. : 05 65 21 20 60

Mail direction et/ou directeur : direction@ehpad-catus.com

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'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 discréetion 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	10
II - RESSOURCES HUMAINES	11
2.1 - Effectifs	11
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	12
3.1 - Projet général médico-soignant.....	12
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	14
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	16
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	17

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 RESIDENCE SAINT ASTIER 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 **18 août 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 :

Nom de l'EHPAD	EHAPD RESIDENCE SAINT ASTIER	
Statut juridique	Etablissement Public Territorial (CCAS)	
Option tarifaire	Forfait Global de soin	Forfait Global de soin
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	Sans PUI
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	44	44
HT	1	1
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)	GMP : [REDACTED]	
Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	PMP : [REDACTED]	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	44	44

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme a bien été transmis.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	Art. D.312-176-10 du CASF	<p>La structure a transmis le contrat du directeur daté et signé du [REDACTED] pour une durée de [REDACTED] [REDACTED]).</p> <p>L'établissement a transmis le relevé de notes du directeur pour le [REDACTED]. Le document délivré par [REDACTED] mentionne une admission. Il est daté et signé du [REDACTED].</p> <p>La structure déclare que le directeur exerce des fonctions de direction sur un autre établissement : EHPAD Résidence Petit Bois 46090 PRADINES.</p> <p>A noter que : depuis le 1er janvier 2018, 3 personnes ont assuré la fonction de direction au sein de l'EHPAD.</p>
DUD : Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	Art. L.315-17 du CASF	Le Document Unique de Délégation est daté et signé du 11 mars 2021. Conformité à la réglementation.
Le calendrier des astreintes du 1^{er} semestre 2023 est-il fixé ?		<p>La structure déclare ne pas avoir d'astreinte en place pour la direction.</p> <p>Remarque 1 : L'absence de transmission du planning des astreintes ne permet pas à la mission de s'assurer de la continuité de service</p>

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.</p> <p>Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	<p>Le règlement de fonctionnement transmis par la structure a été validé par le Conseil d'Administration le 17 Décembre 2019.</p> <p>Conformité à la réglementation.</p>
Est-ce qu'un livret d'accueil 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)	Art. L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	<p>La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.</p>
Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	Art. L.311-4 du CASF	<p>Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure.</p>
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	<p>Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.</p>

<p>La commission de coordination gériatrique 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>Art. D.312-158, 3° du CASF (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 commission de coordination gériatrique est constituée et active. La structure informe que la première réunion de la CCG aura lieu le 23 novembre 2023. Conformité.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (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^{er} janvier 2023</p> <p>Art. L.311-6 du CASF</p> <p>Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p>	<p>La structure déclare que le CVS est constitué et actif. Seul 1 compte-rendu portant la date du 1^{er} février a été transmis, l'année n'étant pas précisée.</p> <p>Ecart 2 : L'absence de transmission des documents demandés ne permet pas à la mission de s'assurer que le CVS se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du Président conformément aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC

Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Le MEDCO est titulaire de la [REDACTED] <u>Ecart 3 :</u> Le contrat du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'a pas été transmis ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article D. 312-159-1 du CASF.
Contrat de travail du MEDEC	<u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	L'établissement déclare un équivalent temps plein du médecin Coordonnateur de [REDACTED] ETP 46 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. <u>Ecart 4 :</u> Le temps d'ETP du médecin coordonnateur ([REDACTED] ETP au lieu de 0,40 ETP) contrevient à l'article D312-156 du CASF.
IDEDEC : Contrat de travail et date du recrutement	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP	L'arrêté de recrutement de l'IDEDEC par voie de mutation a été transmis, il est daté et signé du [REDACTED]
L'IDEDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	 <u>Remarque 2 :</u> La structure déclare que L'IDEDEC n'a pas bénéficié de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	Ecart 5 : La structure déclare ne pas avoir de procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF.
Des réunions d'échanges et de réflexion 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 les comptes rendus des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisés.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		Remarque 3 : La structure déclare ne pas organiser de RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
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 ?	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 : 0 signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		Remarque 4 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.

