

RAPPORT EHPAD RESIDENCE MARGERIDE (48)

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 MARGERIDE

Adresse : 53, Rue du Portail - 48170 CHATEAUNEUF-DE-RANDON

N° FINESS Juridique : 480782309

N° FINESS Géographique : 480780659

Gestionnaire : CCAS de CHATEAUNEUF-DE-RANDON

Tél. : 04.66.47.24.00

Mail direction : [REDACTED]

Équipe du contrôle sur pièces

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

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

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de 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	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
2.1 - Effectifs	12
2.2 - Formation	12
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	13
3.1 - Projet général médico-soignant	13
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	18
3.4 - Relations avec l'extérieur	18

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 Résidence La Margeride 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 23 juillet 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.

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	EHPAD Résidence La Margeride	
Statut juridique	FPH	
Option tarifaire		
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	54	54
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)	GMP : [REDACTED] - validé le 19 mai 2017	
Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	PMP : [REDACTED] - validé le 19 mai 2017	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	54	

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	L'organigramme transmis mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente les différentes fonctions de l'EHPAD. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-10 du CASF	La structure déclare disposer d'un directeur, celui-ci exerce des fonctions de direction au sein de cette structure à [REDACTED] ETP. Son arrête, daté et signé [REDACTED], a bien été transmis. Conformité.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure couvre la période de 2014 à 2019. Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de 2023. Conformité.
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	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 contrat de séjour individualisé de prise en charge ? 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	La structure déclare que chaque résident dispose d'un contrat de séjour de prise en charge, elle déclare aussi que le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.

<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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituée ? - Active ? 	<p>Art. D.312-158, 3° du CASF</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>Ecart 2 :</p> <p>La structure déclare, au jour du contrôle, que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?</p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023</p> <p>Formes de participation :</p> <p>Art. L.311-6 du CASF</p> <p>Compétences :</p> <p>Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Fonctionnement :</p> <p>Art. D311-16 du CASF</p> <p>Formalisation des CR des séances CVS</p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS ainsi que le règlement intérieur. Le CVS est constitué.</p> <p>La structure a également transmis deux comptes rendus des réunions du CVS de 2023, dûment datés. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>La programmation pour 2024 prévoit trois réunions : le 29 janvier, le 16 septembre, le 16 décembre.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC

Contrat de travail du MEDEC	<u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Ecart 3 : Au jour du contrôle l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Sans objet.
IDECA : L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ? Contrat de travail et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC.	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. Son contrat de travail, daté et signé du [REDACTED] a bien été transmis. La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste.

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	<p>La structure déclare l'existence de réunions, mais sans formalisation.</p> <p>Remarque 1 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas formaliser les réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.</p>
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		<p>Remarque 2 : Au jour du contrôle, la structure déclare ne pas formaliser les réunions RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p>
Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	<u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u> 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>La structure déclare qu'actuellement, le plan de formation est peu développé. Ces formations seront organisées à partir de l'année 2025, suite à la fusion avec l'Hôpital [REDACTED].</p>

<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 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 ?</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 « sans délai ». Conformité.</p> <p>La structure déclare un signalement de dysfonctionnement grave déclaré auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et EIG ?</p>		<p>La structure déclare ne pas disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et EIG.</p> <p>Cependant, suite à la fusion avec l'Hôpital [REDACTED] prévue pour le 01 janvier 2025, le déploiement de BlueKango sera opéré. Dans ce cadre, des formations à l'utilisation de la GED ainsi qu'à la déclaration des EI et EIG seront organisées.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.
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 bien transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit.</p> <p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire en ETP :</p> <p>[REDACTED] ETP médecin - [REDACTED] ETP Infirmiers (dont [REDACTED] ETP IDEC) - [REDACTED] ETP aides-soignants/AMP - [REDACTED] ETP Animation - [REDACTED] ETP Psychologue.</p> <p>Durant la période du 1er janvier 2023 jusqu'à la signature du courrier de l'ARS, la structure a déclaré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ETP d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) vacant, et 12 Équivalents Temps Plein (ETP) vacants pour les postes d'Aide-Soignant (AS), Aide Éducatif et Social (AES), et Aide Médico-Psychologique (AMP). • Un taux d'absentéisme de 10,65% pour le personnel IDE, avec un taux de rotation (turn-over) de 50%. • Un taux d'absentéisme de 4,81% pour le personnel AS-AES-AMP, avec un taux de rotation de 13,51%. • Le taux d'encadrement de : 0,69% <p>Nombre de personnel faisant fonction AS/AMP : [REDACTED]</p> <p>Nombre de personnel faisant fonction inscrit dans un protocole VAE [REDACTED]</p> <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont bien été transmis.</p>

