

## **RAPPORT CONTROLE SUR PIECES**

### **EHPAD ROBERT DURRIEUX**

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

**DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD**

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

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

Structure	Equipe du contrôle sur pièces
Nom de l'EHPAD : EHPAD ROBERT DURRIEU Adresse : "62 RUE DU MANOIR DE CERE 46130 BRETENOUX" Numéro FINESS juridique : 460003379 Numéro FINESS géographique : 460785892 Nom de l'organisme gestionnaire : CIAS CAUVALDOR N° de téléphone : 565331271 Mail direction et/ou directeur(trice) : [REDACTED]	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED] Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

### **AVERTISSEMENT**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'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 .....	8
1.4 - Qualité et GDR .....	9
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 .....	19
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	20

## INTRODUCTION

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

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



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

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

Le contrôle sur pièce s'est déroulé le 06/03/2024 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (cf. annexe n°1),

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

La structure inspectée se présente comme suit :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	ROBERT DURRIEU	
<b>Statut juridique</b>	FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE CIAS CAUVALDOR	
<b>Option tarifaire</b>	PARTIEL	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	SANS	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
HP	37	37
HT	2	3
PASA	0	0
UHR	0	0
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP :  PMP : 	Validé le : 01/06/2022 Validé le : 01/06/2022
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	37	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement</b>		L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 14/04/2024. Il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels.
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme Contrat.	<u>EHPAD privé :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF  <u>EHPAD public :</u> Art. D.312-176-10 du CASF	La structure dispose d'une directrice. Son arrêté de nomination au grade [REDACTED] a bien été transmis en date du [REDACTED].  La directrice dispose du [REDACTED]  La directrice exerce au niveau de plusieurs structures : RA LES CESARINES/ RA LA CERISAIE.  Conformité.
<b>Document Unique de Délégation (DUD)</b> <b>Délégation signature</b>	<u>EHPAD Privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	Le Document Unique de délégation a été transmis. Il est daté et signé du 31/05/2018. Conformité.
Le <b>calendrier des astreintes</b> pour l'année 2024 est-il fixé ?		<b>Remarque 1 :</b> La structure ne dispose pas calendrier des astreintes.

<b>1.2 - Fonctionnement institutionnel</b>		
<b>Projet d'établissement</b>	Art. L.311-8 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2023-2028.

		Conformité à la réglementation.
<b>Règlement de fonctionnement</b>	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté du 29 août 2005.  <b>Ecart 1</b> : Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article Art. R.311-33 du CASF.
Un <b>livret d'accueil</b> est-il remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour)	Art. L311-4 du CASF  <u>Recommandation ANESM</u> : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes. Conformité.
Chaque résident dispose-t-il d'un <b>contrat de séjour individualisé de prise en charge</b> ?  Le contrat de séjour est-il signé ?	<u>Contrat de séjour</u> : Art. L.311-4 du CASF  <u>Signature</u> : Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
La <b>Commission de Coordination Gériatrique (CCG)</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et	<u>Médecin coordonnateur préside la commission réunie au moins 1x/an</u> : Art. D.312-158, 3° du CASF  Arrêté du 5 septembre 2011	La composition de la CCG a bien été transmise : Direction/médecin Co/IDE/IDEC/Pharmacien/médecins libéraux/Kinés.  La structure a transmis la composition de la commission de coordination gériatrique (CCG), le compte-rendu daté de 2023, le compte rendu de 2024 ont été transmis. La prochaine CCG aura lieu le 14 Janvier 2025.

libéraux au sein de l'établissement est-elle : - Constituée ? - Active ?	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	La CCG est constituée et active.  Conformité à la réglementation.
<b>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) :</b> Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.  Est-il opérationnel ?	<u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3  <u>Composition et fonctionnement :</u> Art. D.311-4 à 20 CASF  <u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF  <u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF  <u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26  <u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF  <u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Le CVS est constitué.  La structure a transmis les 3 comptes rendus des réunions de CVS de 2023.  Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.  Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.  La programmation 2024 prévoit 3 réunions, le 04/2024, le 09/2024 et le 12/2024.

