

## **RAPPORT EHPAD VILLA SAINT JEAN**

### **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 VILLA SAINT JEAN

Adresse : 43 ROUTE VAL DE COLAGNE 48100 BOURGS SUR COLAGNE

N° FINESS Juridique : 480782135

N° FINESS Géographique : 480781897

Gestionnaire : ASSOCIATION VILLA SAINT JEAN

Tél. : 04 66 49 78 00

Mail direction et/ou directeur : [REDACTED]

#### **Équipe 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'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 .....	7
1.3 - MEDCO et IDEC .....	9
1.4 - Qualité et GDR .....	10
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 .....	17
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....	19
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	20

## 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 VILLA SAINT JEAN 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 **15 juin 2023** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires.

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

La structure inspectée se présente comme suit :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD VILLA SAINT JEAN	
<b>Statut juridique</b>	Association non lucratif	
<b>Option tarifaire</b>	Partiel	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Sans PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
HP	53	53
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP : ■■■ PMP : ■■■	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	53	

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>  Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	<b>Remarque 1 :</b> L'organigramme n'est pas nominatif et daté et ne mentionne pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure a transmis le contrat de travail de la directrice : il est signé et daté du [REDACTED].  <b>Ecart 1 :</b> La structure n'a pas transmis la certification de niveau 1 (BAC +5).
<b>DUD :</b> Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	<b>Ecart 2 :</b> Le DUD n'a pas été transmis et ou rédigé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-176-5 CASF.
Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 est-il fixé ?		<b>Remarque 2 :</b> Le planning n'a pas été transmis ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'organisation d'une permanence d'astreinte.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans)	Le projet d'établissement a été transmis par la structure. Sa date d'échéance est : 2026.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	La structure a transmis un règlement de fonctionnement validé par le CVS le 18 janvier 2018 donc caduc.  <b>Ecart 3</b> : 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.
Est-ce qu'un <b>livret d'accueil</b> est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour)	<a href="#">Art. L311-4 du CASF</a> <a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a>	<b>Ecart 4</b> : La structure ne répond pas à la question, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident.
Le contrat de séjour ( ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	<a href="#">Art. L.311-4 du CASF</a>	La structure a transmis le contrat de séjour.
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 et la direction.

<p>La <b>commission de coordination gériatrique</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?</p>	<p><b>Art. D.312-158, 3° du CASF</b> (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>La structure a transmis un compte rendu de commission gériatrique de l'année 2021.</p> <p><b>Ecart 5</b> : La mission n'est pas en mesure de savoir si la commission est toujours active.</p>
<p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <u>Cf. Document 6</u></p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2023 <u>Formes de participation</u> : Art. L.311-6 du CASF <u>Compétences</u> : Art. D.311-3 à 32-1 CASF Art. D.311-15 –I du CASF <u>Composition</u> : Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF <u>Elections</u> : Art. D.311-9 du CASF <u>Représentation syndicales</u> : Art. D.311-13 du CASF <u>Durée du mandat</u> : Art. D.311-8 du CASF <u>Fonctionnement</u> : Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis deux comptes rendus de CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 compte rendu 2021</li> <li>- 1 compte rendu 2023</li> </ul> <p><b>Ecart 6</b> : Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.</p> <p><b>Ecart 7</b> : Les comptes rendus des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p> <p><b>Remarque 3</b> : La programmation 2023 n'a pas été transmise.</p>



1.3 - MEDCO et IDEC		
<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)  <b>Contrat</b> de travail du MEDEC	<u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012  <u>Contrat</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p>La structure a transmis le contrat de travail du MEDCO, signé et daté du [REDACTED]</p> <p><b>Ecart 8</b> : La structure n'a pas transmis le 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.</p>
<b>ETP MEDEC</b>	Art. D.312-156 du CASF	<p><b>Ecart 9</b> : La structure ne répond pas à la question, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que le MEDCO effectue un temps d'équivalent temps plein adapté au nombre de places autorisées de la structure.</p>
<b>IDEC</b> : 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	<p>La structure a transmis l'avenant au contrat de travail de l'IDEC signé et daté du [REDACTED].</p>
L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?  Qualification et diplôme de l'IDEC.	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	<p><b>Remarque 4</b> : La structure ne répond pas à la question, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder au poste.</p>

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une <b>procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles</b> ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	<p>La structure a transmis la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD)</p> <p><b>Ecart 10</b>: La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>
<b>Des réunions d'échanges et de réflexion</b> 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	<p><b>Remarque 5</b> : La structure déclare ne pas avoir de formalisation de 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 ?		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 ?	<a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).
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 dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		La structure déclare l'existence d'un plan de formation du personnel à la déclaration.