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<p>HAS, 2008, p.18</p> <p>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p.21</p>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont bien été transmis.</p> <p>Pas de remarques particulières.</p>

	<u>(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</u>
--	---

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

Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
--	------------------	--

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 disposer 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 bien été transmise. Pas de remarques particulières.

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 de [REDACTED]. Conformité.
La structure organise-t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions via le NETSOINS.
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 bien été transmise. Pas d'observations.
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 bien été transmise. Pas de remarques particulières.
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 structure a transmis sa procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention. Conformité.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Remarque 3 : La structure déclare ne pas avoir de 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 bien été transmise. Pas d'observations.
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 15 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, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence.

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) 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 structure déclare que l'Elaboration des projets personnalisés est en cours.
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 4 : La structure déclare ne pas 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 avec l'Hôpital [REDACTED] et LBM avec [REDACTED].
--	--	--

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare qu'une convention de partenariat avec la filière gérontologique est en cours dans le cadre du [REDACTED]. Elle précise également que l'accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG) de l'Hôpital [REDACTED] est en cours de mise en place.
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 déclare une filière directe avec l'Hôpital [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie du CMP de [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une unité mobile de soins palliatifs du [REDACTED]. Conformité.

soins palliatifs (EMSP) ?		
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD du [REDACTED].



Fait à Toulouse, le 05 septembre 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 RESIDENCE MARGERIDE
Situé à CHATEAUNEUF DE RANDON (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.

Ecarts (3)	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
Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	Prescription 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.	Effectivité 2024/2025		Maintien de la prescription n°1. La mission prend note du travail en cours. Délai : Effectivité 2025
Ecart 2 : La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	Art. D.312-158, 3° du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code	Prescription 2 : Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique (CCG) chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Constituer la commission de coordination gériatrique. Transmettre à l'ARS la date de la prochaine CCG.	Effectivité 2025		Levée de la prescription n°2, compte tenu de l'argumentaire présenté par la structure.

	de l'action sociale et des familles				
Ecart 3 : Au jour du contrôle, l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Art. D312-155-0 du CASF.	Prescription 3 : Se mettre en conformité à la règlementation.	Effectivité 2024/2025	[REDACTED]	Maintien réglementaire de la prescription 3. La mission prend note des recherches actuellement sans succès menées par la structure. Délai : Effectivité 2025

Remarques (4)	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
Remarque 1 : La structure déclare ne pas formaliser les réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs.	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	Recommandation 1 : La structure est invitée à s'assurer de l'organisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAs et à les formaliser conformément aux recommandations de l'ANESM.	2 mois		Levée de la recommandation 1.
Remarque 2 : Au jour du contrôle, la structure déclare ne pas formaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 2 : Formaliser des RETEX suite à un EIG.	6 mois		Levée de la recommandation 2.
Remarque 3 : La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommandation 3 : 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		Levée de la recommandation 3.

<p>Remarque 4 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>	<p>Recommandation 4 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>	<p>6 mois</p> 	<p>Levée de la recommandation n°4, compte tenu de la réponse apportée par la structure.</p>
---	---	--	---