

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

EHPAD LES BALCONS DU LOT

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	Equipe du contrôle sur pièces
<p>Nom de l'EHPAD : LES BALCONS DU LOT</p> <p>Adresse : 4 rue Sœur Marguerite Meynen 46220 PRAYSSAC</p> <p>Numéro FINESS juridique : 46 000 016 9</p> <p>Numéro FINESS géographique : 460780315</p> <p>Nom de l'organisme gestionnaire : LES BALCONS DU LOT</p> <p>N° de téléphone : 05 65 22 42 49</p> <p>Mail direction et/ou directeur(trice) : direction1@ehpad46.fr</p>	<p>Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces</p> <p>Nom du gestionnaire instructeur : ██████████</p> <p>Nom de l'Inspectrice : ██████████</p>

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	6
1.3 - MEDCO et IDEC	9
1.4 - Qualité et GDR	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
2.1 - Effectifs	12
2.2 - Formation.....	14
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	15
3.1 - Projet général médico-soignant.....	15
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	18
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	20
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	21

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 LES BALCONS DU LOT 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 06/03/2024 dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (cf. annexe n°1),

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	LES BALCONS DU LOT	
Statut juridique	FPH	
Option tarifaire	GLOBAL	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
	HP 58	58
	HT 2	2
	PASA 6	6
	UHR	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■ PMP : ■	Validé le : 24/04/2023 Validé le : 26/05/2023
Nombre de places habilitées à l'aide sociale		

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement		L'organigramme de la structure a bien été transmis. Il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF Art. D.312-176-10 du CASF	L'arrêté de nomination de direction commune PRAYSSAC a bien été transmis. Conformité. Le [REDACTED] a été transmis. Conformité. Le directeur exerce au niveau de plusieurs structures : EHPAD PRAYSSAC, CAZALS/SALVIAC, CASTELNAU MONTRATIER, MONTCUQ, PUY-L'EVEQUE Le directeur est à [REDACTED] ETP. Un DG Dirco pour 60 résidents sur 365 résidents à [REDACTED] ETP Un DGA Dirco pour 60 résidents sur 365 résidents à [REDACTED] ETP
Document Unique de Délégation (DUD) Délégation signature	Art. D.312-176-5 du CASF	Sans objet
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Remarque 1 : Au jour du contrôle, le calendrier des astreintes pour 2024 (Document n° 05) n'a pas été transmis.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2018-2022.

		<p>La lettre d'engagement du directeur concernant le projet d'établissement a bien été reçue.</p> <p>Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans ,ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	<p>Le règlement de fonctionnement a été adopté par le Conseil d'Administration à la date du 23 octobre 2017.</p> <p>Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.</p>
<p>Un livret d'accueil est-il 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)</p>	<p>Art. L311-4 du CASF</p> <p><u>Recommandation ANESM :</u> concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</p>	<p>La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.</p>
<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>Le contrat de séjour commun a bien été transmis.</p> <p>EHPAD de PRAYSSAC EHPAD de PUY L'EVEQUE EHPAD de SALVIAC</p>

		<p>EHPAD DE CAZALS EHPAD DE CASTELNAU-MONTRATIER EHPAD DE MONTCUQ-EN-QUERCY-BLANC</p> <p>Le modèle de contrat de séjour a bien été transmis par la structure, il prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.</p>
<p>La Commission de Coordination Gériatrique (CCG) 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><u>Médecin coordonnateur préside la commission réunie au moins 1x/an :</u> Art. D.312-158, 3° du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles</p>	<p>Ecart 3 : La commission de coordination gériatrique n'est ni constituée ni active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.</p> <p>Est-il opérationnel ?</p>	<p><u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3</p> <p><u>Composition et fonctionnement :</u> Art. D.311-4 à 20 CASF</p> <p><u>Composition :</u> Art. D.311-5 du CASF</p> <p><u>Règlement intérieur :</u> Art. D.311-19 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Le CVS est constitué. La structure a transmis les 2 comptes rendus des réunions de CVS de 2023 datés 01/12/2023 et du 02/10/2023. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>La structure déclare : « 1 par trimestre + 3 intercvcs départementaux pas de date programmée à ce jour saur 1 inter cvs le 11/04 et le 1er CVS qui a eu lieu le 23/02 ».</p> <p>Ecart 4 : La mission n'est pas en mesure, au vu des éléments transmis, de vérifier les dispositions de l'article D.311-16 du CASF qui prévoient que le CVS se réunit, à minima, 3 fois par an.</p>

