



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

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD OREE DU BOIS
Situé à ST LIZIER 09190

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.

Ecarts (3)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (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
Ecart 1 : 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.	Art. D.312-158, 3° du CASF 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	Prescription 1 : Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement – Transmettre à l'ARS la date de la prochaine CCG.	6 mois		Levée de la prescription 1. La mission prend note de la déclaration de constitution en 2024.
Ecart 2 : Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Prescription 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		Levée de la prescription 2. Le diplôme d'études Spécialisées complémentaires de gériatrie à bien été transmis. Conformité

<p>pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.</p>					
<p>Ecart 3 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p>	<p>Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>Prescription 3 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ».</p>	<p>immédiat</p>		<p>Levée de la prescription 3.</p>

Remarques (4)	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 : La structure n'a pas précisé le nombre 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 depuis 2021 à aujourd'hui.		Recommandation 1 : Veuillez préciser le nombre de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD.	Immédiat	 	Levée de la recommandation 1.
Remarque 2 : La structure n'a pas précisé si elle dispose d'un plan de formation du personnel concernant la déclaration.		Recommandation 2 : Bien vouloir indiquer si la structure dispose d'un plan de formation du personnel tel que déjà demandé.	Immédiat	 	Levée de la recommandation 2. La mission prend note de la sensibilisation des agents du CHAC à la déclaration des dysfonctionnements et des Événements Indésirables Graves (EIG).

<p>Remarque 3 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).</p>		<p>Recommandation 3 : La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP).</p>	6 mois		<p>Levée de la recommandation 3.</p> <p>La mission prend note que l'EHPAD du Centre Hospitalier Ariège Couserans a accès à deux lits de soins palliatifs sur place, ainsi qu'à un médecin spécialisé et une infirmière en cours de formation dans ce domaine.</p>
<p>Remarque 4: La structure déclare l'absence de conventions avec les HAD au jour du contrôle.</p>		<p>Recommandation 4: La structure est invitée à établir une convention avec une HAD.</p>	6 mois		<p>Levée de la recommandation 4.</p>

RAPPORT EHPAD OREE DU BOIS (09)

CONTROLE SUR PIECES

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)

Nom de l'EHPAD : OREE DU BOIS

Adresse : SITE DE ROZES - 09190 ST LIZIER

Numéro FINESS juridique : 090781816

Numéro FINESS géographique : 090783945

Nom de l'organisme gestionnaire : CH ARIEGE COUSERANS ST GIRONS

N° de téléphone : [REDACTED]

Mail direction : direction@ch-ariege-couserans.fr

Équipe du contrôle sur pièces

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 discréption 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.....	7
1.3 - MEDCO et IDEC	9
1.4 - Qualité et GDR	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
2.1 - Effectifs	12
2.2 - Formation.....	12
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	13
3.1 - Projet général médico-soignant.....	13
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	18
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	19

INTRODUCTION

La Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités 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 OREE DU BOIS 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 25 mars 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.

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	OREE DU BOIS	
Statut juridique	EHPAD PUBLIC RATTACHE A UN ETS DE SANTE	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Avec PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	21	21
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)	GMP : [REDACTED] - validé le 23 mars 2023	
Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	PMP : [REDACTED] - validé le 23 mars 2023	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100%	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement : Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente les différentes fonctions de l'EHPAD. Conforme à la demande.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Le directeur de la structure détient un [REDACTED] délivré par l'EHESP le 08 décembre 2008. Le contrat de travail, daté du 19 juin 2018, a été transmis. Conformité à la réglementation.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning a été transmis. La permanence d'astreinte est organisée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2022 à 2026. Conformité à la réglementation.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure. La date de création du règlement de fonctionnement en vigueur est 2022. Conformité à la réglementation.
Est-ce qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour)	Art. L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Le contrat de séjour est-il signé ?	<p>Contrat de séjour : Art. L.311-4 du CASF</p> <p>Signature : Art. D.311 du CASF</p>	<p>Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure.</p> <p>Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.</p>

