

## RAPPORT EHPAD RESIDENCE Joseph CAUPERT (48)

### 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 RESIDENCE Joseph CAUPERT

Adresse : Rue du Couderc - Le Bleyard, 48190 MONT LOZÈRE ET GOULET

N° FINESS Juridique : 480000090

N° FINESS Géographique : 480780394

Gestionnaire : Résidence Joseph CAUPERT

Tél. : 0466486115

Mail direction : [REDACTED]

#### Équipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]

Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

## AVERTISSEMENT

Un rapport d'inspection/contrôle est un document présentant un caractère administratif au sens de l'article L. 300-2 du Code des Relations entre le Public et les Administrations (CRPA) et de la jurisprudence constante de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Il fait donc partie des documents administratifs communicables sous les conditions posées par le code précité. Ces conditions lui sont ainsi applicables selon des modalités précisées ci-dessous.

Si, en application de cette loi, les autorités administratives sont tenues de communiquer les documents administratifs qu'elles détiennent aux personnes qui en font la demande », ce « droit à communication » contient cependant des restrictions et notamment :

### 1/ Les restrictions tenant à la nature du document

- 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 Résidence Joseph CAUPERT 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 23 juillet 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 :

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| <b>Nom de l'EHPAD</b>  | EHPAD RESIDENCE Joseph CAUPERT   |           |
| <b>Statut juridique</b>  | Fonction Publique Hospitalière   |           |
| <b>Option tarifaire</b>  | Partiel  |           |
| <b>EHPAD avec ou sans PUI</b>  | Sans PUI   |           |
| <b>Capacité autorisée et installée</b>   | Autorisée  | Autorisée |
|  | HP 55  | 55        |
|  | HT 0   | 0         |
|  | PASA 0   | 0         |
|  | UHR 0  | 0         |
| <b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)<br/>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b> | GMP : ■ - validé le 16 novembre 2023<br>PMP : ■ - validé le 06 novembre 2023 |           |
| <b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>                                | 55   |           |

| Points abordés et constatés lors du contrôle  | Références   | RAPPORT<br>Ecart et Remarques   |
|---|--|---|
| <b>I - GOUVERNANCE</b>  |  |   |
| <b>1.1 - Direction</b>  |  |   |
| <b>Organigramme détaillé de l'établissement :</b><br><br>Liens hiérarchiques et fonctionnels. | Art. D.312-155-0, II du CASF<br>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.<br>Conformité.  |
| <b>Directeur :</b><br><br>Qualification et diplôme<br>Contrat.                                | Art. D.312-176-10 du CASF  | La structure déclare disposer d'un directeur, Il exerce des fonctions de direction au sein de cette structure à [REDACTED] ETP, et exerce également des fonctions de direction au niveau de plusieurs structures du CH de Mende, Florac, Marvejols, EHPAD de Villefort, Bleynard.<br>Son arrêté, daté et signé du [REDACTED], a bien été transmis.<br>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<br>D311-38-3 et 4 du CASF   | La date du projet d'établissement en vigueur est 2015 ; la structure déclare qu'il est en cours de réécriture.<br><br><b>Ecart 1 :</b><br>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. |
| Règlement de fonctionnement valide  | Art. R.311-33 du CASF  | Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de 2021.<br>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><br><a href="#">Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009</a> | La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.<br>Conformité.  |
| Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ?<br><br>Le contrat de séjour est-il signé ?   | <u>Contrat de séjour :</u><br>Art. L.311-4 du CASF<br><br><u>Signature :</u><br>Art. D.311 du CASF   | La structure déclare que chaque résident dispose d'un contrat de séjour de prise en charge, elle déclare aussi que Le modèle de contrat de séjour prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.<br>Conformité.   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>La 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituée ?</li> <li>- Active ?</li> </ul> | <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><b>Ecart 2 :</b></p> <p>La structure déclare, au jour du contrôle, que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.</p>  |
| <p><b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (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<sup>er</sup> janvier 2023</p> <p>Formes de participation :<br/>Art. L.311-6 du CASF</p> <p>Compétences :<br/>Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Fonctionnement :<br/>Art. D311-16 du CASF</p> <p>Formalisation des CR des séances CVS<br/>Art. D. 311-20 du CASF</p> | <p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS ainsi que le règlement intérieur. Le CVS est constitué. La structure a également transmis deux comptes rendus des réunions du CVS de 2023, dûment datés. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>La programmation pour 2024 prévoit quatre réunions.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> |



