

RAPPORT CONTROLE SUR PIECES
EHPAD RESIDENCE MUTUALISTE LA PYRENEENNE
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
Dénomination : EHPAD RESID. MUTUALISTE LA PYRENEENNE Adresse : 3 AVENUE JEAN JAURES 65800 AUREILHAN N° FINESS Juridique : 65 000 323 9 N° FINESS Géographique : 650788805 Gestionnaire : MUTUALITE FRANCAISE DES HAUTES-PYRENEES Tél. : 05 62 93 71 88 Mail direction et/ou directeur : directricegenerale.mut65@orange.fr	Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces Nom du gestionnaire instructeur : XXXXXXXXXX Nom de l'Inspectrice : XXXXXXXXXX

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	8
1.4 - Qualité et GDR	8
II - RESSOURCES HUMAINES	9
2.1 - Effectifs	9
2.2 - Formation.....	10
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	11
3.1 - Projet général médico-soignant.....	11
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	12
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	13
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	13

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 RESIDENCE MUTUALISTE LA PYRENEENNE 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 mars 2024** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires (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	RESIDENCE MUTUALISTE LA PYRENEENNE	
Statut juridique	Société Mutualiste	
Option tarifaire	Global	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	75	75
HT	4	4
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■■■ PMP : ■■■	Validé le 28/08/2020
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	75	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement		L'organigramme transmis par le gestionnaire mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels, il est daté du 23/04/2024. Pas d'observations particulières
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure déclare disposer d'une directrice titulaire du [REDACTED] délivré le [REDACTED] [REDACTED] Conformité. La directrice exerce des fonctions de direction sur cette seule structure à [REDACTED] ETP. Son contrat est daté du [REDACTED].
Document Unique de Délégation (DUD)	Art. D.312-176-5 du CASF	Le Document Unique de délégation de signature transmis est daté et signé du 29/08/2014. Conformité.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		La structure a transmis le planning des astreintes de décembre 2023 à février 2024. La continuité de service est assurée. Remarque 1 : La structure n'a pas transmis le planning des astreintes du 1 ^{er} semestre 2024.

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
Projet d'établissement	Art. L.311-8 du CASF Art D311-38-3 et 4 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2022. Conformité.
Règlement de fonctionnement	Art. R.311-33 du CASF	Le règlement de fonctionnement transmis par la structure est daté de janvier 2023. Conformité.
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)	Art. L311-4 du CASF <u>Recommandation ANESM :</u> concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.

	l'accompagnement - septembre 2009	
Chaque résident dispose-t-il d'un contrat de séjour individualisé de prise en charge ? Est-il signé ?	<u>Contrat de séjour</u> : Art. L.311-4 du CASF <u>Signature</u> : Art. D.311 du CASF	Le modèle de contrat de séjour transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal. Conformité.
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 constituée et active ?	<u>MEDCO préside la commission réunie au moins 1x/an</u> : Art. D.312-158, 3° du CASF 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	La structure informe que la CCG n'est pas constituée suite à la vacance du poste de MEDCO. Ecart 1 : 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.
Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation. Est-il opérationnel ?	<u>Dispositions générales</u> : Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3 du CASF <u>Composition et fonctionnement</u> : Art. D.311-4 à 20 CASF <u>Composition</u> : Art. D.311-5 du CASF <u>Règlement intérieur</u> : Art. D.311-19 du CASF <u>Attribution du CVS</u> : Art. D.311-15 et 26 du CASF <u>Périodicité</u> : Art. D.311-16 du CASF <u>Signature</u> : Art. D. 311-20 du CASF	La structure a transmis le règlement intérieur du CVS. Elle informe qu'une seule réunion s'est tenue en 2023 le 15/07 suite aux problèmes de santé de la directrice. Le compte-rendu n'est pas signé, et la programmation pour 2024 n'a pas été transmise. Remarque 2 : La programmation des réunions de CVS pour 2024 n'a pas été transmise. Ecart 2 : Les comptes rendus des Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article 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	Ecart 3 : Le jour du contrôle 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	Sans objet
IDEC : Contrat et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. Son contrat de travail est daté du [REDACTED]. Remarque 3 : Le contrat de travail de l'IDEC n'est pas signé. La structure déclare que l'IDEC a bénéficié de la formation coordonnatrice de parcours de soin délivré par [REDACTED].

