

## RAPPORT CONTROLE SUR PIECES

### EHPAD BEAUSEJOUR

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 BEAUSEJOUR  Adresse : 212 RUE DU COMTE DE MOSBOURG  46090 MERCUES  N° FINESS Juridique : 460000029  N° FINESS Géographique : 460002868  Gestionnaire : SAS CL DU QUERCY  Tél. : 05 65 30 34 34  Mail direction et/ou directeur : direction@cliniqueduquercy.fr	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 .....	8
1.4 - Qualité et GDR .....	9
II - RESSOURCES HUMAINES .....	10
2.1 - Effectifs .....	10
2.2 - Formation.....	11
III - PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	11
3.1 - Projet général médico-soignant.....	11
3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques .....	13
3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé .....	14
3.4 - Relations avec l'extérieur.....	14

## 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 BEAUSEJOUR 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 **21 juin 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 :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD BEAUSEJOUR	
<b>Statut juridique</b>	Société par Actions Simplifiée (S.A.S.)	
<b>Option tarifaire</b>	Global	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	EHPAD sans PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée	Installée
HP	19	19
HT	3	3
PASA	0	0
UHR	0	0
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)</b>	GMP : [REDACTED]	Validé le : 18/11/2022
<b>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	PMP : [REDACTED]	Validé le : 23/11/2022
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	0	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
<b>1.1 - Direction</b>		
<b>Organigramme détaillé de l'établissement</b>		<p>L'organigramme transmis par le gestionnaire est daté du 26/06/2024, il mentionne les liens hiérarchiques et fonctionnels.</p> <p>Pas d'observations.</p>
<b>Directeur :</b> Qualification et diplôme Contrat.	Art. D.312-176-6 à 9 du CASF	<p>La structure déclare disposer d'un directeur, titulaire du DIPLOME [REDACTED]</p> <p>[REDACTED]</p> <p>Conformité.</p> <p>Le directeur exerce également des fonctions de direction au niveau de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAS Clinique du Quercy ;</li> <li>- EHPAD Beauséjour (Mercuès) ;</li> <li>- SMR Beauséjour (Mercuès) ;</li> <li>- SMR Bellevue (Cahors).</li> </ul> <p>Le contrat de travail du est daté et signé du [REDACTED]</p>
<b>Document Unique de Délégation (DUD)</b> <b>Délégation signature</b>	Art. D.312-176-5 du CASF	<p>La délégation de pouvoirs est datée et signée su [REDACTED].</p> <p>Conformité.</p>

Le calendrier des astreintes pour l'année 2024 est-il fixé ?		Le planning des astreintes de janvier à juin 2024 a bien été transmis. La continuité de service est assurée.
--	--	--

1.2 - Fonctionnement institutionnel		
<b>Projet d'établissement</b>	Art. L.311-8 du CASF D311-38-3 et 4 du CASF	Le projet d'établissement transmis par la structure est daté de 2023 à 2028. Conformité.
<b>Règlement de fonctionnement</b>	Art. R.311-33 du CASF	<b>Ecart 1 :</b> La mission constate, au jour du contrôle, que le règlement de fonctionnement transmis par la structure n'est pas daté. La mission ne peut s'assurer de sa conformité aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.
Un <b>livret d'accueil</b> 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 l'accompagnement - septembre 2009	La structure déclare remettre un livret d'accueil à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes.
Chaque résident dispose-t-il d'un <b>contrat de séjour individualisé de prise en charge</b> ? 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 <b>Commission de Coordination Gériatrique (CCG)</b> 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 composition de la CCG a bien été transmise. La CCG est constituée.  <b>Ecart 2 :</b> La structure déclare que la CCG n'est pas active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF

