



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



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

Affaire suivie par : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]
Réf. : [REDACTED]

Monsieur [REDACTED]
Président
EHPAD JEAN ROSTAND
RTE D'ALENYA
66750 ST CYPRIEN

Date : Mercredi 03 avril 2024

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 recommandations retenues

V/Réf : Votre courrier du 21/02/2024 reçu le 26/02/2024 par voie postale

Monsieur le Président,

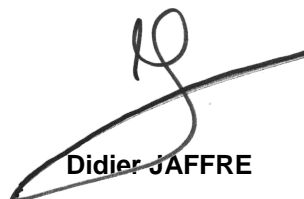
A la suite de la lettre d'intention que je vous ai adressée le 05 février 2024, vous m'avez fait part de vos observations dans les délais impartis et transmis tout document complémentaire que vous jugiez nécessaire. L'examen attentif de l'ensemble de ces éléments me conduit à clôturer la procédure contradictoire à la suite de ce contrôle sur pièces.

Dans le tableau définitif de synthèse des mesures correctives, les six prescriptions sont levées. Le tableau des remarques, ci-joint, précise les deux recommandations 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.

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 Président, 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 « JEAN ROSTAND » (St Cyprien)

*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_66_CP_16
DOSSIER EHPAD JEAN ROSTAND

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(6)	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
Écart 1: La Directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-176-6 du CASF.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Prescription 1: Se mettre en conformité avec la réglementation.	Effectivité 2024	[REDACTED]	Levée de la prescription n° 1
Écart 2: Les CR des CVS ne sont pas tous 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	Prescription 2 : La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.	Immédiat	[REDACTED]	Levée de la prescription n° 2

Écart 3: Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 3: Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée de la prescription no 3
Écart 4: La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3ème alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 4 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé. Transmettre la démarche d'élaboration du PAP.	Effectivité 2024	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée des prescriptions n° 4 5 et 6 .
Écart 5: La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un projet de soins individuel (PSI), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3ème alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 5: La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet de soins individualisé.	Effectivité 2024	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	
Écart 6: La structure ne déclare pas que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie ,ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF-3ème alinéa.	Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 6: La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet individuel de vie.	Immédiat	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (6)	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 Deux
Remarque 1: La structure déclare ne pas avoir un planning des astreintes, ce qui ne permet pas à la mission de s'assurer de l'organisation d'une permanence d'astreinte.		Recommandation 1: Mettre en œuvre l'organisation de la permanence de direction. Transmettre le planning d'astreintes à l'ARS.	3 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation n°1
Remarque 2: La structure déclare de formalisation de réunions d'échanges et de réflexion autour des cas complexes et des EIAS.	Recommandation de l'ANESM	Recommandation 2: 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.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation n°2

Remarque 3: La structure déclare ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 3: Mettre en place des RETEX suite à un EIG.	6 mois	[REDACTED] [REDACTED]	Maintien de la recommandation n°3 Délai : Jusqu'à la mise en place du RETEX.
Remarque 4: Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration n'existe pas.		Recommandation 4: 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]	Levée de la recommandation n°4
Remarque 5: La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.		Recommandation 5: 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	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Maintien de la recommandation n°5 Délai : effectivité 2024-2025.
Remarque 6: La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatologique. Elle déclare aussi ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 6: La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gériatologique et avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.	Effectivité 2024.	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Levée de la recommandation n°6