### 1.3 - MEDCO et IDEC

<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Le contrat du médecin coordonnateur a bien été transmis à [REDACTED] par semaine.  Il est titulaire d'un DU [REDACTED] délivré en [REDACTED].
----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



gériatrie)  <b>Contrat</b> de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	<u>Contrat du MEDCO :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF  HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Conformité.
<b>ETP MEDCO</b>	Art. D.312-156 du CASF	<b>Ecart 2 :</b> La réglementation prévoit pour une capacité de 37 places un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 37 places autorisées, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
<b>IDEC :</b> Contrat et date du recrutement  L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</b> Qualification et diplôme de l'IDEC	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC à [REDACTED] ETP.  <b>Remarque 2 :</b> Au jour du contrôle, le contrat de travail / arrêté de nomination (document probant n° 19) n'a pas été transmis.  Formation : [REDACTED].

## 1.4 - Qualité et GDR

Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes,	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

évènements indésirables associés aux soins EIAS) ?	soins réalisés en dehors des établissements de santé	
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<p>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</p> <p>Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008</p> <p>Art. L.312-8 du CASF</p>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p> <p>Depuis 2021, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves</b></p>	<p><u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Elle porte bien la mention « <b>sans délai</b> ».</p> <p>Conformité.</p> <p>La structure mentionne 4 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>

déclarés auprès de l'ARS et du CD au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?		<p>Nombre : 4</p> <p>Typologie : Acte de malveillance/défaillance technique/ Comportement violent de la part d'un usager envers un autre usager/incident lié à un défaut de soins ou de surveillance"</p>
<p>Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.</p> <p>Non proposé par le CNFPT.</p>		<p><b>Remarque 3 :</b></p> <p>Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		<p>Non car non élaboré. Visite de l'établissement et formation en interne (incendie, hygiène, gériatrie).</p> <p><b>Remarque 4 :</b> La structure déclare ne pas remettre un livret d'accueil du personnel à chaque nouvel arrivant.</p>
<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p> <p>Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.</p>	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <p>Médecin coordonnateur/ IDEC / ■ IDE / ■ AS/ ■ AMP</p> <p>■ salarié(e)s ont un statut de « faisant fonction AS ».</p> <p>Nombre de personnel faisant fonction inscrit dans un protocole VAE : ■</p> <p>■ IDE faisant fonction IDEC.</p> <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p> <p>Nombre d'ETP d'IDE vacant au jour du contrôle : 1 poste vacant / Recours à des IDE retraitées de l'établissement.</p> <p>Taux de turn over des personnels IDE sur la période du 1er janvier 2023 au jour du contrôle : 70%.</p> <p>Taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1er janvier 2023 au jour du contrôle : 54%.</p> <p>Le taux d'encadrement : 0,78.</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)</p> <p>HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)</p>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis.</p> <p>Les formations des AS « faisant fonction » sont bien inscrites dans les plans.</p>

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF Art. L.311-8 du CASF  <u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF	Le projet d'établissement comprend un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Conformité.
Disposez-vous d'une annexe au contrat de séjour ?	<u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF  <u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour.

Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	<b>Remarque 5 :</b> 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 ?		La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ecrites dans le dossier informatisé / Transmissions 1/4 d'heure le matin et 1/2 en début AM.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a bien été transmise. Pas d'observations.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 II du CSP	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine [REDACTED] Conformité.

La structure organise t'elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R.5132-3 et suivants du CSP	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions. [REDACTED].  Conformité.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure. Visio / Mails/ Téléphone/ Panneau d'affichage/ Cahier de satisfaction.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques		
Disposez-vous d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	Plusieurs procédures concernant l'hygiène des mains, précautions standards ont été transmises. Pas d'observations.