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 [REDACTED] IDE AS psychologue kinésithérapeute libéral psychomotricienne libérale animatrice</p> <p>L'établissement déclare que [REDACTED] salariés ont 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"> - 1 ETP vacant d'IDE et 1 ETP vacant d'AS-AES-AMP. - Pour les personnels IDE : 51,99 % de taux d'absentéisme, le taux de turn-over n'a pas été communiqué. - Pour les personnels AS-AES-AMP : 15,88 % de taux d'absentéisme et 31,25 % de taux de turn-over. <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis</p>
2.2 - Formation	
Plans de formation interne et externe	<p>HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</p> <p>Remarque 5 : La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation interne et/ou externe.</p>

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	Ecart 6 : 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.
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	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour signée 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)	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u>	Remarque 6 : La structure déclare l'absence de 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 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.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La procédure du circuit du médicament 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 dispose d'une convention pour la fourniture et la préparation des produits pharmaceutiques 2023-2028 avec la pharmacie d'officine [REDACTED].
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.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		Remarque 7 : La structure déclare l'absence de dispositif de communication avec les familles.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	<u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u>	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	<u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u>	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 ?	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u> 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.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Remarque 8 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonne 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 5 procédures. 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,

	<p>Alimentation/fausses routes, Incontinence, Soins palliatifs/ fin de vie, Décès du patient.</p> <p>Remarque 9 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Troubles du sommeil, Dépression, Ostéoporose et activité physique.</p>
--	--

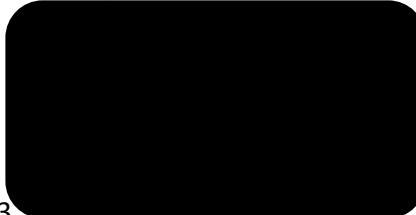
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		<p>La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un médecin traitant [REDACTED]</p> <p>Le médecin coordonnateur est médecin traitant de [REDACTED] résidents</p>
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 chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP).
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		
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)		Remarque 10 : L'absence de réponse ne permet pas à la mission de vérifier l'organisation des accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		Remarque 11 : L'absence de réponse ne permet pas à la mission de vérifier l'existence des accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		Remarque 12 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gérontologique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gérontologie (EMG).
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 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	Ecart 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Remarque 13 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		Remarque 14 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Remarque 15 : L'absence de réponse de la structure ne permet pas à la mission de vérifier l'existence d'une convention avec les HAD au jour dit.

Fait à Toulouse, le 6 novembre 2023



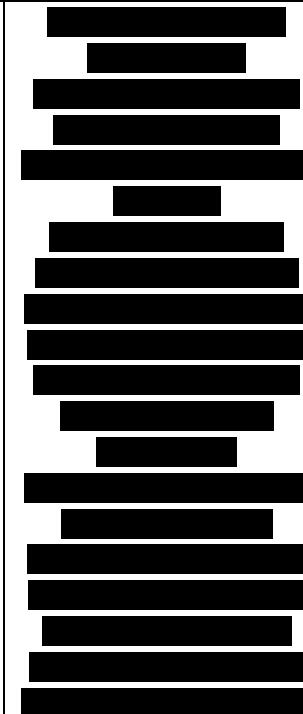
Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD RESIDENCE SAINT ASTIER situé à CATUS (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

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
<p>Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>	Art. L.311-8 du CASF	<p>Prescription 1 : Rédiger le projet d'établissement. Le transmettre à l'ARS.</p>	Effectivité 2024		<p>Prescription 1 maintenue Effectivité 2025</p>
<p>Ecart 2 : L'absence de transmission des documents demandés ne permet pas à la mission de s'assurer que le CVS se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du</p>	Art. D.311-3 à 32-1 CASF	<p>Prescription 2 : Transmettre les comptes rendus des réunions CVS de 2022, et la programmation de 2023.</p>	Immédiat		<p>Prescription 2 maintenue Jusqu'à la transmission de la programmation</p>