## 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 planning des IDE et des AS –AMP- AES au jour dit.</p> <p><b>Remarque 6</b> : L'absence de légende et d'amplitudes horaires ne permet pas à la mission de s'assurer de la continuité de la prise en charge des résidents.</p> <p>Le tableau des effectifs a été transmis. L'équipe est pluridisciplinaire. Elle se compose de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MEDCO</li> <li>- IDEC</li> <li>- IDE</li> <li>- AS</li> <li>- Psychologue</li> <li>- animateur</li> <li>- ASL</li> </ul> <p>■ ASL faisant fonction AS.</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des IDE est de 0 Le taux d'absentéisme des IDE est de 1,46%. Le taux de rotation des IDE est de 0</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG est de 5+1ASL Le taux d'absentéisme des AS-AMP-AES-ASG est de 17,43%. Le taux de rotation des AS-AMP-AES-ASG est de 17,75%</p>
---	---	--

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<a href="#">HAS, 2008, p.18</a> <a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</a>  <a href="#">HAS 2008, p.21</a> <a href="#">(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</a>	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (Projet général de soins)	<p><u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF</p>	Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<p>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</p>	<b>Ecart 11 :</b> La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour signée pour chaque résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF/ ou à défaut de transmission par la structure du modèle de l'annexe du contrat de séjour, la mission n'est pas en mesure de s'assurer que la structure est conforme aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La structure a transmis la procédure d'admission formalisée.
Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	<a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</a>	<b>Remarque 7 :</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 ?	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 structure a transmis la procédure du circuit du médicament.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine PITEL.
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 ?	<a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a>	La structure a transmis la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	<a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a>	La structure déclare posséder une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).  <b>Remarque 8</b> : La structure n'a pas transmis le document correspondant.
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</a>  Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La structure a transmis la 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)	<b>Remarque 9</b> : 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 structure a transmis la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.

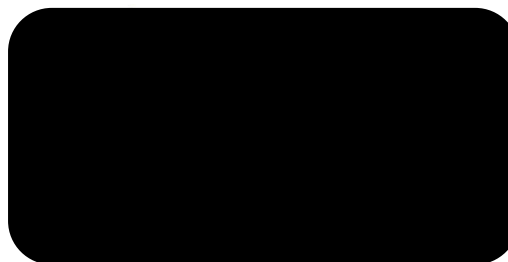
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<p>La structure déclare disposer de 52 procédures.</p> <p><b>Remarque 10</b> : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : Incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs.</p>
---	--	---

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) ?	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP). La procédure a été transmise.
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)		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare organisé les 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 ?		La structure déclare avoir signé une Convention de partenariat avec une filière gérontologique.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 <sup>ème</sup> alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		<b>Remarque 11</b> : 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) ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec un HAD.

Fait à Montpellier, le 24/08/2023



**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 « VILLA SAINT JEAN » (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 OCCITANIE  
CONTROLE SUR PIECES N° : MS\_2023\_48\_CP\_13  
DOSSIER EHPAD VILLA SAINT JEAN

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

Ecart	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<b>Ecart 1 :</b> La structure n'a pas transmis la certification de niveau 1 (BAC +5).	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> L'organisme gestionnaire doit transmettre à l'ARS le diplôme obtenu.	<b>2 mois</b>	██████████ ██████████	<b>Prescription n°1 : Levée</b>
<b>Ecart 2 :</b> Le DUD n'a pas été transmis et ou rédigé, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-176-5 CASF.	Art. D.312-176-5 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Le document unique de délégation au Directeur de la structure doit être élaboré et transmis aux autorités qui ont délivré l'autorisation et au conseil de la vie sociale (CVS).	<b>1 mois</b>	██████████ ██████████	<b>Prescription n°2 : Levée</b>
<b>Ecart 3 :</b> 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)	<b>Prescription 3 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.	<b>3 mois</b>	██████████	<b>Prescription n°3 : Levée</b>

<p><b>Ecart 4 :</b> La structure ne répond pas à la question, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident.</p>	<p><a href="#">Art. L311-4 du CASF</a>  <a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a></p>	<p><b>Prescription 4 :</b></p> <p>Transmettre à l'ARS le livret d'accueil remis à chaque nouveau résident.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°4 : Levée</b></p>
<p><b>Ecart 5 :</b> La mission n'est pas en mesure de savoir si la commission est toujours active.</p>	<p>Art. D.312-158, 3° du CASF</p>	<p><b>Prescription 5 :</b> Bien vouloir transmettre le compte rendu 2022 ainsi qu'un prévisionnel de la date de commission 2023.</p>	<p><b>1 mois</b></p>	<p>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°5 : Maintenue</b></p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>
<p><b>Ecart 6 :</b> Le CVS ne se réunit pas au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.</p>	<p>Art. D311-16 du CASF</p>	<p><b>Prescription 6 :</b> Réunir le CVS a minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF. Transmettre le calendrier de tenue des CVS pour 2023 à l'ARS.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°6 : Levée</b></p>
<p><b>Ecart 7 :</b> Les comptes rendus des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p>	<p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p><b>Prescription 7 :</b> La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°7 : Levée</b></p>



