

RAPPORT EHPAD QUERCY BLANC

CONTROLE SUR PIECES

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 RESIDENCES QUERCY BLANC SITE MONTCUQ-EN-QUERCY-BLANC

Adresse : 51 BD JACQUES CHAPOU ; 46800 MONTCUQ EN QUERCY BLANC

N° FINESS Juridique : 460006521

N° FINESS Géographique : 460780307

Gestionnaire : EHPAD LES RESIDENCES DU QUERCY BLANC

Tél. : 05 65 31 80 56

Mail direction et/ou directeur : [REDACTED]

Equipe 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..... | 13 |
| III - PRISE EN CHARGE ET SOINS | 14 |
| 3.1 - Projet général médico-soignant..... | 14 |
| 3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques | 17 |
| 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé | 19 |
| 3.4 - Relations avec l'extérieur..... | 20 |

INTRODUCTION

Le Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées a lancé un plan national de contrôle spécifique aux EHPAD. Dans ce contexte, le Directeur général de l'ARS Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD occitans au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant l'EHPAD LES RESIDENCES DU QUERCY BLANC SITE DE MONTCUQ-EN-QUERCY-BLANC 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 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 **22 juin 2023** dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national¹. 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 | EHPAD LES RESIDENCES DU QUERCY BLANC SITE DE MONTCUQ-EN-QUERCY-BLANC | |
| Statut juridique | EHPAD PUBLIC AUTONOME | |
| Option tarifaire | TARIF PARTIEL | |
| EHPAD avec ou sans PUI | SANS PUI | |
| Capacité autorisée et installée | Autorisée | Installée |
| HP | 130 | 130 |
| HT | 2 | 2 |
| PASA | 0 | 0 |
| UHR | 0 | 0 |
| Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) | GMP : [REDACTED] | |
| Et Pathos Moyen Pondéré (PMP) | PMP : [REDACTED] | |
| Nombre de places habilitées à l'aide sociale | 130 | |

| Points abordés et constatés lors du contrôle | Références | RAPPORT |
|--|---|--|
| 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 nominatif de l'EHPAD LES RESIDENCES DU QUERCY BLANC a été transmis. Il précise les liens fonctionnels et hiérarchiques. |
| Directeur : Qualification et diplôme – Contrat de travail. | <u>Qualification directeur :</u> Art. D.312-176-6 à 9 du CASF Art. D.312-176-10 du CASF | La structure déclare que le directeur exerce des fonctions de direction au niveau de plusieurs établissements : direction commune avec les EHPAD DE CAZALS, SALVIAC, PRAYSSAC, PUY L'EVEQUE. Le directeur est titulaire du [REDACTED]. Son arrêté de nomination est signé du [REDACTED]. |
| Secteur public : Document de délégation et/ou subdélégation du Président du Président du Conseil d'administration au directeur de la structure pour les EHPAD relevant du secteur public | <u>EHPAD relevant du public :</u> Art. L.315-17 du CASF | Sans objet |
| Le calendrier des astreintes du 1 ^{er} semestre 2023 est-il fixé ? | | La structure a transmis le « tableau des gardes administratives et des congés de direction année 2023 ». La permanence d'astreinte est organisée. |

| 1.2 - Fonctionnement institutionnel | | |
|---|--|---|
| Projet d'établissement valide | Art. L.311-8 du CASF (validité PE : 5 ans) | Le projet d'établissement a été transmis. Il couvre la période 2021-2025. |
| Règlement de fonctionnement valide | Art. R.311-33 du CASF (validité 5 ans) | Le règlement de fonctionnement a été transmis par la structure. Il a été approuvé par le conseil d'administration le 17/04/2019. |
| 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 CASEF Recommandation ANESM : concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement - septembre 2009 | Selon la structure, un livret d'accueil est remis à chaque nouveau résident, avec les documents prévus par les textes. |
| Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) existe-t-il ? | Art. L.311-4 du CASF | Le contrat de séjour a été transmis par la structure. Il est daté de mars 2019. |
| S'il existe, le contrat de séjour est-il signé ? | Art. D.311 du CASF | Le modèle de contrat de séjour a été transmis par la structure. Il prévoit l'emplacement pour la signature du résident et du directeur. |
| La commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de | Art. D.312-158, 3° du CASF (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an) Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la | La structure déclare que la commission de coordination gériatrique n'est ni organisée ni active. La structure précise ne pas avoir de médecin coordonnateur depuis le 31/12/2021, ce dernier est en cours de recrutement depuis le 01/06/2023. 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. |

