

## RAPPORT EHPAD « LE SOULEILHOU »

### 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 SOULEILHOU

Adresse : LOTISSEMENT DU BOURG 46310 ST GERMAIN DU BEL AIR

N° FINESS Juridique : 460785736

N° FINESS Géographique : 460785744

Gestionnaire : CCAS ST GERMAIN DU BEL AIR

Tél. : 05 65 31 05 99

Mail direction et/ou directeur : directeur@ehpad-souleilhou.fr

#### Equipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : ██████████

Nom de l'Inspecteur ou de l'Inspectrice : ██████████

## 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 .....	11
II - RESSOURCES HUMAINES .....	12
2.1 - Effectifs .....	12
2.2 - Formation.....	13
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS .....	14
3.1 - Projet général médico-soignant.....	14
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 des Solidarités et des Familles 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 SOULEILHOU 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 **13 septembre 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 :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	LE SOULEILHOU	
<b>Statut juridique</b>	Centre Communal d'Action Sociale	
<b>Option tarifaire</b>	Partiel	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	Sans PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
	HP 43	43
	HT 4	4
	PASA 14	14
	UHR	
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP : ██████ PMP : ████	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	100%	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b> Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	La structure a transmis l'organigramme. Conformité.
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme – Contrat de travail.	<u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	Le contrat de la directrice a été transmis. Il est signé et daté du [REDACTED].  La directrice est titulaire de plusieurs diplômes : [REDACTED] [REDACTED]  La directrice n'exerce pas ses fonctions au sein d'un autre établissement.
<b>DUD :</b> Document unique de délégation pour les EHPAD relevant du secteur privé	<u>EHPAD relevant du privé :</u> Art. D.312-176-5 du CASF	Le document unique de délégation a été transmis.
Le calendrier des astreintes du 1 <sup>er</sup> semestre 2023 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 (validité PE : 5 ans)	Le projet d'établissement a été transmis. Sa date d'effectivité est 2018-2023. La structure déclare « L'écriture et la construction du nouveau projet d'établissement est en cours pour 2024 »
Règlement de fonctionnement valide	Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans)	Le règlement de fonctionnement a été transmis. Il a été adopté par le conseil d'administration le 26 juin 2023. Sa date d'échéance est au 25 juin 2028. Conformité.
Est-ce qu'un <b>livret d'accueil</b> 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)	<a href="#">Art. L311-4 du CASF</a> <a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a>	Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus pas les textes.
Le contrat de séjour ( ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ?	<a href="#">Art. L.311-4 du CASF</a>	Le contrat de séjour a été transmis par la structure.
S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ?	Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour prévoit sa signature par le résident ou son représentant légal ainsi que la direction.

<p>La <b>commission de coordination gériatrique</b> chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement est-elle constituée et active ?</p>	<p><b>Art. D.312-158, 3° du CASF</b> (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)</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 structure déclare « La commission gériatrique n'est pas encore constitué par faute de médecin traitant, kiné et pharmacien disponible, Le médecin co de l'établissement souhaite indiquer qu'il souhaite réaliser une commission gériatrique mais n'est pas responsable de la venue ou pas de ses membres »</p> <p><b>Ecart 1</b> : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de <b>l'article D.312-158, 3° du CASF.</b></p>
<p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <u>Cf. Document 6</u></p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1<sup>er</sup> 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 Art. D.311-15 –I du CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF</p> <p><u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF</p> <p><u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF</p> <p><u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF</p> <p><u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF</p> <p><u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis les 3 CVS de l'année 2022. Elle a transmis la programmation des CVS de l'année 2023.</p> <p><b>Ecart 2</b> : Les CR des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p>



1.3 - MEDCO et IDEC		
<p><b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p> <p><b>Contrat de travail du MEDEC</b></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>Le contrat du MEDCO a été transmis. Il est signé et daté du [REDACTED]</p> <p>La structure a transmis l'attestation de formation validant le cycle de gérontologie. Elle est signée et datée du [REDACTED]</p>
<p><b>ETP MEDEC</b></p>	<p>Art. D.312-156 du CASF</p>	<p>La structure déclare « L'établissement souhaiterait passer le médoc à [REDACTED] mais au vu qu'il n'y est pas favorable à ce jour ... »</p> <p>Le temps d'ETP du médecin Co est de [REDACTED] pour 43 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,40 médecin Co.</p> <p><b>Ecart 3</b> : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>
<p><b>IDEC</b> : Contrat de travail et date du recrutement</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>Le contrat de l'IDEC a été transmis. Il est signé et daté du 30 juin 2022.</p>
<p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</b></p> <p>Qualification et diplôme de l'IDEC.</p>	<p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>La structure déclare « La formation IDEC s'est réalisée pendant son temps de travail la première année 2022/2023 ».</p> <p>La structure a transmis l'attestation de formation :</p> <p>- [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>



1.4 - Qualité et GDR		
Existe-t-il <b>une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles</b> ?	Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF	La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise à l'ARS.
<b>Des réunions d'échanges et de réflexion</b> 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.
<b>L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?</b>		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.
Des <b>actions de formation professionnelle (bonnes pratiques)</b> sont-elles mises en place ?	<a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a>	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
Depuis 2020, quel est le nombre de <b>dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD</b> au titre de l'art. L.331-8-1 du code de l'action sociale et des familles ?	Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)	La structure déclare 5 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.
Existe-t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?		Selon la structure, le plan de formation du personnel à la déclaration existe.

