

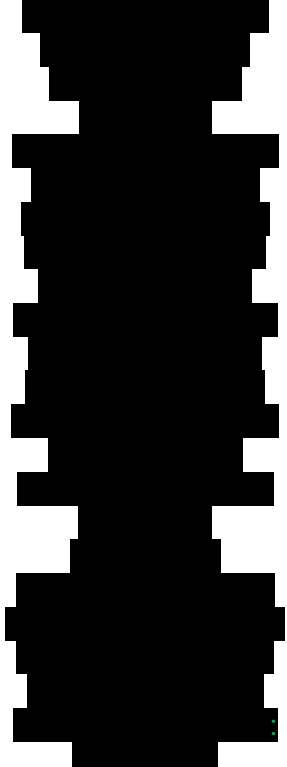

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD LA BONANÇA Situé à GRUISSAN 11430

*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 (2)	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 mission constate, lors du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide datant de moins de 5 ans, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).	Art. L.311-8 du CASF	Prescription 1 : Transmettre le projet d'établissement à l'ARS dès sa finalisation.	Effectivité 2024		Levée de la prescription 1 dès la transmission du projet d'établissement. La mission prend note que deux étapes essentielles du projet d'écriture sont en cours de finalisation. Délai : Effectivité 2024
Ecart 2 : Le guide de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise	<u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF	Prescription 2 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des	Immédiat		Levée de la prescription 2.

par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.		EIG en y intégrant la notion « sans délai ». Transmettre la procédure à l'ARS.			
--	--	--	--	--	--

Remarques (2)	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 ne dispose pas d'une procédure formelle de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	Recommandation 1 : Élaborer et mettre en place une procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	6 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 1. La mission prend note que l'analyse du risque pour chaque résident est effectuée sur Netsoins et l'analyse mensuelle des chutes, avec les actions correctives requises, est en place.

RAPPORT EHPAD LA BONANÇA (11)

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)

Structure

Dénomination : EHPAD LA BONANÇA

Adresse : Rue des Genêts 11 430 GRUISSAN

N° FINESS Juridique : 920028560

N° FINESS Géographique : 110004496

Gestionnaire : Fondation Partage et Vie

Tél. : 04 68 75 23 00

Mail direction : [REDACTED]@fondationpartageetvie.org

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 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.....	18

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 LA BONANÇA 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	EHPAD LA BONANÇA	
Statut juridique	Privé à but non lucratif	
Option tarifaire	TARIF GLOBAL	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	48	48
HT	2	2
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■ - validé en 2021 PMP : ■ - validé en 2021	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	50	

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 de l'EHPAD. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure est dirigée par une directrice. Son avenant au contrat de travail, daté et signé du 19 octobre 2023, a été transmis. La directrice est titulaire d'un [REDACTED] [REDACTED] Conformité à la réglementation.
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature	Art. D.312-176-5 du CASF	La structure a transmis une subdélégation de pouvoirs et de signature daté et signé le 01 octobre 2023. Conformité.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning des astreintes a bien été transmis. La continuité de service est assurée.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement valide	Art. L.311-8 du CASF	<p>La date d'échéance du projet d'établissement en vigueur est fixée à 2021. Selon la structure, le projet d'établissement, en cours d'écriture, est élaboré en équipe pluridisciplinaire, avec une signature prévue dans le cadre du CPOM en 2024.</p> <p>Ecart 1 : La mission constate, lors du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide datant de moins de 5 ans, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L311-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).</p>
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	<p>Le règlement de fonctionnement a bien été transmis par la structure.</p> <p>La date du règlement de fonctionnement en vigueur est 2023.</p> <p>Conformité.</p>
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.
<p>Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ?</p> <p>Le contrat de séjour est-il signé ?</p>	<p><u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF</p> <p><u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF</p>	<p>La structure déclare que Chaque résident dispose d'un contrat de séjour, elle déclare aussi que Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.</p> <p>Conformité.</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>La CCG est constituée, et la structure a transmis sa composition.</p> <p>La structure déclare à que la CCG n'est pas active en raison de l'absence des médecins généralistes</p> <p>Une reprogrammation est prévue dans un autre format le 22 avril 2024.</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 : Art. L.311-6 du CASF</p> <p>Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF</p> <p>Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le règlement intérieur du Conseil de la Vie Sociale (CVS).</p> <p>Le CVS est constitué.</p> <p>La structure a transmis les trois comptes rendus des réunions de CVS de 2023.</p> <p>Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>Le calendrier des réunions 2024 a été transmis.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC

<p>Contrat de travail du MEDEC</p>	<p><u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Un avenant au contrat de travail du médecin coordonnateur est daté et signé du 28 décembre 2022.</p>
<p>Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p>	<p><u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p>	<p>Il est titulaire d'un diplôme de médecine gériatrique et gérontologie. Conformité. Il est médecin traitant de 7 résidents. La quotité de temps accordée au suivi des résidents dont le médecin coordonnateur est médecin traitant est de [REDACTED] ETP.</p>
<p>ETP MEDEC</p>	<p>Art. D.312-156 du CASF</p>	<p>L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 48 places autorisées. Conformité à la réglementation.</p>
<p>IDEC :</p> <p>L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ? Contrat de travail et date du recrutement</p> <p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC.</p>	<p>Art. D.312-155-0, II du CASF</p> <p>HAS, 2011</p> <p>Art. R.4311-118 du CSP</p> <p>Art. R.4311-319 du CSP</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>La structure dispose d'une Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice (IDEC). Son contrat de travail, daté et signé du [REDACTED]</p> <p>La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste. Cette formation a été dispensée par [REDACTED]</p>

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées, tant au sein du CODIR qu'au cours de transmissions pluridisciplinaires.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		La structure déclare réaliser des RETEX (retours d'expérience) suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS (événements indésirables graves), à la fois en CODIR et au sein des équipes, en fonction du sujet traité.
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	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.