| | | |
|---|---|---|
| l'établissement est-elle constituée et active ? | commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles | |
| Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? Est-il opérationnel ? <u>Cf. Document 6</u> | Décret 2022-688 du 25 avril 2022 avec mise en œuvre au 1 ^{er} janvier 2023 <u>Formes de participation :</u> Art. L.311-6 du CASF <u>Compétences :</u> Art. D.311-3 à 32-1 CASF Art. D.311-15 –I du CASF <u>Composition :</u> Art. D.311-4 du CASF Art. D.311-5-I du CASF <u>Elections :</u> Art. D.311-9 du CASF <u>Représentation syndicales :</u> Art. D.311-13 du CASF <u>Durée du mandat :</u> Art. D.311-8 du CASF <u>Fonctionnement :</u> Art. D311-16 du CASF <u>Formalisation des CR des séances CVS</u> Art. D. 311-20 du CASF | <p>Pour l'année 2022 la structure a transmis 5 comptes rendus de CVS. Le CVS est constitué. Sa composition et son fonctionnement sont conformes à la réglementation. Les comptes rendus ne sont pas tous signés par le président du CVS.</p> <p>Ecart 2 : Les CR des CVS ne sont pas systématiquement signés par le Président du CVS, ce qui contrevient aux dispositions de l'article D.311-20 du CASF.</p> <p>Remarque 1 : La programmation 2023 n'a pas été transmise.</p> |

1.3 - MEDCO et IDEC

| | | |
|---|---|--|
| Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) | <u>Diplôme</u> : Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 <u>Contrat</u> : Art. D. 312-159-1 du CASF HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | La structure déclare ne pas avoir de médecin coordonnateur depuis 17 mois. Ce dernier est en cours de recrutement depuis le 01/06/2023. <u>Ecart 3</u> : L'EHPAD ne dispose pas de MEDCO et contrevient à l'article D312-155-0 du CASF. |
| ETP MEDEC | Art. D.312-156 du CASF | Pour une capacité de 130 places la structure déclare un équivalent temps plein de 0,4 ETP au lieu de 0,8 ETP. <u>Remarque 2</u> : Le temps ETP du futur médecin coordonnateur en cours de recrutement doit prendre en compte cet écart antérieur. |
| IDEC : Contrat de travail et date du recrutement | Art. D.312-155-0, II du CASF HAS, 2011 Art. R.4311-118 du CSP Art. R.4311-319 du CSP | La structure a transmis l'arrêté de nomination de l'infirmière coordonnatrice. Il est daté du 23/10/2021. |
| L'IDEC a-t-elle bénéficié d'une formation particulière avant d'accéder à ce poste ? Qualification et diplôme de l'IDEC. | HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | La structure déclare que l'IDEC est titulaire du « [REDACTED] [REDACTED] » |

1.4 - Qualité et GDR

| | | |
|--|---|---|
| Existe-t-il une procédure d'amélioration continue des pratiques professionnelles ? | Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF | <p>La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) a été transmise par la structure.</p> <p>Ecart 4 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF.</p> |
| Des réunions d'échanges et de réflexion sont-elles formalisées (cas complexes, EIAs) ? | 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 | <p>La structure déclare que des réunions d'échanges et de réflexion sont formalisées via le COPIL « Humanitude ».</p> |
| L'établissement réalise-t-il des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et les EIGS ? | | <p>Remarque 3 : La structure déclare ne pas réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS.</p> |
| Des actions de formation professionnelle (bonnes pratiques) sont-elles mises en place ? | <u>Qualité de vie en EHPAD - mars 2018</u> | <p>La structure déclare mettre en place des actions de formation professionnelle. Elle cite la formation Humanitude.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Depuis 2020, 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>Art. L.331-8-1 CASF Art. R.331-8 & 9 CASF Arrêté du 28.12.2016[3] Art. R.1413-59 et R.1413-79 du CSP (EIGS)</p> | <p>La structure déclare n'avoir fait aucun signalement de dysfonctionnements graves auprès de l'ARS et du CD depuis 2020 à aujourd'hui.</p> |
| <p>Existe- t-il un plan de formation du personnel à la déclaration ?</p> | | <p>La structure déclare l'existence d'un plan de formation du personnel à la déclaration.</p> |

II - RESSOURCES HUMAINES

2.1 - EFFECTIFS

| | | |
|---|---|--|
| 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. Sa composition est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 IDEC- [REDACTED] infirmiers- [REDACTED] AS- [REDACTED] animateurs <p>La structure déclare que le poste de psychologue est non pourvu.</p> <p>Le planning des IDE / AS ASH JOUR ET NUIT a été transmis.</p> <p>Sur la période du 01 janvier 2022 au jour dit :</p> <ul style="list-style-type: none">- Taux d'absentéisme des AS-AES-AMP : 11,83% et taux de turn-over de 5,83%.- Taux d'absentéisme et taux de turn-over des IDE : 0% |
|---|---|--|

