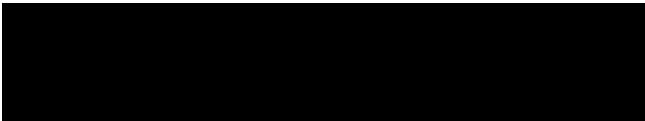


Service émetteur : Direction des Droits des Usagers,
des Affaires Juridique et de l'Inspection
Contrôle



Monsieur [REDACTED]
Directeur
EHPAD RESIDENCE LA COLAGNE
12 QUA DU PONT DE PEYRE BP 7
48100 MARVEJOLS

Date : 08 novembre 2023

Lettre envoyée en recommandé avec accusé de réception

Objet : Contrôle sur pièces EHPAD – Clôture de la procédure contradictoire
Notification de décision définitive

PJ : Tableau définitif de synthèse des mesures correctives

Tableau des remarques et des recommandations retenues

V/Réf : Votre courrier du 20 octobre 2023 reçu le 23 octobre 2023 par voie postale

Monsieur le Directeur,

A la suite de la lettre d'intention que je vous ai adressé le 11 septembre 2023, vous m'avez fait part de vos observations dans les délais impartis et transmis tout document complémentaire que vous jugiez nécessaire. L'examen attentif de l'ensemble de ces éléments me conduit à clôturer la procédure contradictoire à la suite de ce contrôle sur pièces.

Le tableau définitif de synthèse des mesures correctives, ci-joint, précise les prescriptions maintenues avec leur délai de mise en œuvre. En conséquence je vous invite à communiquer les éléments demandés aux services de la délégation départementale, en charge du suivi de votre structure. Dans le tableau des remarques, l'ensemble des recommandations ont été levées.

En application des articles L121-1 et L122-1 du Code des relations entre le public et l'administration qui régissent les modalités de la procédure contradictoire préalable, les prescriptions retenues à l'issue de cette procédure ont la valeur d'une décision administrative.

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services dans un délai de deux mois suivant la notification du présent courrier, étant précisé qu'en l'absence de réponse de l'Administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci devra être considéré comme implicitement rejeté.

Dans un délai franc de deux mois à compter de sa notification et sans préjudice d'un éventuel recours hiérarchique auprès de Madame la Ministre des solidarités et des familles, la présente décision ouvre droit à une voie de recours contentieux près du tribunal administratif territorialement compétent qui peut également être saisi par l'application informatique « Télerecours citoyens » accessible sur le site internet « www.telerecours.fr ».

Je sais pouvoir compter sur votre pleine implication et celle de vos équipes pour poursuivre les réflexions au sein de l'établissement et les démarches d'amélioration déjà engagées.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général



Didier JAFFRE

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

**Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD « RESIDENCE LA COLAGNE » (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.

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecarts	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<p>Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>	<p>Art. L.311-8 du CASF (Validité PE : 5 ans)</p>	<p>Prescription 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription n°1 : Réglementairement Maintenue Effectivité 2024</p>

<p>Ecart 2 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</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>Prescription 2 : La structure doit s'assurer de la mise en place au minimum une fois par an, de la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement, dès le recrutement du médecin coordinateur.</p>	<p>6 mois</p>	<p>Prescription n°2 : Réglementairement Maintenue</p> <p>La mission prend en compte l'organisation existante en attente du recrutement du MEDEC</p> <p>Effectivité 2024-2025</p>
--	--	--	----------------------	---

Ecart 3 : L'EHPAD ne dispose pas de MEDCO et contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Art. D312-155-0 du CASF	<p>Prescription 3 : La structure doit justifier une démarche active de recrutement pour le poste de médecin coordonnateur.</p> <p>Pour une capacité de 80 places, le temps d'équivalent temps plein du MEDCO devra être de 0,6 ETP.</p> <p>Rappel : Il est rappelé à la structure que le médecin co devra disposer du diplôme et de la qualification requis par Art D. 312-157 du CASF. Ces derniers et le contrat de travail devront être adressés à l'ARS dès recrutement du médecin Co.</p>	Immédiat	<p>Prescription n°3 : Réglementairement Maintenue</p> <p>Il est bien évidemment tenu compte de toutes les démarches tenues par l'établissement afin de recruter un médecin coordinateur</p> <p>Effectivité 2024-2025</p>	

<u>Ecart 4</u> : A défaut de transmission de 3 CR de CVS sur 2022, la mission n'est pas en mesure de s'assurer que le CVS se réunit au moins 3 fois par an sur convocation du Président ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-16 du CASF.	Art. D311-16 du CASF	Prescription 4 : La structure doit s'assurer que le CVS se réunisse bien à minima 3 fois par an - conformément à l'article D 311-16 du CASF. Transmettre à l'ARS les CR du CVS signés par le Président du CVS des 25 mai et 17 juillet 2023.	Immédiat	Prescription n°4 : Levée	
<u>Ecart 5</u> : Les CR des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.	Art. D. 311-20 du CASF	CF. Prescription 4	Immédiat	Prescription n°5 : Levée	
<u>Ecart 6</u> : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 6 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans	Immédiat	Prescription n°6 : Levée	

