

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques, inspection-contrôle et Qualité
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD PUV L'OUSTAL situé à LA BASTIDE SUR L'HERS (09)

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 (2)

Ecarts (3)	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 : Rédiger le projet actualisé d'établissement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>Effectivité 2025</p>		<p>Prescription 1 maintenue La mission prend note de la rédaction en cours du projet d'établissement. Effectivité 2025</p>
<p>Ecart 2 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai » des dysfonctionnements et EIG, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>		<p>Prescription 2 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la mention « sans délai ». Transmettre le document à l'ARS.</p>	<p>Immédiat</p>		<p>Prescription 2 levée</p>
<p>Ecart 3 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour,</p>	<p>Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril</p>	<p>Prescription 3 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription 3 maintenue La mission prend note de la procédure</p>

ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.	2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa				en cours de conventionnement. Délai 6 mois
---	--	--	--	--	---

Tableau des remarques et des recommandations retenues (0)

Remarques (9)	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	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : Au jour du contrôle la structure déclare ne pas disposer de calendrier des astreintes pour 2024.		Recommandation 1 : Bien vouloir formaliser le calendrier des astreintes et le transmettre à l'ARS.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation 1 levée
Remarque 2 : Au jour du contrôle, le contrat de travail de l'IDEC n'a pas été transmis.		Recommandation 2 : Bien vouloir transmettre le document probant n° 19 tel que déjà demandé.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation 2 levée
Remarque 3 : La structure déclare ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration au jour du contrôle.		Recommandation 3 : L'établissement est invité à établir un plan de formation du personnel à la déclaration.	Effectivité 2025	[REDACTED]	Recommandation 3 levée
Remarque 4 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée.		Recommandation 4 : Bien vouloir indiquer si un livret d'accueil du salarié est transmis à chaque nouvel arrivant.	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation 4 levée
Remarque 5 : Le modèle d'annexe transmis ne mentionne pas sa signature par		Recommandation 5 : Bien vouloir indiquer à la mission si l'annexe est	Immédiat	[REDACTED]	Recommandation 5 levée

le résident et/ou son représentant légal.		signée par le résident et/ou son représentant légal.			
Remarque 6 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gérontologique.		Recommandation 6 : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gérontologique.	Effectivité 2025		Recommandation 6 levée
Remarque 7 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.		Recommandation 7 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre le document à l'ARS.	Effectivité 2025		Recommandation 7 levée
Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs.		Recommandation 8 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs.	Effectivité 2025		Recommandation 8 levée



RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD PUV L'OUSTAL

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	Equipe du contrôle sur pièces
Dénomination : PUV L'OUSTAL Adresse : LE VILLAGE 09600 LA BASTIDE SUR L'HERS N° FINESS Juridique : 090782186 N° FINESS Géographique : 090002940 Gestionnaire : ASSOCIATION LA LAUSADA Tél. : [REDACTED] Mail direction et/ou directeur : [REDACTED]	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : [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.....	6
1.3 - MEDCO et IDEC.....	7
1.4 - Qualité et GDR.....	8
II - RESSOURCES HUMAINES.....	9
2.1 - Effectifs.....	9
2.2 - Formation.....	10
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	10
3.1 - Projet général médico-soignant.....	10
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques.....	12
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé.....	13
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	14

INTRODUCTION

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes, 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 PUV L'OUSTAL 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 21 juin 2024 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (cf. annexe n°1),

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 :

Nom de l'EHPAD	PUV L'OUSTAL		
Statut juridique	Association Loi 1901 non reconnue d'Utilité Publique		
Option tarifaire	PUV sous Mode de fixation des tarifs : Libre ; sous convention SSIAD ;		
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI		
Capacité autorisée et installée	Autorisée		Installée
HP	17	15	
HT	x	x	
PASA	x	x	
UHR	x	x	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : non communiqué	Validé le : 31/12/204 Validé le : x	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0		

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 31/12/2023, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels. Pas d'observations
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure déclare disposer d'un directeur titulaire d'une [REDACTED] Le contrat de travail du directeur est daté et signé du 27/11/2014.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Remarque 1 : Au jour du contrôle la structure déclare ne pas disposer de calendrier des astreintes pour 2024.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF Art. D311-38-3 et 4 du CASF	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.
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	Au jour du contrôle, le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté du 11/07/2019. Conformité.
Un livret d'accueil est-il remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de	Art. L311-4 du CASF <u>Recommandation ANESM :</u> concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.

fonctionnement, contrat de séjour)	l'accompagnement - septembre 2009	
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Est-il signé ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
La Commission de Coordination Gériatrique (CCG) chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?		La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée.
Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation. Est-il opérationnel ?	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1er janvier 2023 Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF	La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Il est constitué. La structure informe ne pas avoir été en mesure de maintenir les 3 CVS obligatoire en 2023 pour des questions de sous-effectif admin. lié à l'absence de notre qualiticienne (formation tout le second semestre) chargée de son organisation. La programmation 2024 compte 3 réunions, le 14/03, le 27/06 et le 03/10. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.