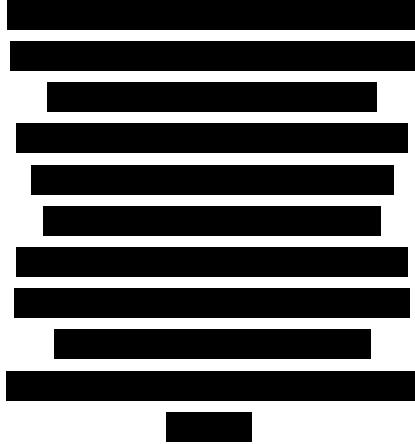
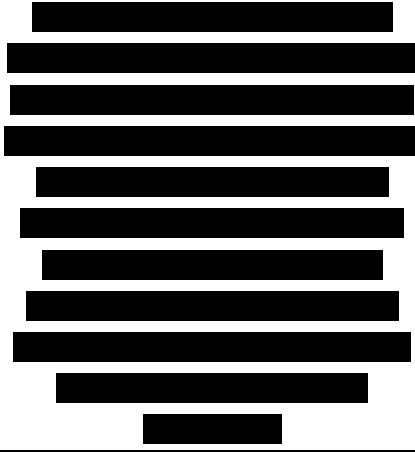
Président conformément aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.					des réunions de CVS pour 2024. Délai : 3 mois
Ecart 3 : Le contrat du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'a pas été transmis ce qui ne permet pas de vérifier la conformité à l'article D. 312-159-1 du CASF.	Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Prescription 3 : Le médecin coordonnateur doit disposer d'un contrat de travail, conformément à l'article 312-159-1 du CASF. Transmettre le document à l'ARS.	Immédiat		Prescription 3 levée
Ecart 4 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur (████ ETP au lieu de 0,40 ETP) contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 4 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		La mission prend note des éléments communiqués par la structure, cependant la Prescription 4 est réglementairement maintenue. Effectivité 2024-2025

Ecart 5 : La structure déclare ne pas avoir de procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF.	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 5 : Elaborer une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Transmettre le document à l'ARS.	6 mois		La mission prend note de la situation rencontrée par la structure Prescription 5 réglementairement maintenue Effectivité 2024-2025

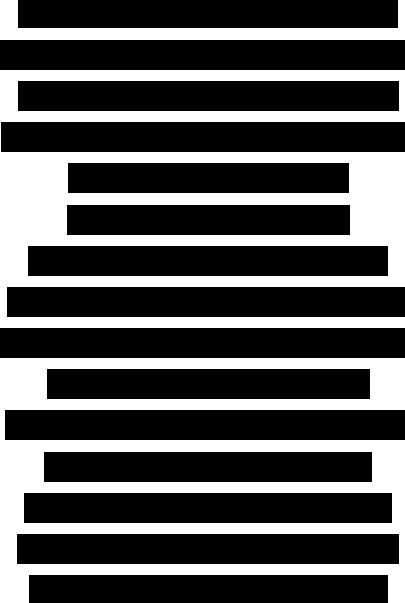
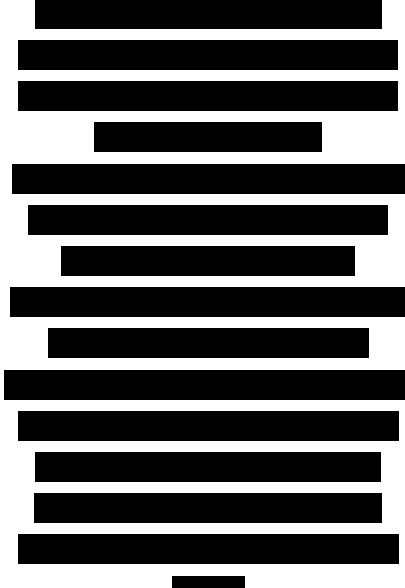
Ecart 6 : La structure déclare que le projet d'établissement ne comprend pas un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-38 du CASF.	Art. D.311-38 du CASF Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	Prescription 6 : Veiller à intégrer dans le projet d'établissement, le volet médical.	6 mois		Prescription 6 maintenue jusqu'à transmission du nouveau projet d'établissement. Effectivité 2025-
Ecart 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Prescription 7 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	6 mois		Prescription 7 maintenue Effectivité fin 2024