<p>déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>		<p>délai ». Transmettre la procédure à l'ARS.</p>		
<p>Ecart 7: La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.</p>	<p>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</p>	<p>Prescription 7 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour. Transmettre le justificatif à l'ARS.</p>	<p>3 mois</p>	<p>Prescription n°7 : Levée</p>

	territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)				
--	---	--	--	--	--

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques	Référence règlementaire	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
<p>Remarque 1 : L'organigramme transmis par la structure n'est pas nominatif.</p>	<p>Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF</p>	<p>Recommendation 1 : La structure est invitée à compléter l'organigramme. Transmettre un organigramme nominatif.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation n°1 : Levée</p>
<p>Remarque 2 : La structure déclare que l'IDEC n'a pas bénéficié de formation spécifique d'encadrement avant d'accéder à ce poste.</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Recommendation 2 : Finaliser la formation d'encadrement de l'IDEC et transmettre attestation de formation à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n°2 : Levée</p>

<p>Remarque 3 : L'adresse mail de signalement à l'ARS n'est pas indiquée sur la procédure. L'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés est : ars-oc-alerte@ars.sante.fr</p>	<p>Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF</p>	<p>Recommandation 3 : La structure est invitée à actualiser la procédure de signalement des évènements indésirables en y intégrant la nouvelle adresse mail : ars-oc-alerte@ars.sante.fr. Transmettre à l'ARS la procédure revue.</p>	<p>1 mois</p>	<p>Recommandation n°3 : Levée</p>	

Remarque 4 : L'absence de légende horaire sur les plannings ne permet à la mission de s'assurer de la continuité de l'accompagnement en soins des résidents.		Recommandation 4 : La structure est invitée à insérer la légende sur les plannings des IDE AS-AMP-AES. Transmettre à l'ARS le planning revu.	Immédiat	Recommandation n°4 : Levée
Remarque 5 : Sur la période du 1er janvier 2022 au jour dit : Pour le personnel AS-AMP-AES-ASG, le taux d'absentéisme est de 36%, celui de turn-over est de 7% Pour le personnel IDE, le taux d'absentéisme est de 28% et celui de turn-over de 0%.	Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	Recommandation 5 : Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante. Mener une réflexion sur une politique offensive de recrutement.	3 mois	Recommandation n°5 : Levée

<p>Remarque 6 : A défaut d'explication sur les sigles utilisés, la mission n'est pas en mesure de comprendre l'intitulé des formations et de s'assurer que les formations proposées et/ou suivies s'inscrivent dans les recommandations de l'HAS.</p>		<p>Recommandation 6 : La structure est invitée à s'assurer que les formations prévues pour 2023 s'inscrivent dans les recommandations de l'HAS. Elle est invitée à préciser les sigles utilisés sur le réalisé 2022 et le prévisionnel 2023. Transmettre les plans 2022 et 2023 actualisés à l'ARS.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Recommandation n°6 : Levée</p>
<p>Remarque 7 : La direction de l'établissement déclare ne pas avoir de plan de formation interne.</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>	<p>Recommandation 7 : La structure est invitée à élaborer et mettre en place un plan de formation interne en respect des attendus de l'HAS. Transmettre le plan à l'ARS.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Recommandation n°7 : Levée</p>
<p>Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir organisé la permanence de soins.</p>	<p><u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u></p>	<p>Recommandation 8 : La structure est invitée à organiser la permanence de soins. Elaborer et mettre en place une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés conformément aux bonnes</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommandation n°8 : Levée</p>

		pratiques professionnelles. Transmettre à l'ARS la procédure.			
Remarque 9 : La structure déclare l'absence de procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24.		Recommendation 9 : Etablir une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents et transmettre le justificatif à l'ARS	3 mois		Recommendation n°9 : Levée
Remarque 10 : La procédure de prévention du risque iatrogénie n'a pas été transmise, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de son existence.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Recommendation 10 : La structure est invitée à s'assurer de l'existence de la procédure de prévention du risque iatrogénie et à la transmettre à l'ARS. A défaut, la structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre cette procédure.	Immédiat		Recommendation n°10 : Levée

<p>Remarque 11 : Les éléments communiqués par la structure ne permettent pas à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :</p> <p>alimentation/fausses routes, déshydratation, état bucco-dentaire, incontinence, trouble du sommeil, dépression, ostéoporose et activité physique, fin de vie, décès du patient.</p>	<p>Recommendation 11 : La structure doit s'assurer de l'existence des procédures citées en remarque 10. A défaut, elle est invitée à les élaborer et à les mettre en place. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.</p>	<p>3 mois</p>		<p>Recommendation n°11 : Levée</p>	

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--