<p>Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ?</p> <p>Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?</p>	<p>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</p>	<p>La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise.</p> <p>Pas de remarques particulières.</p> <p>Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).</p>
<p>Disposez-vous d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?</p>	<p><u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF</p> <p>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</p>	<p>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.</p> <p>Conformité.</p>
<p>Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?</p>	<p><u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017</p>	<p><b>Remarque 6 :</b> La structure ne dispose pas de procédure de prévention du risque iatrogénie.</p>
<p>Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?</p>	<p>Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005</p> <p>Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007</p>	<p>La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise.</p> <p>Pas d'observations.</p>

De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	<b>Remarque 7 :</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 : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alimentation/fausses routes</li> <li>2. Nutrition/dénutrition</li> <li>3. Déshydratation</li> <li>4. Troubles du sommeil</li> </ol>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé			
Chaque résident a-t-il un <b>médecin traitant</b> ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.	
Chaque résident dispose-t-il d'un <b>projet d'accompagnement personnalisé (PAP)</b> comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7° du CASF  <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprend un PSI et un PIV pour chaque résident.  <b>Ecart 3 :</b> La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>ème</sup> alinéa.	

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> <p>- Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise</p> <p>- Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gériatrie par exemple)</p>		<p>La structure déclare avoir organisés les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec l'organisme suivant : recours expertise plaie/Cicat, HAD.</p> <p>Pas d'observations.</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>La structure déclare avoir organisé les accès aux LBM : [REDACTED].</p> <p>Pas d'observations.</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?</p>		<p><b>Remarque 8 :</b></p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatrique. Elle déclare également ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?</p>	<p><u>Conventions :</u></p> <p>Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5<sup>ème</sup> alinéa</p>	<p>La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour suivant : CH de [REDACTED].</p> <p>Conformité.</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		<p>Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p> <p>██████████.</p> <p>Pas de remarques particulières.</p>
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?	<p>Art. L311-8 du CASF</p> <p>Art. D311-38 du CASF</p>	<p>Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).</p> <p>CH de ██████████</p> <p>Conformité.</p>
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		<p>La structure a transmis la convention avec l'HAD suivante :</p> <p>██████████</p> <p>Pas d'observations.</p>

Fait à MONTPELLIER, le 11/04/2024



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

## Tableau définitif de synthèse des écarts et des remarques

### Contrôle sur pièces de l'EHPAD ROBERT DURRIEUX situé à BRETENOUX (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 (3)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription-recommandation)	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 Maintenue : 1 Levées : 2
<b>Ecart 1 :</b> Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de plus de 5 ans, ce qui contrevient à l'article R.311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement.	Délai : 2 mois.	[REDACTED]	Prescription levée dès transmission du nouveau règlement de fonctionnement.
<b>Ecart 2 :</b> La réglementation prévoit pour une capacité de 37 places un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 37 places autorisées, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	<b>Délai :</b> Effectivité 2024	[REDACTED]	Prescription réglementairement maintenue  Délai : Effectivité 2024-2025.
<b>Ecart 3 :</b> La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 <sup>ème</sup> alinéa.	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7° du CASF  <u>Equipe, PSI</u> <u>PIV :</u>	<b>Prescription 3 :</b> La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé et à s'assurer de l'existence d'un PAP comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident.	<b>Délai :</b> Effectivité 2024.	[REDACTED]	Prescription levée



	Art. D.312-155- 0 du CASF				
--	------------------------------	--	--	--	--



<b>Remarque 3 :</b> Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.		<b>Recommandation 3 :</b> L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration avec un autre organisme que celui cité qui ne propose pas cette formation.	<b>Délai :</b> 6 mois	[REDACTED] [REDACTED]	Recommandation maintenue  Délai : 6 mois
<b>Remarque 4 :</b> La structure déclare ne pas remettre un livret d'accueil du personnel à chaque nouvel arrivant.		<b>Recommandation 4 :</b> Bien vouloir transmettre un livret d'accueil du personnel à chaque nouvel arrivant.	<b>Délai : 6 mois</b>	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation levée
<b>Remarque 5 :</b> La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	<b>Recommandation 5 :</b> Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Transmettre la procédure à l'ARS.	<b>Délai :</b> 2 mois	[REDACTED]	Recommandation levée
<b>Remarque 6 :</b> La structure ne dispose pas de procédure de prévention du risque iatrogénie.	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	<b>Recommandation 6 :</b> La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie. Transmettre la procédure à l'ARS.	<b>Délai : 6 mois</b>	[REDACTED]	Recommandation levée
<b>Remarque 7 :</b>	Recommandations de bonne	<b>Recommandation 7 :</b>	<b>Délai : 6 mois</b>	[REDACTED]	Recommandation levée