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	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) ?		La structure déclare réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.

Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ?	Qualité de vie en EHPAD - mars 2018 Recommandation de l'ANESM – Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance - décembre 2008 Art. L.312-8 du CASF	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.
L'établissement dispose-t-il d'une procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) ? 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 ?	<u>Mention sans délai :</u> 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. Elle porte bien la mention « sans délai ». Conformité. La structure mentionne 5 signalements de dysfonctionnements graves déclarés auprès de l'ARS et du CD depuis 2021 à aujourd'hui : [REDACTED]
Disposez-vous un plan de formation du personnel à la déclaration ?		La structure déclare disposer d'un plan de formation du personnel à la déclaration.

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 du salarié à chaque nouvel arrivant.
Effectifs dans l'ensemble de la structure	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés et les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle.

ARS Occitanie

EHPAD RESIDENCE MUTUALISTE LA PYRENEENNE – Contrôle sur pièces du 06 mars 2024

Dossier MS_2024_65_CP_01

Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.		<p>Composition de l'équipe pluridisciplinaire : Pas de MEDEC ; 1 IDEC ; ■ IDE ; ■ AS ; ■ AMP.</p> <p>■ salarié(e)s ont un statut de « faisant fonction AS » : ■ CDI et ■ CDD sur le mois de ■</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas d'ETP vacant d'IDE et 3 ETP vacant d'AS-AES-AMP ; ➤ 0,58 ETP d'encadrement. <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare :</p> <p>Pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ IDE : 8,37 % de taux d'absentéisme ; 2,5 % de taux de turn-over. ➤ AS-AES-AMP : 17 % de taux d'absentéisme ; 0,25 % de taux de turn-over.
-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<p><u>HAS, 2008, p.18</u> (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention)</p> <p><u>HAS 2008, p.21</u> (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>La structure a transmis le bilan des formations 2023 et le plan de développement des compétences 2024.</p> <p>Pas d'observations.</p> <p>La structure informe ne pas avoir positionné de VAE pour les AS FF suite à une mobilisation du compte CPF.</p>
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.311-38-5 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.312-158 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>	La structure déclare ne pas disposer d'annexe au contrat de séjour.
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, astreinte IDE.
Les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire sont-elles organisées ?		La structure déclare organiser les transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire entre les équipes de jour et de nuit, par transmissions ASD/IDE. Les cas complexes sont vus à 16h.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a été transmise. Pas d'observations.

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 a transmis la convention avec la [REDACTED]. Conformité.
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 en partie informatiquement car certains médecins ne prescrivent pas par informatique et les IDE ne retranscrivent pas.
Un dispositif de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure est-il mis en place ?		La structure déclare organiser la communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure par envoi de mail et rédaction de fiches de progrès.

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 structure a transmis 5 procédures de prévention et de gestion du risque infectieux. Pas de remarques particulières.
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	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. Pas d'observations. 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 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. Conformité.

Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	Prise en charge <u>médicamenteuse en EHPAD</u> : ANESM - Juin 2017	Remarque 4 : La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie.
Disposez-vous d'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. Pas d'observations.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Recommandations de bonne pratiques professionnelle pour le secteur médico-social _ HAS Janvier 2021	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, Nutrition/dénutrition, Déshydratation, Escarres et plaies chroniques, Etat bucco-dentaire, Incontinence, Troubles du sommeil. Remarque 5 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne précise pas le nombre de procédures dont elle dispose.