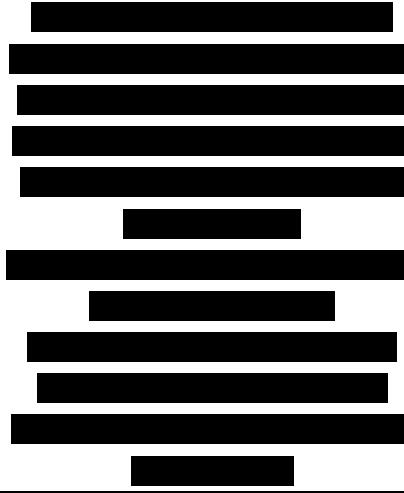
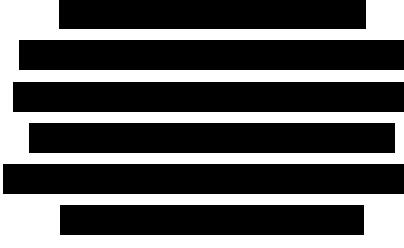
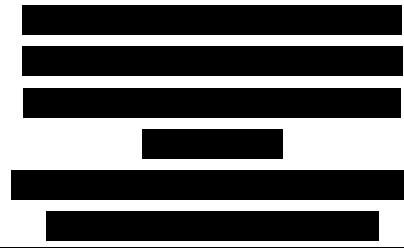
Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (15)	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>Remarque 1 : L'absence de transmission du planning des astreintes ne permet pas à la mission de s'assurer de la continuité de service</p>		<p>Recommandation 1 : Formaliser / Mettre en œuvre / Diffuser l'organisation de la permanence de direction. Transmettre le document à l'ARS.</p>	2 mois		<p>Recommandation 1 maintenue Effectivité 2024</p>
<p>Remarque 2 : La structure déclare que L'IDEC n'a pas bénéficié de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Recommandation : Engager l'IDEC dans une démarche de formation d'encadrement. Transmettre à l'ARS l'attestation d'entrée en formation de l'IDEC.</p>	Effectivité 2024		<p>Recommandation 2 maintenue Effectivité 2024</p>
<p>Remarque 3 : La structure déclare ne pas organiser de RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p>		<p>Recommandation 3 : Mettre en place des RETEX et les formaliser.</p>	6 mois		<p>Recommandation 3 maintenue Délai : 6 mois</p>

<p>Remarque 4 : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.</p>		<p>Recommandation 4 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.</p>	<p>Effectivité 2024</p>		<p>Recommandation 4 maintenue Effectivité 2024</p>
<p>Remarque 5 : La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation interne et/ou externe.</p>	<p><u>HAS, 2008, p.18</u> <u>HAS 2008, p.21</u></p>	<p>Recommandation 5 : La structure est invitée à élaborer et mettre en place un plan de formation interne et/ou externe en respect des attendus de l'HAS.</p>	<p>Effectivité 2024</p>		<p>Recommandation 5 levée</p>
<p>Remarque 6 : La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.</p>	<p><u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u></p>	<p>Recommandation 6 : Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 6 maintenue Effectivité 2024-2025</p>
<p>Remarque 7 : La structure déclare l'absence de dispositif de</p>		<p>Recommandation 7 : Elaborer et mettre en place un dispositif de</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation 7 levée</p>

communication avec les familles.		communication avec les familles.			
Remarque 8 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 8 : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie.	6 mois		Recommandation 8 maintenue Effectivité décembre 2024
Remarque 9 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Troubles du sommeil, Dépression, Ostéoporose et activité physique.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 9 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	Effectivité 2024		Recommandation 9 maintenue Effectivité fin 2024

<p>Remarque 10 : L'absence de réponse ne permet pas à la mission de vérifier l'organisation des accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>		<p>Recommandation 10 : Bien vouloir répondre à la question posée.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation 10 levée</p>
<p>Remarque 11 : L'absence de réponse ne permet pas à la mission de vérifier l'existence des accès aux plateaux techniques de la biologie et de l'imagerie.</p>		<p>Recommandation 11 : Bien vouloir répondre à la question posée.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation 11 levée</p>

<p>Remarque 12 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gérontologique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>		<p>Recommandation 12 : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gérontologique et avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.</p>	<p>Effectivité 2024</p> 	<p>Recommandation 12 levée</p>
<p>Remarque 13 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p>		<p>Recommandation 13 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie.</p>	<p>6 mois</p> 	<p>La mission prend en compte le contexte territorial du Lot et l'accès complexe aux services de psychiatrie.</p> <p>Recommandation 13 maintenue jusqu'à la possible contractualisation qu'il conviendrait de mettre en œuvre.</p>
<p>Remarque 14 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).</p>		<p>Recommandation 14 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile</p>	<p>6 mois</p> 	<p>Recommandation 14 levée</p>

		de soins palliatifs (EMSP).			
Remarque 15 : L'absence de réponse de la structure ne permet pas à la mission de vérifier l'existence d'une convention avec les HAD au jour dit.		Recommandation 15 : La structure est invitée répondre à la question demandée.	Immédiat		<p>La mission prend en compte l'argumentaire de la structure</p> <p>Recommandation 15 maintenue jusqu'à la possibilité de faire une convention.</p>