

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 RES COUSERANS PYRENEES Situé à 09140 Saint-Lizier

*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.*

Ecart (4)	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: Au jour du contrôle, la mission constate que le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ainsi que le règlement intérieur, les comptes rendus des réunions du CVS, et la programmation pour l'année 2024 n'ont pas été transmis. La mission n'est pas en mesure de vérifier la validité réglementaire du CVS.	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} 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 Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF	Prescription 1 : Transmettre les documents probants pour vérification réglementaire.	Immédiat		Levée de la prescription 1.
Ecart 2 : La réglementation prévoit pour une capacité de 100 places, un ETP de 0,8 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP)	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024		Maintien réglementaire de la prescription 2 La mission prend note des

de médecin coordonnateur de ■ ETP pour 100 places autorisées et installées sur les deux sites, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.					démarches effectuées par la structure et des réponses, à ce jour, infructueuses. Délai : effectivité 2025
Ecart 3 : 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- 3 ^{ème} alinéa.	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7° du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 3 : La structure est invitée à élaborer pour chaque résident un projet d'accompagnement personnalisé et à s'assurer de l'existence d'un PAP comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Transmettre la démarche d'élaboration du PAP. Transmettre une attestation d'effectivité à l'ARS.	6 mois		Levée de la prescription 3
Ecart 4 : Au jour du contrôle, la liste des conventions de partenariat (document n° 38) n'a pas été transmise.	Article D.312- 155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Prescription 4 : Bien vouloir transmettre la liste des conventions de partenariat (document n° 38) telles que déjà demandées.	Immédiat		Levée de la prescription 4

	(conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)				
--	--	--	--	--	--

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 mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas transmis la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux (document n°32).	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	Recommandation 1 : Bien vouloir transmettre les documents tels que déjà demandés.	Immédiat	[REDACTED]	Levée de la recommandation 1
Remarque 2 : La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie.	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	Recommandation 2 : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie.	6 mois	[REDACTED]	Maintien de la recommandation 2 Délai : 6 mois

		Transmettre la procédure à l'ARS.			
Remarque 3 : 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 : Troubles du transit, incontinence, troubles du sommeil.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 3 : Elaborer et mettre en place les procédures manquantes citées en remarque. Transmettre les procédures actualisées à l'ARS.	6 mois	██████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████ ██████████ ██████████████████ ██████████ ██████████████████ ██████████	Levée de la recommandation 3 Transmettre les procédures en cours à l'ARS dès leur finalisation concernant : Incontinence et troubles du sommeil.
Remarque 4 : Au jour du contrôle, la liste des conventions de partenariat (document n° 38) n'a pas été transmise.		Recommandation 4 : Bien vouloir transmettre la liste des conventions de partenariat (document n° 38) telle que déjà demandée.	Immédiat	██████████ ██████████ ██████████████████ ██████████████████ ██████████	Levée de la recommandation 4

RAPPORT EHPAD RESIDENCE COUSERANS PYRENEES (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 : Résidence Couserans Pyrénées Hector d'Ossun (Saint-Lizier)
Adresse : 1, rue Hector d'Ossun
Numéro FINESS juridique : 090004466
Numéro FINESS géographique : 090782970
Nom de l'organisme gestionnaire : Résidence Couserans Pyrénées
N° de téléphone : [REDACTED]
Mail directrice : [REDACTED]

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

- o 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.

- o 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.....	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 Résidence Couserans Pyrénées Site Saint-Lizier 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	Résidence Couserans Pyrénées Site Saint-Lizier	
Statut juridique	Fonction publique	
Option tarifaire	Global	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
	HP 100	100
	HT 5	5
	PASA 14	14
	UHR NC	NC
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : █████ - validé le 09 avril 2020 PMP : █████ - validé le 09 avril 2020	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100%	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart 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 des deux sites géographiques de la résidence Couserans Pyrénées. Conforme à la demande.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure est dirigée par une directrice à temps plein. Elle assure la direction de la structure ainsi que celle de la Résidence Couserans Pyrénées, Site d'Ercé. Le diplôme de direction de la directrice a été transmis, tout comme le procès-verbal d'installation de la direction des maisons de retraite de Saint-Lizier et Ercé. Conforme à la demande.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning nominatif des astreintes a été transmis. En cas d'absence de la directrice, le système d'astreinte prévu dans l'établissement est assurée par les deux IDEC des deux sites géographiques.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	Le projet d'établissement transmis concerne les deux sites de Saint-Lizier et d'Ercé couvre la période allant de 2021 à 2025. Conformité à la réglementation.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement a été transmis par la structure. Sa dernière mise à jour date du 28 juin 2022 et est actuellement en vigueur. 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 ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF	Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure.
Le contrat de séjour est-il signé ?	Signature : Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
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 : - Constituée ? - Active ?	Art. D.312-158, 3° du CASF Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique	La CCG est constituée et active. La structure a transmis la composition de la Commission de Coordination Gériatrique (CCG), ainsi que le compte-rendu daté du 07 juin 2023, et le planning prévisionnel pour 2024. Ce dernier prévoit une réunion en juin 2024 pour le site de Saint-Lizier et en novembre 2024 pour le site d'Ercé. Conformité.

	mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles	
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?	Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} 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 Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF	L'organisme gestionnaire déclare que le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est constitué et actif. Cependant, ni les comptes rendus des réunions du CVS de 2023 ni la programmation pour l'année 2024 n'ont été transmis. Ecart 1 : Au jour du contrôle, la mission constate que le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ainsi que le règlement intérieur, les comptes rendus des réunions du CVS, et la programmation pour l'année 2024 n'ont pas été transmis.

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 médecin, accompagné du diplôme d'État de docteur en médecine. Selon la déclaration de la structure et en se référant au document transmis, le médecin détient une formation de médecin coordonnateur en EHPAD. Conformité.
Contrat de travail du MEDEC	<u>Contrat</u> :	

	Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Ecart 2 : La réglementation prévoit pour une capacité de 100 places, un ETP de 0,8 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de ■■■ ETP pour 100 places autorisées et installées sur les deux sites, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
IDEC : 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 a transmis un avenant au contrat de travail de l'IDEC, daté et signé du 22 décembre 2023. Conformité. Il est noté que l'IDEC a bénéficié d'une formation spécifique avant d'accéder à ce poste, délivrée par la Croix Rouge Française, pour l'obtention du ■■■■
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	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.

	responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008	
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 ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques).

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 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 ?	Art. L.331-8-1 CASF	La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS. Elle porte bien la mention « sans délai ». Conformité. La structure mentionne avoir signalé 9 dysfonctionnements graves à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et au Conseil Départemental (CD) depuis 2021 jusqu'au jour de contrôle sur pièce. Ces dysfonctionnements incluent des risques de rupture énergétique et des perturbations dans la gestion des ressources humaines, notamment une pénurie de personnel infirmier.
Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et des EIG ?		La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration.

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	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire : Médecin coordonnateur (■ ETP), IDEC (■ ETP), IDE (■ ETP), AS/AMP (■ ETP), ASG (■ ETP), Psychologue (■ ETP), psychomotricienne (■ ETP), ergothérapeute (■ ETP) Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare : - 0 ETP vacant d'IDE et 0 ETP vacant d'AS-AES-AMP ; Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare : Pour les personnels : - IDE : 9,59 % de taux d'absentéisme ; 87,50 % de taux de turn-over. - AS-AES-AMP : 12,64 % de taux d'absentéisme ; 15,63 % de taux de turn-over. Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.
---	---	---

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	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis. Pas de remarques particulières.
---------------------------------------	--	--

	traitement de la maltraitance	
--	---	--

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 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)	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare disposer d'une astreinte médicale.
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 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 du CSP	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine LAURIE. 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. Conformité.
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 ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	Remarque 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure n'a pas transmis la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux (document n°32).
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	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 à la structure. 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 ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007 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 de remarques particulières.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	Remarque 2 : La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie.
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 été transmise par la structure. Pas d'observations.
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)	Remarque 3 : 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 : Troubles du transit, incontinence, troubles du sommeil.

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	Ecart 3 : 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- 3 ^{ème} alinéa.

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 télé médecine, 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 avec l'organisme suivant : [REDACTED]
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?		Remarque 4 : Au jour du contrôle, la liste des conventions de partenariat (document n° 38) n'a pas été transmise.

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatrique suivante : [REDACTED]
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 - 5ème alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	Ecart 4 : Au jour du contrôle, la liste des conventions de partenariat (document n° 38) n'a pas été transmise.
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 [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de [REDACTED]
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		Le jour du contrôle, la structure déclare disposer d'une convention avec l'HAD de l'Association [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 16 avril 2024

Signé