	<p><u>Dispositions générales :</u> Art. L.311-6 du CASF Art. D.311-3 du CASF</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 du CASF</p> <p><u>Péodicité :</u> Art. D.311-16 du CASF</p> <p><u>Signature :</u> Art. D. 311-20 du CASF</p>	<p>La structure a transmis le procès-verbal d'installation du CVS. Il est constitué.</p> <p>Pour 2023 la structure a transmis les 3 comptes rendus des réunions de CVS datés du 01/03, du 05/07 et du 18/10.</p> <p>La composition et le fonctionnement du CVS sont conformes à la règlementation.</p> <p>Les comptes rendus sont signés par la présidence du CVS.</p> <p>La programmation des réunions de CVS de 2024 prévoit des réunions le 17/01, le 10/04, le 25/09 et le 20/11.</p>
<b>Composition et modalités de fonctionnement du Conseil de la Vie Sociale (CVS) : Fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation.</b>		
Est-il opérationnel ?		

### 1.3 - MEDCO et IDEC

<b>Qualification et diplôme</b> (Spécialisation complémentaire de gériatrie)	<p><u>Diplôme :</u> Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012</p> <p><u>Contrat du MEDCO :</u> Art. D. 312-159-1 du CASF</p>	<p>Le contrat de travail du MEDCO est daté et signé du [REDACTED].</p> <p>Il est titulaire de la [REDACTED]</p> <p>Conformité</p>
<b>Contrat de travail du Médecin Coordonnateur (MEDCO)</b>	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	
<b>ETP MEDCO</b>	Art. D.312-156 du CASF	<b>Ecart 5 :</b>

		La réglementation prévoit pour la capacité de 22 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED], ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.
<b>IDEC :</b> Contrat et date du recrutement  L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une <b>formation particulière avant d'accéder à ce poste ?</b>	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	La structure dispose d'une IDEC. Le contrat de travail de l'IDEC est daté et signé du [REDACTED]  La structure déclare que l'IDEC est titulaire du [REDACTED].

1.4 - Qualité et GDR		
Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, événements 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 événements 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 : Programme de sensibilisation et de travail sur les pratiques professionnelles en place de manière hebdomadaire pour l'EHPAD et les SMR, et plan de formation annuel.

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 <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 ?	Mention sans délai : 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 la mention « <b>déclaration immédiate</b> ». Conformité.
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 : Programme de sensibilisation et de travail sur les pratiques professionnelles en place de manière hebdomadaire pour l'EHPAD et les SMR. La responsable qualité- gestion des risques de l'établissement assure notamment les sensibilisations du personnel à la déclaration des EI, à leur analyse.

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. Le livret d'accueil a été réactualisé en juin 2024 et sera également remis aux salariés déjà en poste.
Effectifs dans l'ensemble de la structure  Préciser le nombre d'AS « faisant fonction » sur la totalité des effectifs d'aides-soignants.	<u>Pluridisciplinarité de l'équipe :</u> Art. D.312-155-0 du CASF	La structure a transmis le tableau récapitulatif des personnels rémunérés au jour dit et les plannings des IDE et des AS-AMP-AES au jour du contrôle.  Composition de l'équipe pluridisciplinaire : 1 MEDEC ; 1 IDEC [ ] IDE de jour ; [ ] IDE de nuit ; [ ] AS ; [ ] AMP.  Sur [ ] salariés ayant un statut de « faisant fonction AS » : [ ] sont inscrites en VAE et [ ] sont dans un processus d'accompagnement par l'employeur vers un DEAS (Financement employeur et OPCO)

		<p>Sur la période du 01 janvier 2023 au jour du contrôle, la structure déclare 1,95 ETP vacant d'IDE pourvu par des CDD ou intérimaires et pas d'ETP vacant d'AS-AES-AMP ; 0,84 % d'encadrement.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2023 au 31 décembre 2023, la structure déclare pour les personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ IDE : 5,96 % d'absentéisme et 0,77 % de turn-over.</li> <li>➤ AS-AES-AMP : 11,29 % d'absentéisme et 5,71 % de turn-over.</li> </ul>
--	--	--