	<u>Attribution du CVS :</u> Art. D311-15 et 26 <u>Périodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF <u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF	
--	--	--

1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 <u>Contrat du MEDCO :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	01/01/2022 atteint par la limite d'âge d'exercice et absence de candidat depuis. Ecart 5 : L'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.
ETP MEDCO	Art. D.312-156 du CASF	<i>PAS DE MEDECIN COORDONNATEUR SANS OBJET</i>
IDEC : Contrat et date du recrutement	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC depuis le 01.08.2019 à 1 ETP. Formation IDEC cadre de soins [REDACTED] + FORMATION [REDACTED]

L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC		
--	--	--

1.4 - Qualité et GDR		
----------------------	--	--

Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, évènements indésirables associés aux soins EIAS) ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé	Lors de la réunion hebdomadaire pluri professionnelle : La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) ?		Formation prévue le 14.06.2024
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	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.

	<p>maltraitance - décembre 2008</p> <p>Art. L.312-8 du CASF</p>	
<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>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 ».</p> <p>Conformité.</p> <p>La structure mentionne 0 signalement de dysfonctionnement grave déclaré 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>Formation prévue en interne 2ème semestre 2024 après formation RETEX prévue le 14.06.2024.</p> <p>La mission prend en compte la formalisation d'un plan de formation du personnel à la déclaration au 2^e semestre 2024.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
<p>Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?</p>		<p>La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.</p>
<p>Effectifs dans l'ensemble de la structure</p> <p>Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.</p>	<p><u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) : ■■■■ ETP Etat réel : ■■■■ ETP Ecart : - ■■■■ ETP</p> <p>Equipe pluridisciplinaire en nombre ETP : ■■■■ ETP</p> <p>ASH/BUAND. ■■■■ AS/AMP NUIT ■■■■ AS/AMP JOUR ■■■■ PSY ■■■■ Cadre et IDEC ■■■■ ISGS infirmiers en soins généraux hospitaliers ■■■■ PASA AJ ■■■■ MCOO 0</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnel faisant fonction AS/AMP : ■■■■ - Nombre de personnel faisant fonction inscrit dans un protocole VAE : ■■■■ - Le taux d'encadrement : 0,79 - Taux de turn over des personnels AS-AES-AMP sur la période du 1er janvier 2023 au jour du contrôle : 10,30%

		Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.
--	--	---

		Pas de remarques particulières.
--	--	---------------------------------

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	HAS, 2008, p.18 (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention) HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance)	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont bien été transmis. Pas d'observations.
---------------------------------------	--	--

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?	<p><u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF Art. L.311-8 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF</p>	Le projet d'établissement comprend un volet projet général de soins décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Conformité.
Disposez-vous d'une annexe au contrat de séjour ?	<p><u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF</p> <p><u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF</p>	Sans objet

Disposez-vous d'une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare disposer d'une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. « Quotidienne à 14h jusqu'à 14h30 avec ASH AS IDE IDEC CDS + mardi réunion pluri professionnelle avec ASH AS IDE IDEC CDS psychologue animatrice PASA »
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a bien 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 II du CSP	Ecart 6 : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec une PUI / pharmacie d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.

La structure organise t'elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	<u>Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales :</u> Art. R.5132-3 et suivants du CSP	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 est-il mis en place ?		La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure. Dispositif ██████████, affichage, mails, téléphone, Visio.

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques		
Disposez-vous d'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	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas d'observations.
Disposez-vous d'une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Disposez-vous d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	Remarque 2 : Au jour du contrôle, la procédure d'accès aux soins non programmés et urgents H24 (document n°33) n'a pas été transmise. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Disposez-vous d'une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	<u>Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée :</u> Art. L.311-3 du CASF Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007	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. Conformité.
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas d'observations.

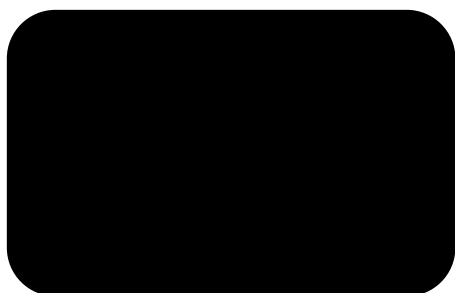
<p>Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?</p>	<p>Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005</p> <p>Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007</p>	<p>La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise.</p> <p>Pas d'observations.</p>
<p>De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?</p>	<p>Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021</p>	<p>La structure déclare disposer de 39 procédures.</p> <p>Les éléments communiqués par la structure permettent à la mission de s'assurer de l'existence des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil.</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) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident :</u> Art. L311-3,7° du CASF <u>Equipe, PSI PIV :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprenant un PSI et un PIV pour chaque résident. Conformité.