| 1.3 - MEDCO et IDEC   |  |   |
|---|--|---|
| <p><b>Contrat</b> de travail du MEDEC</p> <p><b>Qualification et diplôme</b><br/>(Spécialisation complémentaire de gériatrie)</p>   | <p><u>Contrat</u> :<br/>Art. D. 312-159-1 du CASF<br/>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p> <p><u>Diplôme</u> :<br/>Art D. 312-157 du CASF<br/>HAS, 2012</p> | <p>La structure déclare que le médecin coordonnateur a démissionné depuis le 01 janvier 2022 en raison du changement de statut juridique de son cabinet médical.</p> <p><b>Ecart 3 :</b><br/>Au jour du contrôle, l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.</p> |
| <b>ETP MEDEC</b>  | Art. D.312-156 du CASF   | Sans objet.   |
| <p><b>IDEC :</b></p> <p>L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ?<br/>Contrat de travail et date du recrutement</p> <p>L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste</b> ?<br/>Qualification et diplôme de l'IDEC.</p> | <p>Art. D.312-155-0, II du CASF</p> <p>HAS, 2011<br/>Art. R.4311-118 du CSP<br/>Art. R.4311-319 du CSP</p> <p>HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>          | <p>La structure dispose d'une IDEC à hauteur de ■■■ ETP. Une convention de mise à disposition, datée et signée le ■■■■■■■■■■ par le CH de ■■■■■■■■■■, a été dûment transmise.</p> <p>La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste.</p>                             |

| 1.4 - Qualité et GDR   |  |   |
|--|--|---|
| <b>Des réunions d'échanges et de réflexion</b> 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.            |
| <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. |
| <b>Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques)</b> sont-elles mises en place ?       | <a href="#">Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</a><br><br>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><b>L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ?</b></p> <p>Depuis 2021, 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 ?</p> | <p><u>Mention sans délai :</u><br/>Art. L.331-8-1 CASF</p> | <p><b>Ecart 4 :</b><br/>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « <b>sans délai</b> », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p>La structure déclare un signalement 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 des EI et EIG ?</p>   |  | <p>La structure déclare qu'un plan de formation du personnel à la déclaration des EI et EIG est prévu dans le plan de formation 2025.</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 :<br/>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.</p> <p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire en ETP :</p> <p>ETP MEDEC : ■■■■<br/> ETP IDEC : ■■■■ (mise à disposition)<br/> ETP IDE : ■■■■<br/> ETP AS : ■■■■<br/> ETP AMP/AES : ■■■■</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"> <li>• 1 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).</li> <li>• Un taux d'absentéisme de 6,83% pour le personnel IDE, avec un taux de rotation (turn-over) de 12,50%.</li> <li>• Un taux d'absentéisme de 10,63% pour le personnel AS-AES-AMP, avec un taux de rotation de 20,59%.</li> </ul> <p>Nombre de personnel faisant fonction AS/AMP : ■</p> <p>La structure déclare qu'aucun personnel faisant fonction n'est inscrit dans un protocole VAE, en raison de l'absence de demandes de la part des agents.</p> <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont bien été transmis.</p> |

| 2.2 - Formation                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| Plans de formation interne et externe | <a href="#">HAS, 2008, p.18</a><br><a href="#">Mission du responsable d'établissement et rôle de</a> | <p>Les plans de formation en 2023 et 2024 ont bien été transmis.</p> <p>Pas de remarques particulières.</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p><a href="#">l'encadrement dans la prévention</a></p> <p><a href="#">HAS 2008, p.21</a><br/> <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> |  |
|--|---|--|

### III - PRISE EN CHARGE ET SOINS

#### 3.1 - Projet général médico-soignant

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>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> | <p><u>Projet de soin dans PE :</u><br/> Art. D.311-38 du CASF<br/> Art. L.311-8 du CASF</p> <p><u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u><br/> Art. D.311-158 du CASF</p> | <p>La structure déclare que le projet d'établissement 2015 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.</p> |
| <p>L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?</p>  | <p><u>Annexes :</u><br/> Art. L.311-4-1 du CASF</p> <p><u>Contenu :</u><br/> Art. R.311-0-6 du CASF</p>  | <p>La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour.</p>  |

|  |                        |  |
|--|------------------------|--|
|  | Art. R.311-0-9 du CASF |  |
| Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? | GUIDE ANESM 2011       | La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.<br>Pas de remarques particulières. |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ?<br>(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 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 ?  | Recommandation de l'ANESM - la bientraitance - définition et repères pour la mise en œuvre - juin 2008<br>Recommandation de l'ANESM - Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008 | La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.            |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Le circuit du médicament est-il formalisé ? | Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017<br>Guide HAS | <b>Remarque 1 :</b><br>La structure déclare, au jour du contrôle, que le circuit du médicament n'est pas formalisé. |
|---|--|---|

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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 des Sources et avec la propharmacie [REDACTED].<br>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 DPI.   |
| Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure existe-t-il ? |  | La structure déclare l'existence d'un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure. |