## 2.2 - Formation

Plans de formation interne et externe	<p><b>HAS, 2008, p.18</b> (Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention)</p> <p><b>HAS 2008, p.21</b> (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>	Les plans de formation interne et externe réalisés en 2023 et le prévisionnel 2024 ont 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> 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 ?	<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'annexes 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 de remarques particulières.
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un IDE la nuit sur le service (SMR-EHPAD)</li> <li>- Mémo appel médecin / urgence</li> <li>- Astreinte administrative (nuit, weekend et jours fériés)</li> </ul>
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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmissions prévues et formalisées dans les organisations des professionnels (IDE, AS) ;</li> <li>- IDE jour a un temps de transmission avec équipe nuit (IDE et AS) ;</li> <li>- IDE nuit a un temps de transmission avec équipe jour (IDE et AS).</li> </ul>
Le circuit du médicament est-il formalisé ?		La procédure du circuit du médicament a 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	La structure dispose d'une convention avec la pharmacie d'officine PHARMACIE [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 via le logiciel [REDACTED] par les médecins traitants. En cas d'ordonnances papier, celles-ci sont retranscrites par le MEDCO ou l'IDE référente EHPAD avec contrôle et validation du MEDCO.
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 avoir organisé la communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gazette mensuelle avec point qualité ;</li> <li>- Boîte aux lettres avec fiches d'expression des usagers et QR code qui envoie directement sur le logiciel qualité ;</li> <li>- Tableau effaçable à l'entrée de chaque chambre pour rappel de RDV, mémo, petits mots, pas de donnée médicales ;</li> <li>- Classeurs : un contenant toutes les gazettes de l'année, l'autre avec toutes les informations sur la certification, les droits, des flyers de sensibilisation sur différentes thématiques ;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire de satisfaction des résidents et un questionnaire de satisfaction des proches réalisés annuellement ;</li> <li>- Sollicitation de rencontre avec le médecin coordonnateur, l'IDEC et/ou la Direction.</li> </ul>
--	--	---

### 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	<p>La procédure de prévention et de gestion du risque infectieux a bien été transmise. Pas de remarques particulières.</p> <p>La structure ajoute que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une IDE hygiéniste intervient un jour par semaine (en alternance sur chaque site), sollicitation à la demande du pharmacien hygiéniste du centre hospitalier. ;</li> <li>- Le personnel est formé par l'EMH sur les bonnes pratiques des IDE, AS et ASH ;</li> <li>- La plateforme [REDACTED] est à disposition des équipes 24h/24 pour accéder à toutes les procédures de prévention et gestion du risque infectieux, poser des questions à l'EMH, accéder aux documents de bonnes pratiques professionnelles.</li> </ul>
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	<p>La procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 a été transmise. Pas de remarques particulières.</p> <p>Selon la structure, chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).</p>
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  <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u>	<p>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.</p> <p>Conformité.</p>
Disposez-vous d'une procédure de prévention du risque iatrogénie ?	<u>Prise en charge médicamenteuse en EHPAD :</u> ANESM - Juin 2017	<p>La procédure de prévention du risque iatrogénie a bien été transmise. Pas de remarques particulières.</p>

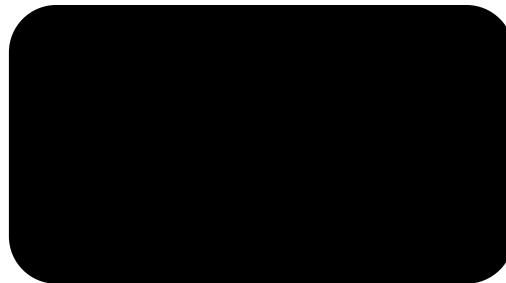
Disposez-vous d'une procédure de prévention et prise en charge du risque de chutes ?	<b>Prévention des chutes en EHPAD - HAS – 2005</b> <b>Bonnes pratiques de soins en EHPAD - HAS - 2007</b>	La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a bien été transmise. Pas de remarques particulières.
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	La structure déclare disposer de 21 autres procédures.  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.

3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé		
Chaque résident a-t-il un <b>médecin traitant</b> ?		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> 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 ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents avec [REDACTED], et a mis en place une collaboration avec le service PLAIE ET CICATRISATION du CH [REDACTED].
Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM ?		La structure déclare avoir organisé les accès aux plateaux techniques LBM avec [REDACTED].  <b>Remarque 1 :</b> La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.

