

RAPPORT EHPAD « LE SOELIL LEVANT »

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 LE SOLEIL LEVANT

Adresse : 21 RUE LOU CIGALOU ; 11300 LIMOUX

N° FINESS Juridique : 110007556

N° FINESS Géographique : 110789526

Gestionnaire : EMERA

Tél. : 04 68 31 72 72

Mail direction et/ou directeur : directionsoleillevant@emera.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 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

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées 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 LE SOLEIL LEVANT 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 18 octobre 2023 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 LE SOLEIL LEVANT	
Statut juridique	Etablissement privé à but lucratif	
Option tarifaire	Tarif partiel	Tarif partiel
EHPAD avec ou sans PUI	Sans Pui	Sans Pui
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
	HP 65	65
	HT 0	0
	PASA 0	0
	UHR 0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■ - Validé le 04/05/2023 PMP : ■ - Validé le 04/05/2023	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	0

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.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	L'avenant au contrat de travail du directeur est daté et signé du [REDACTED] La structure déclare que le directeur exerce aussi des fonctions de direction au niveau de la RESIDENCE AUTONOMIE SOLEIL LEVANT (sur le même site). Remarque 1 : La structure informe que le directeur a « entamé son processus de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) sur la certification « Directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social (MS) [REDACTED] [REDACTED] Le procès-verbal de la Commission de recevabilité a été transmis.
Document unique de délégation : (EHPAD relevant du secteur privé)	Art. D.312-176-5 du CASF	Le Document Unique de Délégation est daté et signé du 7 avril 2022. Conformité à la réglementation.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2023 est-il fixé ?		L'établissement a transmis : - Le protocole administratif d'astreinte et de permanence téléphonique - Le logigramme gestion de crise mentionnant les personnes à contacter - La note d'information de permanence des responsables

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 2019-2023. Conformité à la réglementation.
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de 2023. 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 pas les textes.
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Le contrat de séjour est-il signé ?	<u>Contrat de séjour :</u> Art. L.311-4 du CASF <u>Signature :</u> Art. D.311 du CASF	Le contrat de séjour a bien été transmis par la structure. Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.
La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de	Art. D.312-158, 3° du CASF Arrêté du 5 septembre 2011	L'établissement a transmis le compte-rendu de la réunion de Commission de Coordination Gériatrique (CCG) datée du 20 octobre 2022. La programmation 2023 prévoit une réunion le 05 décembre. La CCG est constituée et active. Conformité à la réglementation.

<p>l'établissement est-elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituée ? - Active ? 	<p>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>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><u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF</p> <p><u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p>	<p>L'établissement a transmis les comptes rendus des réunions du Conseil à la Vie Sociale (CVS) de 2022 datés du 25 octobre, 22 novembre et 15 décembre.</p> <p>La programmation des CVS de 2023 mentionne les dates des 5 réunions annuelles ainsi que la date des élections.</p> <p>Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus sont signés par la Présidence.</p>

1.3 - MEDCO et IDEC

<p>Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p> <p>Contrat de travail du MEDEC</p>	<p><u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p> <p><u>Contrat</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>L'avenant au contrat de travail de la MEDCO est daté et signé du [REDACTED] Elle est titulaire de : [REDACTED]</p>
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	<p>L'établissement déclare un équivalent temps plein du médecin Coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 65 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 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Le contrat de travail de l'IDEC est daté et signé du [REDACTED]. Son DIPLOME DE [REDACTED] a été transmis.</p>

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 les comptes rendus des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisés.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		La structure déclare que la réalisation des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS est en projet.
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 assurées par l'IDEC et la MEDCO en interne.

<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 1 : 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>La structure mentionne : 3 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 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.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - Effectifs

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. L'équipe est pluridisciplinaire. ■ MEDEC _ ■ IDEC _ ■ IDE _ ■ AS _ ■ AMP</p> <p>Le tableau des effectifs ne mentionne pas de personnel ayant un statut de « faisant fonction AS ». Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2022 au jour dit, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 ETP vacant d'IDE et 0 ETP vacant d'AS-AES-AMP. - Pour les personnels IDE : 0 % de taux d'absentéisme et 0 % de taux de turn-over. - Pour les personnels AS-AES-AMP : 0 % de taux d'absentéisme et 0 % de taux de turn-over.
---	---	---

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 populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</p>	<p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.</p>
---------------------------------------	--	---

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 <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF	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.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	Le modèle d'annexe au contrat de séjour a transmis par la structure prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.

