

DIRECTION GENERALE

Département Inspection Contrôle

Affaire suivie par : ##### #####

Et : ##### #####

EHPAD St Gabriel
20 rue de la Vendée
85610 CUGAND

Monsieur #####, Directeur.

ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr

Réf. : M2023_PDL_00182

Nantes, le jeudi 29 juin 2023

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur d'accuser réception des observations que vous avez formulées, dans le cadre de la procédure contradictoire, relatives au rapport initial de contrôle et aux demandes de mesures correctives envisagées.

Vous voudrez bien trouver, ci-joint, le **rappor final de contrôle** assorti des demandes de mesures correctives définitives. Les délais de mise en œuvre de ces mesures commenceront à courir à compter de la date de réception du présent document.

Enfin, je vous demande de transmettre dans un délai d'un an l'état final de réalisation des demandes de mesures correctives auprès du Département Inspection Contrôle (ars-pdl-pcehpad@ars.sante.fr) en vue de l'instruction du suivi de ce contrôle sur pièces.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.

P/ Le Directeur Général,
Le Directeur de Cabinet

#####

Contrôle sur pièces le 28/03/2023

Nom de l'EHPAD	EHPAD ST GABRIEL		
Nom de l'organisme gestionnaire	ASSOCIATION ST GABRIEL		
Numéro FINESS géographique	850003781		
Numéro FINESS juridique	850014374		
Commune	CUGAND		
Statut juridique	EHPAD Privé non lucratif		
Capacité de l'établissement - Article L 313-22 du CASF		Autorisée	Installée
Capacité Totale	89		
	HP	85	84
	HT	4	2
	PASA		
	UPAD		
	UHR		
PMP Validé	192		
GMP Validé	678		
Demandes de mesures correctives envisagées - Rapport initial			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	3	5	8
Nombre de recommandations	11	15	26
Demandes de mesures correctives retenues - Rapport final			
	Priorité 1	Priorité 2	Total
Nombre de prescriptions	3	5	8
Nombre de recommandations	11	12	23

Instruction du rapport de contrôle : ##### ##### - Chargée de contrôle/Personne qualifiée

Signature du rapport de contrôle : ##### ##### - Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

TABLEAU DES DEMANDES DE MESURES CORRECTIVES

N° de question	Demandes de mesures correctives	Prescription		Recommandation		Injonction	échéance (dès réception, 6 mois, 1 an)	Réponse EHPAD contradictoire	Réponse ARS	Mesures correctives retenues
		Priorité niveau 1	Priorité niveau 2	Priorité niveau 1	Priorité niveau 2					
1 - GOUVERNANCE										
1.7	Pendant les périodes d'absence du directeur, élaborer et publier par note de service les modalités de l'intérim de la direction.				2		6 mois	L'établissement déclare avoir budgétisé les astreintes de direction pour la semaine et le week-end. Il indique qu'avec un déficit cumulé de 336 00 euros sur les 2 derniers exercices, il attend un financement complémentaire de l'ARS car ces mesures impactent le budget hébergement. Cette mise en place ne sera pas possible sans financement de l'ARS. L'établissement déclare attendre la validation de cette proposition sur le rapport final pour mise en place.	Il est pris acte des précisions apportées par l'établissement et de l'impact budgétaire lié à la mise en place d'une astreinte de direction. L'attendu ne concerne que la formalisation d'une note de service indiquant les modalités de suppléance du directeur (bonne pratique managériale), sans surcoût budgétaire. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
1.9	Actualiser le projet d'établissement dans le cadre d'une démarche participative (article L 311-8 du CASF).		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.10	Formaliser un projet de service spécifique à l'unité dédiée.			1			1 an	Il a été transmis le projet "Des Lilas" en cours d'élaboration.	Il est pris acte du document transmis qui est un projet en cours d'élaboration (rédigé depuis le 28/05/2020). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective dans l'attente de la validation effective du projet.	Mesure maintenue
1.14	Formaliser des fiches de poste pour l'ensemble des agents.				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.16	Proposer aux professionnels une prestation d'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement.				2		6 mois	L'établissement déclare ne pas avoir signé le programme d'accompagnement par un psychologue extérieur à l'établissement, la mission s'élevant à 8 000 euros par an. Il indique qu'avec un déficit cumulé de 336 00 euros sur les 2 derniers exercices, il attend un financement complémentaire de l'ARS car ces mesures impactent le budget dépendance. Cette mise en place ne sera pas possible sans financement de l'ARS. L'établissement déclare attendre la validation de cette proposition sur le rapport final pour mise en place.	Il est pris note des précisions apportées. L'analyse de la pratique par un psychologue extérieur à l'établissement s'inscrit dans les actions prioritaires en faveur de la bientraitance nécessitant une mesure prioritaire à inscrire dans le budget de l'établissement. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
1.17	Recruter un médecin coordonnateur (Art. D312-156 du CASF).	1					Dès réception du présent rapport (obligation de moyens)	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.25	Formaliser un protocole de prévention, de signalement et de traitement des situations de maltraitance et organiser son appropriation par le personnel.			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.26	Mettre en place une procédure écrite de signalement et de traitement des évènements indésirables et s'assurer de son appropriation par le personnel.			1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.28	Organiser une traçabilité et une analyse des EI incluant des RETEX				2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.30	Formaliser un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et procéder à son actualisation au moins chaque année.				2		1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.31	Désigner un correspondant qualité au sein de l'établissement.				2		6 mois	L'établissement a transmis un document "Offre d'accompagnement à la préparation de la certification ESSMS" par un cabinet externe. Il a été transmis la demande de versement d'acompte.	Il est pris acte des documents transmis. Bien que cette démarche permette d'inscrire la structure « dans une perspective d'amélioration continue de la qualité », l'établissement n'apporte pas la preuve de la présence d'un référent/correspondant qualité au sein de l'EHPAD. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
1.32	Elaborer le rapport d'activité en y intégrant des éléments sur l'état d'avancement sur la démarche qualité (Art. D 312-203 §1 du CASF).		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.33	Réaliser des enquêtes de satisfaction globales, au moins tous les deux ans, y compris auprès des familles.				2		1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.34	Actualiser et étendre la portée du plan bleu pour en faire un véritable plan global de gestion de crise selon les recommandations de l'ARS Pays de la Loire.		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
1.35	Actualiser le DUERP (Art L. 4121-3 et R 4121-1 du code du travail).		2				1 an	Pas de document transmis.		Mesure maintenue