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 de [REDACTED] et avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG) EPSPA du CH [REDACTED].
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 <sup>ème</sup> alinéa	La structure déclare avoir signé des conventions de partenariat avec le SMR CLINIQUE [REDACTED] pour l'hospitalisation en court séjour. Conformité.
Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ?		Au vu des éléments transmis, la structure a signé une convention de partenariat avec le service de psychiatrie ICM [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	Au vu des éléments transmis, la structure a signé une convention de partenariat avec l'unité de soins palliatifs et l'EMSP [REDACTED] Conformité.
Disposez-vous d'une convention avec une HAD au jour du contrôle ?		La structure déclare avoir signé une convention avec [REDACTED].

Fait à Toulouse, le 26 juillet 2024





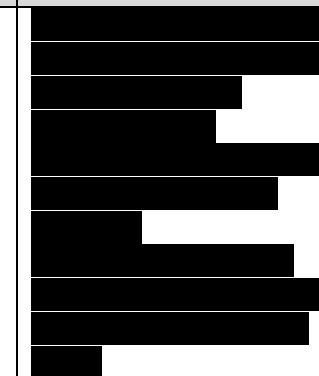
**Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle**  
**Pôle Régional Inspection Contrôle**

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives  
Tableau des remarques et des recommandations retenues  
Contrôle sur pièces de l'EHPAD BEAUSEJOUR situé à Mercuès (46)

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

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

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues (2)

Ecarts (5)	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
<b>Écart 1 :</b> La mission constate, au jour du contrôle, que le document unique de délégation (Document probant n°04), n'a pas été transmis.	Art. D.312-176-5 du CASF	<b>Prescription 1 :</b> Transmettre le document probant n°04 pour vérification réglementaire.	Immédiat		Prescription 1 levée
<b>Ecart 2 :</b> La mission constate, au jour du contrôle, que le règlement de fonctionnement transmis par la structure n'est pas daté. La mission ne peut s'assurer de sa conformité aux dispositions de l'article R 311-33 du CASF.	Art. R.311-33 du CASF	<b>Prescription 2 :</b> Transmettre le document probant n° 07 daté pour vérification réglementaire.	Immédiat		Prescription 2 levée
<b>Ecart 3 :</b> La structure déclare que la CCG n'est pas active, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.312-158, 3° du CASF	Art. D.312-158, 3° du CASF	<b>Prescription 3 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	6 mois		Prescription 3 maintenue. La prescription sera levée dès la tenue de la première réunion de la CCG.

					Délai 6 mois
<b>Ecart 4 :</b> Au jour du contrôle, la mission constate que la programmation des réunions de CVS de 2024 n'a pas été transmise.	Art. D.311-16 du CASF	<b>Prescription 4 :</b> Transmettre le document probant n°14 pour vérification réglementaire.	Immédiat	[REDACTED]	Prescription 4 levée
<b>Ecart 5 :</b> La réglementation prévoit pour la capacité de 22 places autorisées, un ETP de 0,40 médecin coordonnateur. L'établissement déclare un ETP de [REDACTED], ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Art. D.312-156 du CASF	<b>Prescription 5 :</b> Se mettre en conformité à la réglementation.	Effectivité 2024-2025	[REDACTED]	Prescription 5 réglementairement maintenue. La mission prend note des difficultés de recrutement d'un temps complémentaire de MEDCO. La prescription sera levée dès l'atteinte d'un ETP de 0,40 de MEDCO conformément à la réglementation.  Effectivité 2025

Tableau des remarques et des recommandations retenues (1)

Remarques (1)	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
<b>Remarque 1 :</b> La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux plateaux techniques de l'imagerie.		<b>Recommandation 1 :</b> La structure est invitée à s'organiser pour avoir accès aux plateaux techniques de l'imagerie sur site ou par convention.	6 mois	  	Recommandation levée dès organisation des accès aux plateaux techniques de l'imagerie.  Délai : 6 mois