<p>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</p> <p>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 ?</p>	<p><u>Mention sans délai :</u> Art. L.331-8-1 CASF</p>	<p>Ecart 2 : Le guide 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>La structure déclare 4 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui.</p>
<p>Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p>		<p>La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et EIG.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.
Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe : 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. Composition de l'équipe pluridisciplinaire :</p> <p>MEDEC: 0.60 ETP/ IDEC: ■ ETP/ IDE: ■ ETP/ AS: ■ ETP/ AMP-AES: ■ ETP</p> <p>Durant la période du 1er janvier 2023 jusqu'à la signature du courrier de l'ARS, la structure a déclaré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 ETP d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) vacant, et 1 Équivalents Temps Plein (ETP) vacants pour les postes d'Aide-Soignant (AS), Aide Éducatif et Social (AES), et Aide Médico-Psychologique (AMP). • Un taux d'absentéisme de 0.016 % pour le personnel IDE, avec un taux de rotation (turn-over) de 0.25 %. • Un taux d'absentéisme de 0.0075 % pour le personnel AS-AES-AMP, avec un taux de rotation de 0.035%. • Le taux d'encadrement : 0.568 %. <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	<p>HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des</p>	<p>La structure a transmis les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont été transmis.</p> <p>Pas d'observations particulières.</p>

	populations accompagnées et le 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)	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF Art. L.311-8 du CASF <u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF	La structure déclare que le document est en cours d'écriture. Cf. écart 1
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF <u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 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. Conformité.

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 que la permanence des soins la nuit, le weekend et les jours fériés sera assurée avec un dispositif [REDACTED] (astreinte IDE de NUIT) en cours de mise en place.
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 organiser des transmissions quotidiennes entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, avec des transmissions du MEDEC et du psychologue deux fois par semaine.
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 d'observations 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 d'officine [REDACTED]. 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 via le logiciel [REDACTED].
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. Utilisation de [REDACTED] pour résidents/familles, CVS, cahier de liaison et doléances à l'accueil. Échanges fréquents entre IDEC et familles pour suivi médical. Temps d'échange si nécessaire entre MEDCO/psychologue, résidents et proches.

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	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a été transmise et comprend de nombreux protocoles pour divers risques, tels que les AES (Accidents d'Exposition au Sang), les Précautions Standard et Complémentaires, le GEA (Gastro-Entérite Aiguë), les IRA (Infections Respiratoires Aiguës), la Légionnelle, ainsi que la désinfection des Dispositifs Médicaux (DM). Pas d'observations.
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 bien été transmise. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU). Pas de remarques particulières.
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 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. 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 structure déclare avoir réalisé une analyse des chutes en Commission chutes, impliquant les infirmier(e)s et les infirmier(e)s coordinateurs(trices), et a formulé des propositions pour améliorer la prise en charge. Celles-ci comprennent la réévaluation du traitement, la recommandation de séances de kinésithérapie, la commande de chaussures adaptées pour la prévention des chutes, la mise en place de matériel pour améliorer la mobilité, ainsi que la possibilité d'un contrôle ophtalmologique avec l'aide des opticiens mobiles. Remarque 1 : Au jour du contrôle, la structure ne dispose pas d'une procédure formalisée de prévention et de prise en charge du risque de chutes.
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)	La structure déclare disposer de 30 procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques, incluant les procédures suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, État bucco-dentaire, Incontinence.

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un médecin traitant en raison du manque de places en médecine générale. Ce manque est compensé par la suppléance assurée par le MEDEC.
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	<p>La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Conformité.</p> <p>La structure déclare qu'au moment du contrôle, 75,76% des habitants ont un PPI à jour. Ceux qui ne sont pas à jour sont ceux des nouveaux entrants ainsi que ceux qui nécessitent une modification ou un renouvellement.</p> <p>La structure déclare que le Projet de Soins Individuel est associé au Plan de Soins et aux risques. De même, le Projet Individuel de Vie est associé aux animations mises en place.</p>

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		<p>Remarque 2 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>

chroniques, gériatologie par exemple)		
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] / Imagerie à [REDACTED] / [REDACTED], et LBM avec le [REDACTED]

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatologique suivante : Médecine Gériatrique [REDACTED]. Elle déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG).
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 suivant : [REDACTED]. Conformité.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. Il s'agit de [REDACTED] et [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du [REDACTED].

une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED]

Fait à Toulouse, le 16 avril 2024

Signé