2.2 - FORMATION

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| Plans de formation interne et externe | <p><u>HAS, 2008, p.18</u> <u>Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</u></p> <p><u>HAS 2008, p.21</u> <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</u></p> | <p>Les plans de formation interne et externe réalisés en 2022 et le prévisionnel 2023 ont été transmis.</p> |
|---------------------------------------|--|---|

| 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 <u>Elaboration projet soin dans PE par MEDCO :</u> Art. D.312-155-3 alinéa 1° du CASF | <p>Selon la structure, le projet d'établissement comprend un volet projet général médical décrivant les besoins de la population accueillie, les objectifs fixés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.</p> |
| L'annexe au contrat de séjour existe-t-elle et est-elle signée ? | Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF | <p>La structure déclare l'existence d'une annexe au contrat de séjour. Le document n'a pas été transmis.</p> <p>Ecart 5 : A défaut de transmission du modèle de l'annexe du contrat de séjour, la mission n'est pas en mesure de s'assurer que la structure est conforme aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF</p> |

| | | |
|---|--|--|
| Existe-t-il une procédure d'admission formalisée ? | GUIDE ANESM 2011 | La procédure d'admission formalisée a été transmise par la structure. |
| 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) | <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – 2007</u> | La structure déclare l'existence 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 | La structure déclare l'organisation de transmissions entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. |

| | | |
|---|--|---|
| | maltraitance - décembre 2008 | |
| Le circuit du médicament est-il formalisé ? | Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS | Remarque 4 : La procédure du circuit du médicament transmise est datée de 2016. |
| La structure dispose-t-elle d'une convention avec une PUI ou une pharmacie d'officine? | Art. L.5126-10 du CSP | Ecart 6 : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP. |
| 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 utiliser [REDACTED] pour 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 de dispositifs de communication entre les résidents et leurs proches et les personnels de la structure : Communication interne / planning vie sociale envoyé aux proches / menus envoyés aux proches. |

3.2 - Procédures de bonnes pratiques professionnelles gériatriques

| | | |
|---|--|---|
| Existe-t-il une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux ? | <u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u> | <p>La structure déclare l'existence d'une procédure de prévention et de gestion du risque infectieux. De plus, elle déclare disposer d'une convention avec « [REDACTED] pour révision et accompagnement ».</p> <p>Remarque 5 : La structure n'a pas transmis la procédure ainsi que la convention.</p> |
| Existe-t-il une procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24 ? Un dossier de liaison d'urgence (DLU) ? | <u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u> | <p>La structure déclare l'existence de la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents H24. Chaque résident dispose d'un dossier de liaison d'urgence (DLU).</p> <p>Remarque 6 : Aucun document transmis.</p> |
| Existe-t-il une procédure de prise en charge des troubles sévères du comportement notamment relative à la liberté d'aller et venir / contention ? | <u>Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - 2007</u> Art. L.311-3 du CASF (Droit d'aller et venir librement de la personne accompagnée) | <p>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 été transmise.</p> |
| Existe-t-il une procédure de prévention du risque iatrogénie ? | ANESM - Juin 2017 (Prise en charge médicamenteuse en EHPAD) | <p>La procédure de prévention du risque iatrogénie a été transmise par la structure.</p> |
| 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 | <p>La procédure de prévention et de prise en charge du risque de chutes a été transmise par la structure.</p> |

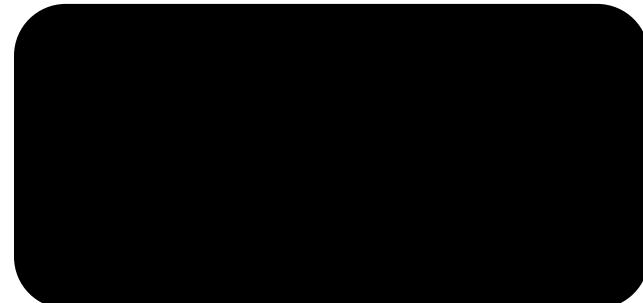
| | | |
|--|--|---|
| <p>De combien d'autres procédures de bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques disposez-vous ?</p> | <p>Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus)</p> | <p>La structure déclare disposer de 10 procédures :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prévention du suicide 2. Protocole canicule 3. Protocole non-contention 4. Prise en charge de la douleur 5. Prévention des chutes 6. Accompagnement non médicamenteux 7. Protocole circuit du médicament 8. Protocole de fausse route 9. Protocole décès 10. Protocole plaies et escarres (pansement) <p>Remarque 7 : Il manque des procédures indispensables aux bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques.</p> |
|--|--|---|

