

RAPPORT EHPAD « ANDRE ALDEBERT »

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 ANDRE ALDEBERT

Adresse : RTE DE MALBOUZON 48260 NASBINALS

N° FINESS Juridique : 480780170

N° FINESS Géographique : 480783372

Gestionnaire : EHPAD ANDRE ALDEBERT

Tél. : 04 66 42 59 50

Mail direction et/ou directeur : maisonderetraite.nasbinals@orange.fr

Equipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom de la gestionnaire instructrice : [REDACTED]

Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

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

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

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

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

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

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

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

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'appréhender au cas par cas si certaines 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 discréption 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	13
2.1 - Effectifs	13
2.2 - Formation.....	13
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	15
3.1 - Projet général médico-soignant.....	15
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	18
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	20
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	21

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 ANDRE ALDEBERT 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 **25 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 :

Nom de l'EHPAD	ANDRE ALDEBERT	
Statut juridique	Public hospitalier autonome	
Option tarifaire	partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	40	40
HT		
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	40	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement : Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	La structure a transmis l'organigramme. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Le diplôme du directeur a été transmis. Il est signé et daté du [REDACTED]. L'arrêté de nomination a été transmis. Il est signé et daté du [REDACTED]. Le directeur exerce ses fonctions au sein d'un autre établissement : EHPAD SAINT JOSEPH.
DUD : Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	Sans objet.
Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2023 est-il fixé ?		Le planning a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	<p>La structure déclare : Révision et prolongation du projet d'établissement (passage en instances au dernier trimestre 2023), du fait de la Covid et dans l'attente de la signature du CPOM.</p> <p>Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans le jour du contrôle, 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>La structure déclare : Nouveau règlement de fonctionnement (7.2) qui doit être voté au dernier trimestre 2024 à Nasbinals (adopté par l'ensemble des instances de Saint-Urcize au premier semestre 2023).</p> <p>Ecart 2 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.</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	Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	Art. L.311-4 du CASF	Le contrat de séjour a 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 sa signature par le résident ou son représentant légal, ainsi que la direction.

<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 structure déclare : Commission de coordination gériatrique non encore installée à Nasbinals. Réunion d'installation programmée le 21.02.2024 (cf. ordre du jour - 1.9).</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?</p> <p><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><u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF Art. D.311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis les 3 comptes rendus de CVS de l'année 2022, ainsi que la programmation de l'année 2023.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC

	<p>Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p> <p>Contrat 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>La structure a transmis le contrat du MEDCO. Il est signé et daté du [REDACTED].</p> <p>La structure déclare : Le médecin coordonnateur ne nous a pas fourni ses diplômes en coordination médicale et gérontologie. Il indique ne pas les avoir en sa possession. En août 2023, nous nous sommes rapprochés de l'Université [REDACTED] pour les obtenir. Nous sommes toujours dans l'attente des diplômes du MEDEC.</p> <p>Ecart 3 : Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le MEDCO soit titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'article D.312-157 du CASF.</p>
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF		<p>Le temps d'ETP du médecin Co est de [REDACTED] pour 40 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,4 médecin Co.</p> <p>Ecart 4 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
IDECC : Contrat de travail et date du recrutement	<p>Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011</p> <p>Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP</p>		<p>La structure déclare : Les fonctions d'IDEC sont assurées conjointement par nos [REDACTED] IDE (dont une est mise à disposition par l'EHPAD de Saint-Urcize - 16.3), afin d'assurer la continuité de la coordination infirmière.</p> <p>La structure a transmis le contrat des [REDACTED] IDEC signé et daté :</p> <p>[REDACTED]</p>

<p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</p> <p>Qualification et diplôme de l'IDEC.</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>La structure déclare que les IDEC ont bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste : « Pour [REDACTED], communication d'équipe (2008), encadrement IDEC (2011), binôme AS-IDE (2011), projet de vie individualisé (2015), outil [REDACTED] (2015), outil [REDACTED] (2018 et 2022) et DU [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Pour [REDACTED], formations au management à [REDACTED] (avant 2017), entretien professionnel (2022) et outil [REDACTED] (2022).</p>
--	--	--