1.3 - MEDCO et IDEC		
Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	Art. L313-12 CASF	Sans objet
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	Sans objet
IDEC : Contrat et date du recrutement	Art. D.312-155-0, II du CASF	La structure dispose d'une IDEC anciennement IDEC du service HAD au [REDACTED]. Remarque 2 :

L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?		Au jour du contrôle, le contrat de travail de l'IDEC pas été transmis.
---	--	--

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, évènements indésirables associés aux soins 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	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (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 ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018 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 Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ? Depuis 2021, quel est le nombre	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 du CASF	La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Elle porte la mention d'une déclaration sans délai des « suite administratives ou judiciaires aux autorités. » Ecart 2 :

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 ?		<p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai » des dysfonctionnements et EIG, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p>La structure mentionne 0 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		<p>Remarque 3 :</p> <p>La structure déclare ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration au jour du contrôle.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		<p>Remarque 4 :</p> <p>La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas répondu à la question posée.</p>
<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p> <p>Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.</p>	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> 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 tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit et les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle.</p> <p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire : <input checked="" type="checkbox"/> DEC ; <input checked="" type="checkbox"/> IDE ; <input checked="" type="checkbox"/> AS ; Pas d'AMP.</p> <p>Aucun salarié n'a de statut de « faisant fonction AS ».</p>

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<p><u>HAS, 2008, p.18</u> (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention)</p> <p><u>HAS 2008, p.21</u> (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)</p>	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis. Pas d'observations.

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il 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 ?	<p><u>Elaboration projet soins dans PE</u> <u>par MEDCO sous la</u> <u>responsabilité du directeur :</u> Art. D.312-158 du CASF</p>	Sans objet

L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF	<p>La structure déclare disposer d'annexe au contrat de séjour.</p> <p>Remarque 5 : Le modèle d'annexe transmis ne mentionne pas sa signature par le résident et/ou son représentant légal.</p>
Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	<p>La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas de remarques particulières.</p>
Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	<p>La structure déclare disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.</p>
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	<p>Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008</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>La structure déclare organiser les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire lors des relèves d'équipe bquotidiennes, traçabilité sur smartphone professionnels et réunions pluridisciplinaires mensuelles.</p>

Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La procédure du circuit du médicament a été transmise. Pas de remarques particulières.
La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine?	Art. L.5126-10 II du CSP	La structure dispose d'une convention avec la PHARMACIE [REDACTED]. Conformité.
La structure organise t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R.5132-3 et suivants du CSP	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions, les prescriptions sont scannées et générées dans le logiciel métier pour chaque résident.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure : <ul style="list-style-type: none"> - Usage de transmissions de note ; - Mailing-Téléphone avec les familles ; - Proximité d'une petite structure à dimension humaine qui privilégie les interactions sociales. - Compte rendu avec le CVS

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Disposez-vous d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. Pas de remarques particulières.
Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?		Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Disposez-vous d'une procédure de prise en charge des troubles	<u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u>	La structure a transmis sa procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.

sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	Art. L.311-3 du CASF Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007	Conformité.
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Disposez-vous d'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 procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	La structure déclare disposer de 40 autres procédures. Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence.

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) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7°du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprend un PSI et un PIV pour chaque résident. Conformité.

3.4 - Relations avec l'extérieur		
Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec CICAT OCCITANIE.

somatiques chroniques de vos résidents ?		
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie avec le [REDACTED] et LBM avec [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		<p>La structure déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG).</p> <p>Remarque 6 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gérontologique.</p>
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour ?	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	<p>Ecart 3 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF.</p>
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		<p>Remarque 7 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie.</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	Au vu des éléments transmis, la structure a signé une convention de partenariat avec l'EMSP [REDACTED]. Conformité. Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs.
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED]

Fait à Toulouse, le 08 octobre 2024

Signé