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 l'astreinte médicale est assurée par la [REDACTED] Elle informe que la résidence est inscrite au dispositif IDE de nuit mutualisé en EHPAD, ce projet ayant été retardé par la délimitation des secteurs. Une effectivité est prévue pour décembre 2023 ou janvier 2024. [REDACTED]
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 que l'organisation des transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire est assurée par : <ul style="list-style-type: none"> - Transmissions orales de 10 min le matin et le soir à la relève équipes jour / nuit. - Transmissions orales de 30min à 14h00 avec [REDACTED] AS, [REDACTED] IDE, PSY, IDEC et MEDEC. - A tout moment transmissions écrites sur le logiciel [REDACTED].
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.

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 [REDACTED].
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. Elle informe que certains médecins prescrivent directement dans le logiciel de soins, et pour ceux qui ne le font pas, le MEDEC assure la retranscription dans le logiciel. Seuls les médecins ont accès au module prescription.
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 : <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] réseau social de la résidence sur lequel les professionnels peuvent émettre des messages et/ou photos à destination des familles de façon groupée ou individuelle et inversement, les familles peuvent envoyer des messages à destination des professionnels ou de leur proche que nous pouvons imprimer sous forme de carte postale. - Un soignant référent est désigné pour chaque résident, l'information aux familles est donnée lors de l'admission du résident, elles peuvent le contacter par téléphone ou bien demander à le rencontrer physiquement.

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 bien été transmise.
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 existe. La structure mentionne qu'elle est en cours d'adaptation et d'appropriation par les équipes du Soleil Levant et seront transmises ultérieurement. Chaque résident a un Dossier de Liaison Unique.
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.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La procédure existe .La structure mentionne qu'elle est en cours d'adaptation et d'appropriation par les équipes du Soleil Levant et sera transmise ultérieurement.
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.
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 10 procédures. La structure déclare disposer des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil, Dépression, Soins palliatifs/ fin de vie, Décès du patient.

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) ?	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare être à 77% de PAP réalisés du fait des retards pris en fonction des entrées sorties des résidents, une planification pour atteindre les 100% de réalisés - réévalués est en cours. Ecart 2 : 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.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI).
Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ?	Art. D.312-155-0 du CASF	La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie.

3.4 - Relations avec l'extérieur

<p>Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usage de la télémedecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie par exemple) 		<p>La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED], [REDACTED] et [REDACTED].</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie avec [REDACTED] et LBM avec [REDACTED].</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?</p>		<p>La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gériatrique de [REDACTED]. Elle déclare aussi avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?</p>	<p>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)</p>	<p>La structure informe avoir initié la démarche d'élaboration d'une convention de partenariat auprès du directeur du [REDACTED] pour les hospitalisations en court séjour. Celui-ci étant parti, la structure est en attente auprès du nouveau directeur.</p> <p>Ecart 3 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir signé le jour du contrôle 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 ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec le service de Géro- psychiatrie [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 les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) [REDACTED] et association [REDACTED]
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signée une convention avec l'HAD des 4 vents KORIAN.

Fait à Toulouse, le 6 décembre 2023

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

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives
Tableau des remarques et des recommandations retenues
Contrôle sur pièces de l'EHPAD SOLEIL LEVANT situé à Limoux (11)

*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

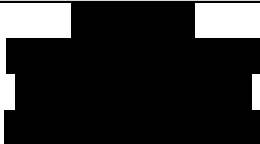
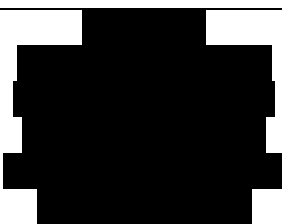



Ecart (3)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : La procédure de déclaration 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.	Art. L.331-8-1 CASF	Prescription 1 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai ». Transmettre le document à l'ARS.	Immédiat		Prescription 1 levée
Ecart 2 : 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.	Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF	Prescription 2 : Finaliser les 23% de PAP en cours afin que chaque résident dispose d'un PAP.	Effectivité 2024		Prescription 2 levée
Ecart 3 : La structure déclare ne pas avoir signé le jour du contrôle 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.	Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	Prescription 3 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	Effectivité 2024		Prescription 3 maintenue en attente décision   Effectivité 2024

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (1)	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
<p>Remarque 1 : La structure informe que le directeur a « entamé son processus de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) sur la certification « Directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social (MS) » [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] Le procès-verbal de la Commission de recevabilité a été transmis.</p>	<p>Art. D.312-176-6 à 9 du CASF</p> <p>Arrêté du 19 janvier 2010 pris pour l'application de l'article D.312-176-10 du CASF</p>	<p>Recommandation 1 : Transmettre l'attestation de réussite de la VAE.</p>	<p>Effectivité 2024</p>	<p>[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]</p>	<p>Recommandation maintenue</p> <p>Effectivité fin 2024</p>