| 3.3 - Projet d'accompagnement personnalisé | | |
|--|--|--|
| Chaque résident a-t-il un médecin traitant ? | | La structure déclare que chaque résident dispose d'un médecin traitant. |
| Chaque résident dispose-t-il d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) ? | Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF | La structure déclare que tous les résidents ne disposent pas d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP), ce qui contrevient aux dispositions de l'article D312-155-0 du CASF- 3 ^{ème} alinéa. Ecart 7 : L'absence d'exhaustivité de PAP pour l'ensemble des résidents. |
| Chaque résident dispose-t-il d'un projet de soins individuel (PSI)? | Art. D.312-155-0 du CASF | La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet de soins individuel (PSI). |
| Chaque résident dispose-t-il d'un projet individuel de vie ? | Art. D.312-155-0 du CASF | La structure déclare que chaque résident dispose d'un projet individuel de vie. |

| 3.4 - Relations avec l'extérieur | | |
|---|--|---|
| Avez-vous organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de vos résidents ? - Usage de la télémédecine, téléconsultation ou télé-expertise - Réseau de télé expertise ? (plaies chroniques, gériatrophie par exemple) | | <p>Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents.</p> |
| Avez-vous organisé les accès aux plateaux techniques imagerie et LBM (directement ou par convention) ? | | La structure déclare avoir organisé directement les accès aux plateaux techniques d'imagerie et LBM. |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une filière gériatrophique ? Accès aux EMG ? | | La structure déclare avoir accès aux Equipes mobiles de gériatrie (EMG). |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un (ou plusieurs) établissement | Article D.312-155-0 modifié par Décret n°2022-731 du 27 avril 2022 - art.1 - 5 ^{ème} alinéa (conventions avec un ou | La structure déclare avoir une convention avec un établissement d'hospitalisation en court séjour. |

| | | |
|--|--|--|
| d'hospitalisation en court séjour ? Lesquels ? | plusieurs établissements de santé du territoire, dont, le cas échéant, au moins un hôpital de proximité) | |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec un service de psychiatrie ? | | La structure déclare avoir une convention avec un établissement de service psychiatrique. |
| Avez-vous signé des conventions de partenariat avec une unité de soins palliatifs ? Une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ? | | La structure déclare avoir une convention avec un service EMSP. |
| Existe-t-il des conventions avec les HAD au jour dit ? | | La structure déclare avoir une convention avec le centre hospitalier de [REDACTED]. Document transmis. |

Fait à Montpellier le 19/07/2023



ARS Occitanie

EHPAD LES RESIDENCES DU QUERCY BLANC SITE DE MONTCUQ-EN-QUERCY-BLANC – Contrôle sur pièces du 22 juin 2023

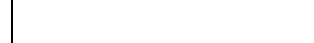
Dossier MS_2023_46_CP_5

**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 « QUERCY BLANC » situé à – MONTCUQ - (46800)**

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.

| Ecarts (7) | Référence règlementaire | 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 | 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. | Délai : A la date de recrutement du médecin coordonnateur, mettre en place la commission de coordination gériatrique. |          | Prescription maintenue a mission prend en compte la réponse de l'établissement. Transmettre le compte rendu de la CCG et le PV d'installation. Délai : 6 mois. |
| Ecart 2 : Les CR des CVS ne sont pas systématiquement 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 CR des CVS par le Président du CVS, pour les prochaines séances. | Délai : Effectivité fin 2023 |   | Prescription levée. |
| Ecart 3 : l'EHPAD ne dispose pas de MEDCO et contrevient à l'article D312-155-0 du CASF | Art. D. 312-159-1 du CASF Art D. 312-157 du CASF HAS, 2012 | Prescription 3 : Finaliser le recrutement du médecin coordonnateur. Transmettre son contrat de travail daté et signé ainsi que son diplôme de spécialisation complémentaire de gériatrie. | Délai : 2 mois |       | Prescription levée. Le contrat du medco a bien été transmis. Le temps du medco est de [REDACTED] ETP soit [REDACTED] semaine réparti sur |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------|
| | | | | | les 2 sites. |
|--|--|--|--|--|--------------|