## II - RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 - Effectifs

<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p>	<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>Le planning des IDE et des AS –AMP- AES du jour dit a été transmis. Conformité.</p> <p>Le tableau d'effectifs a été transmis. Composition de l'équipe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- MEDCO</li><li>- IDEC</li><li>- IDE</li><li>- AS</li><li>- ASH</li><li>- Animation</li><li>- Ergothérapeute</li><li>- Psychologue</li></ul> <p><b>■ FF AS</b></p> <p>Le nombre d'ETP vacant des IDE est de 0. Le taux d'absentéisme est de 4%. Le taux de rotation est de 33%.</p> <p>Le nombre d'ETP vacant des AS-AMP-AES-ASG est de 0. Le taux d'absentéisme est de 5,69%. Le taux de rotation est de 28%.</p>
--	---	--

2.2 - Formation		
<p>Plans de formation interne et externe</p>	<p><a href="#">HAS, 2008, p.18</a>  <a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</a></p> <p><a href="#">HAS 2008, p.21</a>  <a href="#">(Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance</a></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)	<p><u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF</p>	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.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<p>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</p>	L'annexe au contrat de séjour a été transmise par la structure. Le modèle transmis prévoit sa signature pour chaque résident.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a été transmise par la structure.
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)	<a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</a>	La structure déclare l'existence d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés : Astreinte nuit + week-end administrative IDEC/DIRECTION.

<p>Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?</p>	<p>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</p>	<p>La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.</p>
<p>Le circuit du médicament est-il formalisé ?</p>	<p>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS</p>	<p>La procédure du circuit du médicament a été transmise.</p>
<p>La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine ?</p>	<p>Art. L.5126-10 du CSP</p>	<p>La structure dispose d'une convention avec la pharmacie [REDACTED].</p>
<p>La structure organise t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?</p>	<p>Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)</p>	<p>La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.</p>
<p>Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ?</p>		<p>La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure : Email, petit journal, Téléphone, procédure réclamations, cahier etc.</p>

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

<p>Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?</p>	<p><a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a></p>	<p>La structure déclare « L'ensemble du risque infectieux est suivi par l'EMH de [REDACTED] qui est associé à la plateforme [REDACTED] donne l'accès à toutes les procédures et protocoles validés par la plateforme. - Document joint la convention avec l'EMH »</p>
<p>Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?</p>	<p><a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a></p>	<p>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).</p>
<p>Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?</p>	<p><a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</a>  Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)</p>	<p>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 été transmise par la structure.</p>
<p>Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?</p>	<p>ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)</p>	<p><b>Remarque 1</b> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.</p>
<p>Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?</p>	<p>Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007</p>	<p>La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a été transmise par la structure.</p>



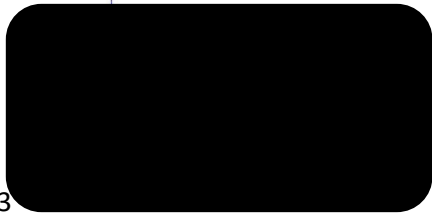
<p>De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?</p>	<p>Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)</p>	<p>La structure déclare disposer de 23 procédures.</p> <p><b>Remarque 2</b> : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : troubles du sommeil, ostéoporose et activité physique.</p>
--	--	--

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 démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise.
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 ?	Article L 312-1 du CASF Article L 312-8 de la Loi du 2 janvier 2002	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"> <li>- Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise</li> <li>- Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gérontologie par exemple)</li> </ul>		<p>La structure a organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents : [REDACTED]</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>La structure a organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM : [REDACTED]</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?</p>		<p>La structure a signé une convention de partenariat avec une filière gérontologique.</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<sup>ème</sup> 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 a signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour : CH [REDACTED].</p>
<p>Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?</p>		<p>La structure a signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie : [REDACTED]</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		La structure a signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs : ■■■■
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec HAD au jour dit.

Fait à Montpellier, le 13 octobre 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 « LE SOULEILHOU » (46)

*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 (Prescription)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
<p><b>Ecart 1</b> : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>	<p><b>Art. D.312-158, 3° du CASF</b></p>	<p><b>Prescription 1</b> : Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	<p><b>Effectivité 2024</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°1 : Maintenu</b></p> <p>La mission a bien noté que la commission sera mise en place en 2024.</p> <p><b>Effectivité 2024</b></p>
<p><b>Ecart 2</b> : Les CR des CVS ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p>	<p>Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p><b>Prescription 2</b> : La structure est invitée à s'assurer de la signature des CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances.</p>	<p><b>Immédiat</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°2 : Levée</b></p>
<p><b>Ecart 3</b> : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p>	<p>Art. D.312-156 du CASF</p>	<p><b>Prescription 3</b> : Se mettre en conformité avec la réglementation.</p>	<p><b>6 mois</b></p>	<p>[REDACTED]</p>	<p><b>Prescription n°3 : Maintenu</b></p> <p><b>Effectivité 2024</b></p>

## Tableau des remarques et des recommandations retenues

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
<b>Remarque 1</b> : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention du risque iatrogénie.	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	<b>Recommandation 1</b> : La structure est invitée à élaborer et mettre en œuvre une procédure de prévention du risque iatrogénie ; transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois	██████████ ██████████	<b>Recommandation n°1 :</b> <b>Maintenue</b>  <b>Effectivité 2024</b>
<b>Remarque 2</b> : Les éléments communiqués par la structure ne permettent à la mission de s'assurer de l'existence de l'ensemble des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. Sont manquantes : troubles du sommeil, ostéoporose et activité physique.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	<b>Recommandation 2</b> : Elaborer et mettre en place les procédures citées en références. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	6 mois	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	<b>Recommandation n°2 :</b> <b>Maintenue</b>  <b>Effectivité 2024</b>