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	Procédure en cours de finalisation. Ecart 5 : La procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles n'est pas encore finalisée ce qui contrevient à la réglementation en vigueur.
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 des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		Remarque 1 : La structure déclare ne pas organiser des 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 déclare 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 2 : 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>Remarque 3 : Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour dit n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents.</p> <p>Le tableau d'effectifs a été transmis. L'équipe se compose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MEDCO - IDEC - AS <p>Le nombre d'ETP vacant des IDE est de 0. Le taux d'absentéisme est de 0,08%. Le taux de rotation est de 0.</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG est de 0. Le taux d'absentéisme est de 7,66%. Le taux de rotation est de 69,44%.</p>

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	HAS, 2008, p.18	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.

	<p><u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u></p> <p><u>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</u></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	La structure déclare : Projet d'établissement comprenant un volet médico soignant, mais pas d'objectifs institutionnels de sécurité sanitaire et protection de la population accueillie à proprement parler.
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	L'annexe au contrat de séjour en cours d'adoption a été transmise par la structure. Le modèle 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 été transmise par la structure.
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>	La structure déclare l'existence d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.

Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 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 avec la pharmacie de [REDACTED]. La convention a été transmise.
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 ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	<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 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>	Remarque 4 : La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24.
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)	Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.
Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Remarque 6 : 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 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a été transmise par la structure.
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 : Système documentaire qualité en cours de construction et dans lequel les protocoles anciens n'ont pas encore été intégrés. L'existence de nombreuses procédures formalisées ne garantit pas la qualité des soins: une procédure qui a été formalisée peut ne pas être appliquée, tandis qu'une procédure

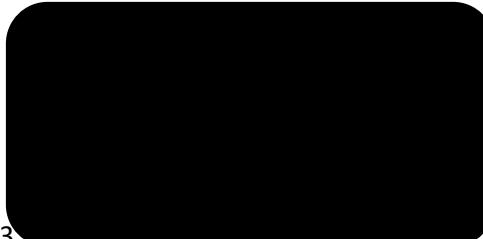
		<p>maîtrisée par une équipe de soins peut ne pas avoir été formalisée mais être bien appliquée par cette même équipe.</p> <p>Remarque 7 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, déshydratation, escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs/ fin de vie, décès du patient.</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 : Sur █ résidents accueillis, █ disposent d'un PAP, un seul PAP ayant cependant été tracé dans le logiciel de soins.
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 ?	Article L 312-1 du CASF Article L 312-8 de la Loi du 2 janvier 2002	La structure déclare : Nous manquons de personnel et ne pouvons donc pas élaborer trois projets par résident. Ecart 6 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa.

3.4 - Relations avec l'extérieur		
Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ? - 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.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		Remarque 8 : 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).
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)	La structure a signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour : CH [REDACTED] / CH [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie : CH de [REDACTED] / CH [REDACTED]

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure a signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs : CH de [REDACTED] / CH [REDACTED] / ESMS numérique.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure a signé une convention avec l'HAD [REDACTED].

Fait à Montpellier, le 07 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 « ANDRE ALDEBERT » (48)**

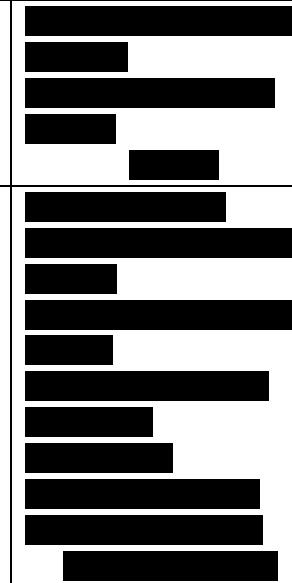
Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