<p><b>Ecart 8 :</b> La structure n'a pas transmis le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie 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.</p>	<p>Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p>	<p><b>Prescription 8 :</b> Transmettre à l'ARS le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gériatrie 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.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°8 :</b> <b>Levée</b></p> <p><b>Bien veiller pour le nouveau recrutement au respect de la spécialisation demandé réglementairement</b></p>
<p><b>Ecart 9 :</b> La structure ne répond pas à la question, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que le MEDCO effectue un temps d'équivalent temps plein adapté au nombre de places autorisées de la structure.</p>	<p>Art. D.312-156 du CASF</p>	<p><b>Prescription 9 :</b> Transmettre tout document attestant de la conformité ETP médecin coordonnateur à l'ARS.</p>	<p><b>6 mois</b></p>	<p>[REDACTED] [REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°9 :</b> <b>Maintenue</b></p> <p><b>Délai : Effectivité 2024</b></p>
<p><b>Ecart 10 :</b> La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>	<p>Art. L.331-8-1 du CASF</p>	<p><b>Prescription 10 :</b> Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ».</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°10 :</b> <b>Levée</b></p>


<p><b>Ecart 11 :</b> La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour signée pour chaque résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF/ ou à défaut de transmission par la structure du modèle de l'annexe au contrat de séjour, la mission n'est pas en mesure de s'assurer que la structure est conforme aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF</p>	<p>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</p>	<p><b>Prescription 11 :</b> La structure est invitée à s'assurer de l'existence pour chaque résident de l'annexe au contrat de séjour, de sa signature et de la remise à ce dernier. Transmettre à l'ARS un exemplaire d'annexe au contrat de séjour.</p>	<p><b>3 mois</b></p>		<p><b>Prescription n°11 : Levée</b></p>
---	--	---	----------------------	--	---

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques	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	Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1</b> : L'organigramme n'est pas nominatif et daté et ne mentionne pas les liens hiérarchiques et fonctionnels.		<b>Recommandation 1</b> : La structure est invitée à transmettre un organigramme daté, nominatif et mentionnant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	Immédiat		Recommandation n°1 : Levée
<b>Remarque 2</b> : Le planning n'a pas été transmis ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'organisation d'une permanence d'astreinte.		<b>Recommandation 2</b> : Transmettre le calendrier des astreintes 2023 à l'ARS.	1 mois		Recommandation n°2 : Levée
<b>Remarque 3</b> : La programmation 2023 n'a pas été transmise.		<b>Recommandation 3</b> : Transmettre à l'ARS la programmation des CVS 2023.	Immédiat		Recommandation n°3 : Levée

<p><b>Remarque 4 :</b> La structure ne répond pas à la question, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder au poste.</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p><b>Recommandation 4 :</b> Transmettre le diplôme de l'IDEC ou tout document attestant d'une formation à l'encadrement.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b>Recommandation n°4 : Levée</b></p>
<p><b>Remarque 5 :</b> La structure déclare ne pas avoir de formalisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.</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><b>Recommandation 5 :</b> 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.</p>	<p>3 mois</p>		<p><b>Recommandation n5 : Levée</b></p>
<p><b>Remarque 6 :</b> L'absence de légende et d'amplitudes horaires ne permet pas à la mission de s'assurer de la continuité de la prise en charge des résidents.</p>		<p><b>Recommandation 6 :</b> Transmettre à l'ARS les plannings des IDE et des AS – AMP- AES avec la légende et les amplitudes horaires.</p>	<p>Immédiat</p>		<p><b>Recommandation n°6 : Levée</b></p>
<p><b>Remarque 7 :</b> La structure déclare l'absence de procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.</p>	<p><a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</a></p>	<p><b>Recommandation 7 :</b> Etablir une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés, conformément aux recommandations de bonnes pratiques et transmettre celle-ci à l'ARS.</p>	<p>2 mois</p>		<p><b>Recommandation n°7 : Levée</b></p>

<b>Remarque 8 :</b> La structure n'a pas transmis le document correspondant.	<a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a>	<b>Recommandation 8 :</b> Transmettre à l'ARS la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents et le dossier de liaison d'urgence.	1 mois	[REDACTED]	<b>Recommandation n°8 : Levée</b>
<b>Remarque 9 :</b> La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	<b>Recommandation 9 :</b> La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie.	3 mois	[REDACTED]	<b>Recommandation n°9 : Maintenue</b>  <b>Délai : 3 mois</b>
<b>Remarque 10 :</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. Sont manquantes : Incontinence, troubles du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, soins palliatifs.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<b>Recommandation 10 :</b> Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	6 mois	[REDACTED]	<b>Recommandation n°10 : Maintenue</b>  <b>Délai : 6 mois</b>
<b>Remarque 11 :</b> La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		<b>Recommandation 11 :</b> La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie.	3 mois	[REDACTED]	<b>Recommandation n°11 : Levée</b>