



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Service émetteur : Direction des Droits des Usagers,
des Affaires Juridique, inspection-contrôle et
Qualité



Madame [REDACTED]
Directrice
EHPAD LA BALME
621 RUE DE CENEVIERES
46260 LIMOGNE EN QUERCY

Date : jeudi 10 octobre 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 prescriptions maintenues et des recommandations retenues.

V/Réf : Votre courrier reçu par mail le 07 août 2024

Madame la Directrice,

A la suite de la lettre d'intention que je vous ai adressée le 02 août 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.

Le tableau définitif de synthèse des mesures correctives, ci-joint, précise les prescriptions maintenues (**six**) avec leur délai de mise en œuvre et les recommandations maintenues (**neuf**) 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.

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 du Ministre des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes, 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 « Télérecours 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, Madame la Directrice, 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 LA BALME situé à Limogne en Quercy (46)**

*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 (6)

Ecart (x)	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 : 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.</p>	<p>Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF</p>	<p>Prescription 1 : La mission prend note de la réorganisation en cours. Finaliser l'actualisation du projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>Effectivité 2025</p>	<p>[Redacted response text]</p>	<p>Prescription 1 maintenue</p> <p>La mission prend note de l'argumentaire de la structure.</p> <p>Délai : 1^{er} semestre 2026</p>

Ecart 2 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas remettre de livret d'accueil à chaque nouveau résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-4 du CASF.	Art. L311-4 du CASF	Prescription 2 : Elaborer et remettre à chaque nouveau résident le livret d'accueil avec les documents prévus par les textes, conformément à l'article L.311-4 du CASF.	6 mois		Prescription 2 maintenue. La prescription sera levée dès transmission du livret d'accueil de chaque nouveau résident. Effectivité novembre 2025
Ecart 3 : 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.	Art. D.312-158, 3° du CASF	Prescription 3 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité fin 2024-2025		Prescription 3 maintenue. La prescription sera levée dès transmission des comptes rendu des deux premières CCG. Effectivité 1 ^{er} semestre 2025
Ecart 4 : La réglementation prévoit pour la capacité de 42 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de  ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 4 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024-2025		Prescription 4 réglementairement maintenue. Effectivité 2025
Ecart 5 : Au jour du contrôle, la structure n'a pas de procédure de déclaration	Art. L.331-8-1 du CASF	Prescription 5 :		1 ^{er} juin 2025 svp	Prescription 5 maintenue.






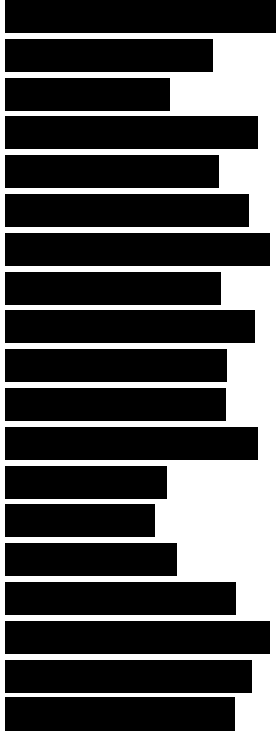
des dysfonctionnements et EIG aux autorités.		Finaliser la procédure en cours d'élaboration et la transmettre à l'ARS.			<p>Les délais de transmission de la procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG doivent être les plus courts possibles compte tenu des enjeux liés à la déclaration d'évènements pouvant porter atteinte à la bientraitance des résidents.</p> <p>Effectivité fin 2024</p>
<p>Ecart 6 : La structure déclare que le projet d'établissement, transmis au jour du contrôle, ne comprend pas 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, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-3 alinéa 1° du CASF.</p>	<p>Art. D.311-38-5 du CASF Art. D 312-158 du CASF</p>	<p>Prescription 6 : Actualiser le projet d'établissement en y intégrant le volet projet général de soins.</p>	<p>Effectivité 2025</p>		<p>Prescription 6 maintenue. La mission prend note de la demande de délai supplémentaire de la structure. La prescription sera levée dès transmission du projet d'établissement finalisé</p> <p>Effectivité 1^{er} semestre 2026</p>

Tableau des remarques et des recommandations retenues (9)

Remarques (x)	Référence	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, au jour du contrôle, ne pas organiser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.		Recommandation 1 : Mettre en place des RETEX suite à un EIG.	6 mois	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 70%;"></div>	Recommandation 1 levée sous réserve de mise en place de RETEX Délai : 6 mois
Remarque 2 : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.		Recommandation 2 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	6 mois	<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 65%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 75%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 90%;"></div> <div style="background-color: black; height: 15px; width: 60%;"></div>	Recommandation 2 levée sous réserve d'établissement du plan de formation du personnel. Effectivité 1 ^{er} semestre 2025

Remarque 3 : La structure déclare ,au jour du contrôle , l'absence d'une procédure d'admission formalisée.	GUIDE ANESM 2011	Recommandation 3 : Veiller à formaliser une procédure d'admission. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Recommandation 3 levée sous réserve de la procédure d'admission formalisée Délai : 6 mois
Remarque 4 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir de 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</u>	Recommandation 4 : Finaliser la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux d'ores et déjà engagée, conformément au guide de bonnes pratiques. Transmettre la procédure finalisée à l'ARS.	6 mois		Recommandation 4 levée sous réserve de transmission de la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux. Effectivité 1 ^{er} semestre 2025
Remarque 5 : La structure déclare, au jour du contrôle, ne pas avoir de procédure formalisée de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017	Recommandation 5 : Finaliser la procédure de prévention du risque iatrogénie d'ores et déjà engagée avec le pharmacien. Transmettre la procédure finalisée à l'ARS.	6 mois		Recommandation 5 levée sous réserve de transmission de de procédure formalisée de prévention du risque iatrogénie Délai : 6 mois

				<div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 97%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 95%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 98%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 40%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 10%;"></div>	
Remarque 6 : La structure déclare, au jour du contrôle, l'absence d'une procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	Recommandation 6 : Finaliser la procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes, d'ores et déjà en cours, en lien avec l'IDE. Transmettre la procédure finalisée à l'ARS.	6 mois	<div style="background-color: black; height: 10px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 85%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 40%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 80%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 80%;"></div>	Recommandation 6 levée sous réserve de transmission de la procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes. Délai 6 : mois
Remarque 7 : 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 :	Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	Recommandation 7 : Elaborer et mettre en place les deux procédures manquantes citées en remarque .	6 mois	<div style="background-color: black; height: 10px; width: 40%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 60%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 30%;"></div> <div style="background-color: black; height: 10px; width: 60%;"></div>	Recommandation 7 levée sous réserve de transmission des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes :

Troubles du transit, Etat bucco-dentaire.					Troubles du transit, Etat bucco-dentaire. Délai : 6 mois
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.		Recommandation 8 : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie sur site ou par convention.	6 mois		Recommandation 4 levée sous réserve d'avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie Délai : 6 mois
Remarque 9 : La structure déclare l'absence de conventions avec les HAD au jour du contrôle.		Recommandation 9 : La structure est invitée à établir une convention avec une HAD.	6 mois		Recommandation 4 levée sous réserve d'avoir établi une convention avec une HAD. Délai : 6 mois