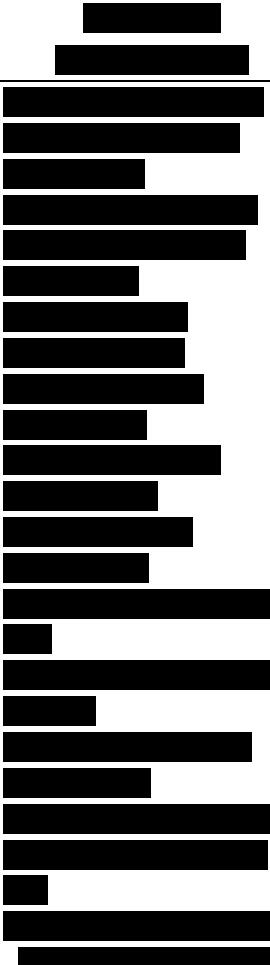
Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE
CONTROLE SUR PIECES N° : MS_2023_48_CP_18
EHPAD ANDRE ALDEBERT
TABLEAU DE SYNTHESE DES ECARTS ET REMARQUES
Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2
occitanie.ars.sante.fr  

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecarts (6)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<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>	<p>Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)</p>	<p>Prescription 1 : Transmettre à l'ARS le projet d'établissement actualisé dès sa validation.</p>	<p>1^{er} trimestre 2024</p> 	<p>Prescription n°1 : Réglementairement maintenue. Jusqu'à signature du CPOM</p>	

Ecart 2 : En ne disposant pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Prescription 2 : Transmettre à l'ARS le règlement de fonctionnement actualisé dès sa validation.	Effectivité 2024		Prescription n°2 : Levée
Ecart 3 : Le gestionnaire de l'établissement doit garantir que le MEDCO soit titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'article D.312-157 du CASF.	Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Prescription 3 : Transmettre les diplômes requis	1^{er} semestre 2024		Prescription n°3 : Maintenue

Ecart 4 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 4 : Se mettre en conformité avec la réglementation.	Effectivité 2024		Prescription n°4 : Réglementairement maintenue Délai : Effectivité 2024
Ecart 5 : La procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles n'est pas encore finalisée ce qui contrevient à la réglementation en vigueur.	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 5 : Transmettre à l'ARS la procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles dès sa finalisation.	6 mois		Prescription n°5 : Levée

Ecart 6 : La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet individuel de vie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 6 : Se mettre en conformité avec la réglementation. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	Effectivité 2024	[REDACTED]	Prescription n°6 : Levée

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (8)	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
<u>Remarque 1</u> : La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 1 : Mettre en place des RETEX et les formaliser – suite à un EIG. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation n°1 : Maintenue
<u>Remarque 2</u> : Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.		Recommandation 2 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration. Transmettre à l'ARS le plan de formation.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation n°2 : Levée
<u>Remarque 3</u> : Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour dit n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de s'assurer de la continuité d'accompagnement en soins des résidents.		Recommandation 3 : Transmettre à l'ARS les plannings des IDE et des AS – AMP- AES du jour dit.	Immédiat	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation n°3 : Levée

Remarque 4 : La structure déclare l'absence d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24.	<u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u>	Recommandation 4 : Etablir une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents et transmettre la procédure à l'ARS	6 mois		Recommandation n°4 : Levée
Remarque 5 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la 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)	Recommandation 5 : Elaborer et mettre en œuvre une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ; transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Recommandation n°5 : Levée
Remarque 6 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 6 : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie ; transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Recommandation n°6 : Levée

<p>Remarque 7 : 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. Sont manquantes : douleur, alimentation/fausses routes, troubles du transit, nutrition/dénutrition, déshydratation, escarres et plaies chroniques, état bucco-dentaire, incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs/ fin de vie, décès du patient.</p>	<p>Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)</p>	<p>Recommandation 7 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.</p>	<p>Effectivité 2024</p> 	<p>Recommandation n°7 : Levée</p>
<p>Remarque 8 : 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 8 : 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>6 mois</p> 	<p>Recommandation n°8 : Maintenue</p>