

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

Tableau de synthèse des écarts et des remarques

Contrôle sur pièces de l'EHPAD St Vincent de Paul situé à Montolieu, 11170

*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 (2)	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
Ecart 1 : La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas constituée et/ou active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF.	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	Prescription 1 : Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement – Transmettre à l'ARS la date de la prochaine CCG.	6 mois		Maintien réglementaire de la prescription 1. Délai : Effectivité 2024
Ecart 2 : L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de ■■■ ETP pour 75 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,60 médecin coordonnateur. L'ETP du médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	Prescription 2 : Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024	■■■■■	Levée de la prescription 2 dès la transmission du contrat. La mission prend note de la déclaration concernant l'ETP du médecin coordonnateur à 0,60 à partir du 1er juin 2024.

Remarques (5)	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
Remarque 1 : La structure déclare ne pas remettre un livret d'accueil du salarié à chaque nouvel arrivant.		Recommandation 1 : Bien vouloir transmettre un livret d'accueil du salarié à chaque nouvel arrivant.	6 mois		Levée de la recommandation 1. Le document du livret d'accueil du nouvel arrivant a été reçu par courriel le 17 mai 2024.
Remarque 2 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	Recommandation 2 : La structure est invitée à élaborer une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes. Transmettre la procédure à l'ARS.	6 mois		Maintien de la recommandation 2. Délai : 6 mois
Remarque 3 : La structure déclare ne pas disposer des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, Incontinence, Troubles du sommeil.	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	Recommandation 3 : Elaborer et mettre en place les procédures citées en remarque. Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS.	6 mois		Levée de la recommandation 3 dès transmission de la liste actualisée. Délai : Fin 2024

Remarque 4 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.		Recommandation 4 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.	6 mois	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation 4. La mission prend note que le MedCo travaille sur l'organisation des accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents. Délai : Effectivité 2024
Remarque 5 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatrique. Elle déclare également ne pas avoir accès aux équipes mobiles de gériatrie (EMG).		Recommandation 5 : La structure est invitée à s'organiser pour signer des conventions de partenariat avec une filière gériatrique et avoir accès à une équipe mobile de gériatrie.	6 mois	<div></div> <div></div>	Maintien de la recommandation 5. La mission prend note que le MedCo travaille sur une convention avec une filière gériatrique et EMG. Délai : Effectivité 2024

RAPPORT EHPAD St Vincent de Paul (11)

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 : RESIDENCE SAINT-VINCENT

Adresse : 10 AVENUE DU 24 AOUT 1944 - 11160 RIEUX MINERVOIS

N° FINESS Juridique : 110002680

N° FINESS Géographique : 110002706

Gestionnaire : CH CARCASSONNE

DIRECTION COMMUNE

Tél. : 0468781066

Mail direction : [REDACTED]@ch-carcassonne.fr

Équipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale Contrôle sur Pièces

Nom du gestionnaire instructeur : [REDACTED]

Nom de l'Inspectrice : [REDACTED]

AVERTISSEMENT

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

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

1/ Les restrictions tenant à la nature du document

- Le droit à communication ne s'applique qu'à des documents achevés (article L. 311-2 du CRPA).

Seul le rapport établi après recueil et examen des observations éventuelles de l'entité inspectée/contrôlée est communicable aux tiers.

- Le droit à communication ne concerne pas les documents préparatoires à une décision administrative en cours d'élaboration

Cette restriction est susceptible de s'opposer à la communication de rapports liés à une procédure administrative qui n'aurait pas encore abouti à une décision.

2/ Les restrictions concernant la qualité des bénéficiaires du droit à communication

L'article L. 311-6 du CRPA précise que « ne sont communicables qu'à l'intéressé [et non à des tiers] les documents administratifs :

- *dont la communication porterait atteinte au secret de la vie privée et des dossiers personnels, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle*
- *portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable,*
- *faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice »*

Il appartient à l'autorité administrative commanditaire de l'inspection/contrôle et à laquelle le rapport d'inspection/contrôle est destiné d'apprécier au cas par cas si certaines des informations contenues dans le rapport relèvent de l'une des catégories ci-dessus.

Toutefois, lorsqu'un document comporte certains passages non communicables aux tiers notamment parce qu'il contient de telles informations, l'autorité administrative n'est pas pour autant dispensée de communiquer les passages communicables dès lors que ces différentes parties sont dissociables et que cette dissociation ne dénature pas le sens du document.

En tout état de cause, les personnes morales et physiques dépositaires de ces documents (autorités administratives, dirigeants et gestionnaires d'organismes, d'associations ou d'établissements) restent soumises aux obligations de discrétion ou de secret qui leur sont propres. Elles devront répondre d'une utilisation et d'une conservation des documents communiqués conformes à leur nature. Il leur appartiendra tout particulièrement de prévenir l'éventuelle divulgation des données de caractère personnel et nominatif pouvant figurer dans les rapports et soumises à protection particulière.