<p>La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituée ? - Active ? 	<p>Art. D.312-158, 3° du CASF</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>Ecart 1 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?</p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023</p> <p>Formes de participation :</p> <p>Art. L.311-6 du CASF</p> <p>Compétences :</p> <p>Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Fonctionnement :</p> <p>Art. D.311-16 du CASF</p> <p>Formalisation des CR des séances CVS</p> <p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>Le CVS est constitué.</p> <p>La structure a transmis les comptes rendus des réunions de CVS de 2023.</p> <p>Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la règlementation.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>La programmation 2024 prévoit quatre réunions.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	La structure a transmis un avenant au contrat du MEDEC, ainsi que le diplôme d'État de docteur en médecine.
Contrat de travail du MEDEC	<u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Ecart 2 : Le médecin coordonnateur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue. Cette situation n'est pas conforme à l'article D312-157 du CASF.
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	L'établissement déclare Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 21 places autorisées et installées. Conformité.
IDEDEC : L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ? Contrat de travail et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?Qualification et diplôme de l'IDEC.	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure déclare disposer de deux cadres de santé dont une Faisant fonction.

1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ?	Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare disposer d'une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles.
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, 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 les EIGS ?		AU jour du contrôle, 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 ?	<u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).

<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p> <p>Depuis 2020, quel est le nombre 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>	<p>Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>Ecart 3 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p>Remarque 2 : La structure n'a pas précisé le nombre 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 depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>		<p>Remarque 2 : La structure n'a pas précisé si elle dispose d'un plan de formation du personnel concernant la déclaration.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

Effectifs dans l'ensemble de la structure	Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit, l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0ETP vacant d'IDE et 0 ETP vacant d'AS-AES-AMP ; ➤ 0,7 % de taux d'encadrement. <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <p>Pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ IDE : 2,26 % de taux d'absentéisme ; 33 % de taux de turn-over. ➤ AS-AES-AMP : 8,86 % de taux d'absentéisme ; 8 % de taux de turn-over. <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p>
---	---	--

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention 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	Les plans de formation interne prévisionnels 2023 et ceux réalisés en 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 médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (Projet général de soins)	Elaboration projet soin général dans PE par MEDCO : Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Conformité.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations.

Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u>	La structure déclare disposer d'une astreinte.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?	Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008 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 l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.
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 bien été transmise. Pas d'observations.

La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?	Art. L.5126-10 du CSP	La structure déclare disposer d'une PUI. Conformité.
La structure organise-t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

Existe-t-il une 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.pdf</u>	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	<u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u>	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise par la structure. Pa d'observations. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u> Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a bien été transmise. Pas d'observations.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise par la structure. Pas d'observations.
Existe-t-il 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 par la structure. Pas de remarques particulières.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<p>La structure déclare disposer des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche pédagogique sur la douleur, SP (Système d'Information Patient) + suivi de la douleur dans le DPI (Dossier Patient Informatisé) • Fiche de surveillance nutrition/dénutrition + hydratation (FOR 108) • Procédure pour les troubles de la déglutition • Score de BRADEN sur le DPI • Manuel opératoire [REDACTED].DOC • "Les bonnes pratiques de soins en EHPAD" d'octobre 2007. • Plan bleu, plan canicule.

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 comprenant 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 somatiques chroniques de vos résidents ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gérontologie par exemple)		La structure déclare organiser l'accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		La structure déclare organisé les accès aux plateaux techniques imagerie du [REDACTED] et LBM avec le laboratoire de ville (sans convention) & laboratoire du [REDACTED].

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gérontologique suivante : EHPAD intégré au pôle gériatrie réadaptation [REDACTED]. Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) avec une EMG [REDACTED] pour les évaluations géériatriques.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	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 territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour suivants : Filière gériatrique [REDACTED] Conformité.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie du Pôle de psychiatrie du [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une [REDACTED] ([REDACTED]) ?		Remarque 3 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une [REDACTED] ([REDACTED]).
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Remarque 4 La structure déclare l'absence de conventions avec les HAD au jour du contrôle.

Fait à Toulouse, le 3 avril 2024