2 - RESSOURCES HUMAINES								
2.9	Veiller à la présence d'un binôme comportant au moins un agent diplômé la nuit (AS, AMP, AES).		1		Dès réception du présent rapport	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
2.13	Mettre en place une équipe dédiée à l'unité protégée.		1		Dès réception du présent rapport (obligation de moyens)	L'établissement déclare avoir fait le choix assumé de ne pas avoir d'équipe dédiée pour l'UPAD (du moins pour le 1/3). Son projet associatif, ses valeurs associatives mettent en avant le lien social et l'objectif pour lui est de faire fonctionner les différents services ensemble sans cloisonner qui que ce soit (usager comme professionnel). Il y a de la vie dans l'ensemble de l'établissement. Des animations et des sorties communes EHPAD/UPAD.	Il est pris note des précisions apportées. Il convient de rappeler que la présence de personnel dédié et stable auprès des résidents désorientés est une recommandation de bonne pratique gériatrique. Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
2.14	Formaliser les entretiens professionnels des agents, selon une fréquence a minima bisannuelle		2	1 an	Pas de document transmis.			Mesure maintenue
3 - ADMISSION ET ACCOMPAGNEMENT								
3.5	En l'attente de recrutement du MEDEC formaliser et réaliser une évaluation gériatrique standardisée lors de l'admission du résident, de façon pluridisciplinaire en vue du repérage des risques de perte d'autonomie et de l'élaboration du projet de soins du résident (procédure EGS à formaliser)- Art D 312-158 du CASF.		1		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.7	Réaliser une évaluation standardisée des risques de chute, au décours de l'admission.		1		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.8	Réaliser une évaluation standardisée des risques bucco-dentaires, au décours de l'admission.		1		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.9	Préciser dans le règlement de fonctionnement les modalités d'accès au dossier administratif et médical.		2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.10	Formaliser une annexe au contrat de séjour pour les personnes ayant des restrictions à leur liberté d'aller et venir, conformément aux dispositions des Art. R 311-0-5 à R 311-0-9 du CASF.	1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.11	Formaliser des projets personnalisés pour la totalité des résidents (Art. L 311-3,7° du CASF).	1			6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.12	Formaliser une procédure d'élaboration des projets personnalisés.		2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.13	Formaliser un avenant annuel au contrat de séjour reprenant les principaux objectifs du projet personnalisé (Art. L311-3-7° CASF et D 311-8° du CASF).	2		1 an	Pas de document transmis.			Mesure maintenue
3.16	Proposer une douche ou un bain au moins une fois par semaine.		1		Dès réception du présent rapport	L'établissement déclare qu'il y a bien une douche par semaine pour l'ensemble des résidents prévue au planning (sauf pour les personnes qui se douchent seules), sous réserve d'être en nombre suffisant dans l'équipe.	Il est pris note des précisions apportées. Néanmoins, il est constaté l'absence d'élément probant (validation des plans de soins des douches planifiées). Il est proposé de maintenir la demande de mesure corrective.	Mesure maintenue
3.18	Actualiser le projet d'animation et formaliser le suivi des activités.		2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.24	Mettre en place une commission des menus ouverte à tous les résidents souhaitant y participer.		2		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.25	Avoir une réflexion institutionnelle afin de réduire le délai de jeûne.		1		6 mois	Pas de document transmis.		Mesure maintenue
3.26	Proposer aux résidents une collation nocturne et la formaliser dans le plan de soins		1		Dès réception du présent rapport	Pas de document transmis.		Mesure maintenue