SOMMAIRE

I - GOUVERNANCE.....	6
1.1 - Direction.....	6
1.2 - Fonctionnement institutionnel	7
1.3 - MEDCO et IDEC	9
1.4 - Qualité et GDR	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
2.1 - Effectifs	12
2.2 - Formation.....	12
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS	13
3.1 - Projet général médico-soignant.....	13
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques	16
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé	18
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	19

INTRODUCTION

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 Saint Vincent 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 12 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.

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	Saint Vincent	
Statut juridique	PUBLIC FPH	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Autorisée
HP	46	46
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : ■ - validé le 23 novembre 2023 PMP : ■ - validé le 23 novembre 2023	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	46	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
1.1 - Direction		
Organigramme détaillé de l'établissement : Liens hiérarchiques et fonctionnels.	Art. D.312-155-0, II du CASF Art. L.312-1, II, alinéa 4 du CASF	L'organigramme transmis mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente les différentes fonctions de l'EHPAD. Conformité.
Directeur : Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	La structure dispose d'un directeur qui exerce des fonctions de direction sur cette structure à [REDACTED] ETP. Elle déclare qu'il exerce également des fonctions de direction au niveau de la structure : [REDACTED] [REDACTED] Le directeur détient une certification de niveau [REDACTED] [REDACTED] Conformité à la réglementation.
Le calendrier des astreintes pour l'année 2023 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	<p>Le projet d'établissement a bien été transmis par la structure.</p> <p>La date d'échéance du projet d'établissement en vigueur est 2012.</p> <p>Ecart :</p> <p>La mission constate, au jour du contrôle, que le 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 valide	Art. R.311-33 du CASF	<p>Le règlement de fonctionnement a bien été transmis par la structure.</p> <p>La date du règlement de fonctionnement en vigueur est 2022.</p> <p>Conformité.</p>
Est-ce qu'un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident avec les documents prévus par les textes ? (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour)	Art. L311-4 du CASF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare que charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour sont traités indépendamment des uns des autres. Le livret d'accueil est désuet et doit être réactualisé.
<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>	Le modèle de contrat de séjour a bien été transmis par la structure prévoit bien sa signature par l'établissement et le résident ou son représentant légal.

<p>La commission de coordination gériatrique 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>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>La CCG est constituée et active.</p> <p>La structure a transmis la composition de la commission de coordination gériatrique (CCG), le compte-rendu daté du XXXXXX 2023</p> <p>Conformité à la réglementation.</p> <p>reportée en 2024 en raison du désistement de certains de ses membres)</p>
<p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ?</p>	<p>Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023</p> <p>Formes de participation : Art. L.311-6 du CASF</p> <p>Compétences : Art. D.311-3 à 32-1 CASF</p> <p>Fonctionnement : Art. D311-16 du CASF</p> <p>Formalisation des CR des séances CVS Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du Conseil de la Vie Sociale (CVS).</p> <p>Le CVS est constitué.</p> <p>La structure a transmis les trois comptes rendus des réunions de CVS de 2023.</p> <p>Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>non actif en 2024 Programmation CVS 2024 - Pas de date prévue, nécessité de nouvelles élections pour la Présidence du CVS</p>

1.3 - MEDCO et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012	Le contrat de travail du médecin coordonnateur est daté et signé du [REDACTED]. Il est titulaire de d'un DU formation de la fonction de MEDEC EHPAD [REDACTED].
Contrat de travail du MEDEC	<u>Contrat :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Il e n'est pas médecin traitant de certains résidents. Conformité.
ETP MEDEC	Art. D.312-156 du CASF	Ecart 2 : L'établissement déclare un Equivalent Temps Plein (ETP) de médecin coordonnateur de [REDACTED] ETP pour 75 places autorisées. La réglementation prévoit pour cette capacité, un ETP de 0,60 médecin coordonnateur. Non-conformité du temps ETP du médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
IDEC : L'établissement dispose-t-il d'une IDEC ? Contrat de travail et date du recrutement L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ?Qualification et diplôme de l'IDEC.	Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice (IDEC). Son contrat de travail, daté et signé du [REDACTED] La structure déclare que l'IDEC a bénéficié d'une formation du [REDACTED] avant d'accéder à ce poste.

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion 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 la formalisation des réunions d'échanges et de réflexion est en cours.
L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ?		La structure déclare pas d'EIG déclaré.
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	La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle.