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé

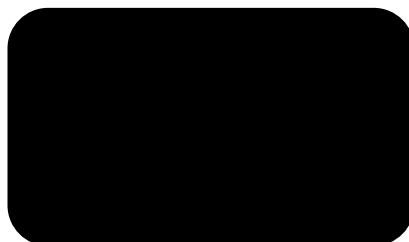
Chaque résident a-t-il un médecin traitant ?		La structure déclare que chaque résident ne dispose pas d'un médecin traitant, faute de ressources médicales sur le territoire.
Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) comprenant un PSI et PIV ?	<u>Participation résident</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. Conformité. Elle comprend un PIV pour chaque résident mais pas de PSI.

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 ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED] (non fonctionnel), la téléconsultation est en cours de mise en place avec la plate-forme [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 LBM avec [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrique ? Accès aux EMG ?		La structure déclare avoir signé une convention de partenariat avec la filière gériatrique [REDACTED]. Remarque : La structure déclare ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour ?	<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	Ecart 4 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un établissement 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 ?		La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie CMP [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) ?	Art. L311-8 du CASF Art. D311-38 du CASF	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec l'EMSP de l'HAD [REDACTED] et la [REDACTED]. Conformité.
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure déclare avoir signé une convention avec l'HAD [REDACTED] et [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 07 mai 2024



**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 RESIDENCE MUTUALISTE LA PYRENEENNE situé à Aureilhan
(65)

*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 (3)

Ecart (4)	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 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.	Art. D.312-158, 3° du CASF	Prescription 1 : Se mettre en conformité à la réglementation dès recrutement d'un nouveau MEDCO.	Effectivité 2024	[REDACTED]	Prescription 1 réglementairement maintenue Effectivité 2024-2025
Ecart 2 : Les comptes rendus des Conseil de la Vie Sociale (CVS) ne sont pas signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.	Art. D. 311-20 du CASF	Prescription 2 : La structure est invitée à s'assurer de la signature des comptes rendus des CVS par la présidence du CVS, pour les prochaines séances.	Immédiat	[REDACTED]	Prescription 2 levée
Ecart 3 : Le jour du contrôle l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-155-0 du CASF.	Art. D. 312-159-1 du CASF	Prescription 3 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024	[REDACTED]	Prescription 3 réglementairement maintenue Effectivité 2024-2025
Ecart 4 : La structure déclare ne pas avoir signé des conventions de partenariat avec un 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 du CASF	Prescription 4 : Etablir une convention avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation en court séjour.	6 mois	[REDACTED]	Prescription 4 maintenue jusqu'à transmission de la convention en cours de réalisation. Délai : 6 mois

Tableau des remarques et des recommandations retenues (0)

Remarques (6)	Référence	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : La structure n'a pas transmis le planning des astreintes du 1 ^{er} semestre 2024.		Recommandation : Bien vouloir transmettre le document n° 05 tel que déjà demandé.	Immédiat	■	Recommandation 1 levée
Remarque 2 : La programmation des réunions de CVS pour 2024 n'a pas été transmise.		Recommandation 2 : Transmettre à l'ARS le calendrier des réunions CVS pour 2024.	Immédiat	■	Recommandation 2 levée
Remarque 3 : Le contrat de travail de l'IDEC n'est pas signé.		Recommandation 3 : Transmettre à l'ARS le contrat de travail signé de l'IDEC.	Immédiat	■	Recommandation 3 levée
Remarque 4 : La structure déclare ne pas avoir de procédure de prévention du risque iatrogénie.		Recommandation 4 : 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	■	Recommandation 4 levée
Remarque 5 : La mission constate, au jour du contrôle, que la structure ne précise pas le nombre de procédures dont elle dispose.		Recommandation 5 : Bien vouloir préciser le nombre de procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques dont la structure dispose, notamment les procédures listées en remarque.	Immédiat	■	Recommandation 5 levée

<p>Remarque 6 : La structure déclare ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).</p>		<p>Recommandation 6 : La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.</p>	<p>6 mois</p>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<p>Recommandation 6 levée</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------