3.4 - Relations avec l'extérieur		
Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gérontologie par exemple)		La structure déclare avoir organisé les 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) ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM : CH [REDACTED] et [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec la filière gérontologique suivante : [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ?	<u>Conventions :</u> Article D.312-155-0 du CASF modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour suivants : CH [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. CMP [REDACTED] + [REDACTED]
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs et/ou une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Equipe Mobile soin palliatif [REDACTED]. Conformité.
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure a transmis la convention avec: [REDACTED]

Fait à MONTPELLIER, le 04/04/2024



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

Tableau définitif de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD LES BALCONS DU LOT situé à PRAYSSAC (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.*

Ecart (6)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Prescription-recommandation)	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 Maintenues : 4 Levées : 2
<p>Ecart 1 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>	<p>Art. L.311-8 du CASF</p>	<p>Prescription 1 : Actualiser le projet d'établissement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>Délai : Effectivité 2024</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription maintenue réglementairement Jusqu'à la transmission du projet d'établissement validé. Délai : Effectivité 2024</p>
<p>Ecart 2 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas d'un règlement de fonctionnement valide de moins de 5 ans, ce qui contrevient aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.</p>	<p>Art. R.311-33 du CASF</p>	<p>Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement et le transmettre à l'ARS.</p>	<p>Délai : 6 mois</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription levée.</p>
<p>Ecart 3 : La commission de coordination gériatrique n'est ni constituée ni active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>	<p><u>Médecin coordonnateur</u> <u>préside la commission</u> <u>réunie au moins</u> <u>1x/an :</u></p>	<p>Prescription 3 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique.</p>	<p>Délai : effectivité 2024</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription réglementairement maintenue Délai : effectivité 2024</p>

	<p>Art. D.312-158, 3° du CASF</p> <p>Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles</p>				
<p>Ecart 4 : La mission n'est pas en mesure, au vu des éléments transmis, de vérifier les dispositions de l'article D.311-16 du CASF qui prévoient que le CVS se réunit, à minima, 3 fois par an.</p>	<p><u>Composition et fonctionnement</u> : Art. D.311-4 à 20 CASF</p> <p><u>Composition</u> : Art. D.311-5 du CASF</p> <p><u>Règlement intérieur</u> : Art. D.311-19 du CASF</p> <p><u>Attribution du CVS</u> : Art. D311-15 et 26</p>	<p>Prescription 4 : Transmettre à l'ARS le calendrier CVS et Inter-CVS pour 2024.</p>	<p>Délai : Immédiat</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription levée</p>

	<p><u>Périodicité</u> :</p> <p>Art. D.311-16 du CASF</p>				
<p>Ecart 5 : L'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.</p>	<p><u>Diplôme</u> :</p> <p>Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p> <p><u>Contrat du MEDCO</u> :</p> <p>Art. D. 312-159-1 du CASF</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>Prescription 5 : Se mettre en conformité à la réglementation.</p>	<p>Délai : effectivité 2024.</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription réglementairement maintenue</p> <p>Délai : effectivité 2024</p>
<p>Ecart 6 : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec une PUI / Pharmacie d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP.</p>	<p>Art. L.5126-10 II du CSP</p>	<p>Prescription 6 :</p> <p>La structure est invitée à établir une convention avec un ou des pharmaciens titulaires d'officine, conformément à l'article L.5126-10 du CSP. Transmettre la convention à l'ARS.</p>	<p>Délai :</p> <p>3 mois</p>	<p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription réglementairement maintenue</p> <p>Délai : effectivité 2024</p>

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 Maintenue : 1 Levée : 1
<p>Remarque 1 : Au jour du contrôle, le calendrier des astreintes pour 2024 (Document n° 05) n'a pas été transmis.</p>		<p>Recommandation 1 : Bien vouloir transmettre le calendrier d'astreinte document n° 05.</p>	<p>Délai : Immédiat</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation levée.</p>
<p>Remarque 2 : Au jour du contrôle, la procédure d'accès aux soins non programmées et urgents H24 (document n°33) n'a pas été transmise.</p>	<p>Recommandations de l'HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</p>	<p>Recommandation 2 : Bien vouloir transmettre la procédure d'accès aux soins non programmées et urgents H24</p>	<p>Délai : Immédiat</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Recommandation maintenue Délai : 2 mois.</p>