<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.</p> <p>Conformité.</p> <p>La structure déclare 0 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 ?</p>		<p>La structure déclare Non mis en œuvre à ce jour, temps partagé de cadre et de médecin coordonnateur sur plusieurs sites.</p> <p>Remarque : La structure informe ne pas disposer de plan de formation du personnel à la déclaration.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES		
2.1 - Effectifs		
Un livret d'accueil du personnel est-il transmis à chaque nouvel arrivant ?		<p>Selon la structure, une visite de l'établissement est effectuée en amont, incluant les informations relatives aux tenues, au planning et aux astreintes.</p> <p>Remarque 1 : La structure déclare ne pas remettre un livret d'accueil à chaque nouvel arrivant.</p>
Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe : Art. D.312-155-0 du CASF</p> <p>Délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : Art. R.4311-4 du CSP</p> <p>Qualité et sécurité de la PEC: Art. L.311-3 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit. Composition de l'équipe pluridisciplinaire en ETP :</p> <p>MEDEC 0,50 - IDEC ■ - Psychologue ■ - AS ■ - AMP ■ - AES ■.</p> <p>Durant la période du ■ jusqu'à la signature du courrier de l'ARS, la structure a déclaré :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 ETP d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) vacant, et aucun Équivalents Temps Plein (ETP) vacants pour les postes d'Aide-Soignant (AS), Aide Éducatif et Social (AES), et Aide Médico-Psychologique (AMP). Un taux d'absentéisme de 0 % pour le personnel IDE, avec un taux de rotation (turn-over) de 0 %. Un taux d'absentéisme de 17,20 % pour le personnel AS-AES-AMP, avec un taux de rotation de 2,32%. Le taux d'encadrement : 0,60. <p>Les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle ont été transmis.</p>

2.2 - Formation		
Plans de formation interne et externe	<p>HAS, 2008, p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p.21 (Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des</p>	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et 2024 ont été transmis.

	personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance	
--	---	--

III - PRISE EN CHARGE ET SOINS		
3.1 - Projet général médico-soignant		
Le projet d'établissement comprend-t-il un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? (Projet général de soins)	<u>Projet de soin dans PE :</u> Art. D.311-38 du CASF Art. L.311-8 du CASF <u>Elaboration projet soins dans PE par MEDCO sous la responsabilité du directeur :</u> Art. D.311-158 du CASF	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.
L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ?	<u>Annexes :</u> Art. L.311-4-1 du CASF <u>Contenu :</u> Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF	La structure déclare disposer d'annexe au contrat de séjour.
Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ?	GUIDE ANESM 2011	La procédure d'admission formalisée a bien été transmise.

Existe-t-il une procédure pour la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés ? (Astreinte médicale, présence d'une IDE la nuit ou astreinte IDE)	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007	La structure déclare 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 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, comprenant une transmission à la prise de poste du jour et de la nuit, le matin et le soir, ainsi qu'à 16h30 et à 11h30 pour l'unité protégée.
Le circuit du médicament est-il formalisé ?	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS	La procédure du circuit du médicament a bien été transmise.

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 [REDACTED].
La structure organise t-elle la traçabilité informatique des prescriptions ?	Art. R.5132-3 et suivants du CSP (Règles de formalisme des ordonnances de prescriptions médicales)	La structure déclare organiser la traçabilité informatique des prescriptions.
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 ?	Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf	La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise.
Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ?	Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015	La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).
Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ?	Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007 Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée)	La procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement, notamment relative à la liberté d'aller et venir et à la contention a bien été transmise.

Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD)	La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise.
Existe-t-il une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	Prévention des chutes en EHPAD - HAS - 2005 Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007	La structure déclare qu'elle ne dispose pas d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes. Remarque 2 : La structure déclare l'absence d'une procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes.
De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?	Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)	La structure déclare disposer de 19 procédures. Remarque 3 : La structure déclare ne pas disposer des procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques suivantes : Douleur, Alimentation/fausses routes, Troubles du transit, 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 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		
<p>Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ?</p> <p>- Usage de la télé médecine, téléconsultation ou télé-expertise</p> <p>- Réseau de télé expertise ? (Plaies chroniques, gériatrie par exemple)</p>		<p>Remarque 4 :</p> <p>La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p>
<p>Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ?</p>		<p>La structure déclare avoir organisé les accès aux LBM avec : [REDACTED].</p>

Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatologique ? Accès aux EMG ?		Remarque 5 : La structure déclare ne pas avoir signé de convention de partenariat avec une filière gériatologique. Elle déclare également 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 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité)	La structure déclare que la convention de partenariat avec un établissement d'hospitalisation en court séjour est en cours.
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. Il s'agit de [REDACTED].
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé des conventions de partenariat avec une équipe mobile de soins palliatifs du [REDACTED].
Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ?		La structure déclare avoir signé une convention avec [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 20 mars 2024

Signé