### 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

|  |  |   |
|--|--|---|
| Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ?   | <a href="#">Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</a>             | La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise.<br>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) ?                     | <a href="#">Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</a>   | La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a bien été transmise.<br>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 ? | <a href="#">Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</a><br><br>Art. L.311-3 du CASF<br>(Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée) | La structure a transmis sa procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention.<br>Conformité. |



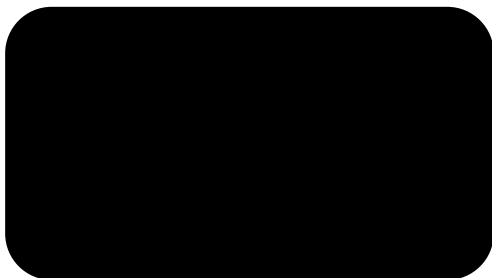
|   |  |  |
|---|--|--|
| Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?                                    | ANESM - Juin 2017<br>(Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)                                 | <b>Remarque 2 :</b><br>La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie.  |
| Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?                  | Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005<br>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.<br>Pas d'observations.  |
| De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ? | Guide HAS Novembre 2021<br>(Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)   | La structure déclare disposer de 40 procédures.<br><b>Remarque 3 :</b><br>La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne dispose pas des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Nutrition/dénutrition, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil. |

| 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé   |   |   |
|--|---|---|
| Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?   |   | La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant.   |
| Chaque résident dispose-t-il d'un <b>projet d'accompagnement personnalisé (PAP)</b> comprenant un PSI et PIV ? | <u>Participation résident :</u><br>Art. L311-3,7° du CASF<br><br><u>Equipe, PSI PIV :</u><br>Art. D.312-155-0 du CASF | La démarche d'élaboration du Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) a été transmise. Elle comprend 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 ?<br>- Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise<br>- 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 : EPSM de [REDACTED] et [REDACTED] |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?                             |   | La structure déclare avoir organisé les accès aux LBM avec [REDACTED] & Hôpital [REDACTED].   |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gérontologique ? Accès aux EMG ?                                   |   | La structure déclare une convention de partenariat avec la filière gérontologique de l'Hôpital [REDACTED]. Elle déclare ne pas avoir accès aux équipes 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 <sup>ème</sup> alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité) | <b>Ecart 5 :</b><br>La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement(s) d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF. |
| 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 du [REDACTED].  |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de                           |   | Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une unité mobile de soins palliatifs : EMSP du [REDACTED]   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| soins palliatifs (EMSP) ?                              |  |   |
| Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ? |  | La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD du [REDACTED]. |



Fait à Toulouse, le 05 septembre 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 La Tranquillité  
Situé à Pins Justaret 31860

*Un **écart** est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.*

*Une **remarque** est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.*

| Ecart (4)   | Référence réglementaire  | Nature de la mesure attendue (Prescription)   | Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponse de l'établissement | Décision du Directeur Général de l'ARS                         |
|---|--------------------------|---|---|----------------------------|--|
| <b>Ecart 1 :</b> La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas constituée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.                                 | D.312-158, 3° du CASF    | <b>Prescription 1 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.  | Effectivité 2024/2025   |                            | Maintien de la prescription 1.<br><br>Délai : Effectivité 2025 |
| <b>Ecart 2 :</b><br>La réglementation prévoit pour la capacité de 80 places autorisées, un ETP de 0,6 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP ■■■, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF. | D312-156 du CASF         | <b>Prescription 2 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.  | Effectivité 2024/2025   |                            | Maintien de la prescription 2.<br><br>Délai : Effectivité 2025 |
| <b>Ecart 3 :</b><br>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.  | Art. L.5126-10 II du CSP | <b>Prescription 3 :</b><br>Mettre en place 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. | Effectivité 2024  |                            | Maintien de la prescription 3.<br><br>Délai : 6 mois           |
| <b>Ecart 4 :</b><br>La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de  | D.312-155-0 du CASF.     | <b>Prescription 4 :</b> Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements  | Effectivité 2024  |                            | Maintien de la prescription 4.                                 |

|  |  |                                    |  |  |                          |
|--|--|------------------------------------|--|--|--------------------------|
| partenariat avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-155-0 du CASF. |  | d'hospitalisation en court séjour. |  |  | Délai : Effectivité 2025 |
|--|--|------------------------------------|--|--|--------------------------|

| 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          |
|---|-------------------------|--|---|----------------------------|---|
| <b>Remarque 1 :</b><br>La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie. |                         | <b>Recommandation 1 :</b><br>La structure est invitée à établir et signer une convention de partenariat avec un service de psychiatrie. Transmettre la convention à l'ARS. | Effectivité 2024  |                            | Maintien de la recommandation 1.<br><br>Délai : Effectivité 2025. |