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|--|--|
| | | | | | |
| Ecart 4 : La procédure de déclaration des dysfonctionnements et EIG aux autorités (ARS et CD) transmise par la structure ne précise pas une déclaration « sans délai », ce qui contrevient aux dispositions de l'article L331-8-1 du CASF. | Art. L.312-8 du CASF Art. L.331-8-1 du CASF | Prescription 4 : Actualiser la procédure de déclaration des dysfonctionnements et des EIG en y intégrant la notion « sans délai » ainsi que l'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés : ars-oc-alerte@ars.sante.fr | Délai : immédiat | | Prescription levée. |
| Ecart 5 : A défaut de transmission du modèle de l'annexe du contrat de séjour, la mission n'est pas en mesure de s'assurer que la structure est conforme aux dispositions de l'article R.311-0-7 du CASF | Art. L.311-4-1 du CASF Art. L.342-2 du CASF Art. R.311-0-6 du CASF Art. R.311-0-9 du CASF | Prescription 5 : Transmettre à l'ARS un modèle d'annexe au contrat de séjour. | Délai : 1 mois | | Prescription levée. |
| Ecart 6 : La structure déclare ne pas disposer d'une convention avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, ce qui contrevient à l'article L5126-10 du CSP. | Art. L.5126-10 du CSP | Prescription 6 : La structure est invitée à établir une convention avec un ou des pharmaciens titulaires d'officine, conformément à l'article L.5126-10 du CSP. Transmettre la convention à l'ARS. | Délai : 3 mois | | Prescription maintenue. Délai : 3 mois |
| Ecart 7 : L'absence d'exhaustivité de PAP pour l'ensemble des résidents. | Art. L.311-7 du CASF Art. D.312-155-0 du CASF | Prescription 7 : la structure est invitée à élaborer un PAP pour chaque résident. Transmettre à l'ARS la date d'exhaustivité. | Délai : 6 mois | | Prescription maintenue jusqu'à la date à laquelle la réévaluation sera terminée. |

| Remarques (8) | 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 programmation 2023 n'a pas été transmise. | Art. D311-16 du CASF | Recommandation 1 : Transmettre à l'ARS la programmation des CVS 2023. | Délai : Immédiat | [REDACTED] | Recommandation levée. CVS transmis. |
| Remarque 2 : Le temps ETP du futur médecin coordonnateur en cours de recrutement est-il à hauteur de [REDACTED] ETP ? | Art. D.312-156 du CASF | Recommandation 2 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation (art. D.312-156 CASF) et transmettre tout document attestant de la conformité ETP médecin coordonnateur à l'ARS. Bien vouloir préciser d'ores et déjà le temps prévu en ETP du futur MEDCO. | Délai : 1 mois | [REDACTED] | Recommandation maintenue. Mettre en conformité à la réglementation l'ETP. Délai : Effectivité 2024 |
| Remarque 3 : La structure déclare ne pas réaliser des RETEX suite à l'analyse des dysfonctionnements et des EIGS. | | Recommandation 3 : Mettre en place des RETEX et les formaliser – suite à un EIG. Transmettre la formalisation du document à l'ARS. | Délai : 4 mois | [REDACTED] | Recommandation levée. |

| | | | | | |
|--|---|--|----------------|--|--|
| Remarque 4 : La procédure du circuit du médicament transmise est datée de <u>2016</u> . | Prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ANESM - Juin 2017 Guide HAS | Recommendation 4 : Veiller à actualiser la procédure du circuit de médicament. | Délai : 4 mois | | Recommandation maintenue. Délai : 6 mois. |
| Remarque 5 : La structure n'a pas transmis la procédure ainsi que la convention. | <u>Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé.pdf</u> | Recommendation 5 : Transmettre à l'ARS la procédure de prévention et de gestion du risque infectieux conformément au guide de bonnes pratiques. | Délai : 1 mois | | Recommandation levée. La convention a bien été transmise. |
| Remarque 6 : Aucun document transmis. | <u>Recommandations de la HAS - Dossier de liaison d'urgence - juin 2015</u> | Recommendation 6 : Transmettre à la mission la procédure formalisée d'accès aux soins non programmés et urgents ainsi que le DLU tels que demandés. | Délai : 1 mois | | Recommandation maintenue. Délai : Effectivité 2024. |
| Remarque 7 : Il manque des procédures indispensables aux bonnes pratiques médico-soignantes gériatriques. | Guide HAS Novembre 2021 (Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus) | Recommendation 7 : Elaborer et mettre en place les procédures suivantes : <ul style="list-style-type: none">- Troubles du transit- Nutrition/dénutrition- Déshydratation- État bucco-dentaire- Incontinence- Troubles du sommeil- Ostéoporose et activité physique- Soin palliatif / fin de vie | Délai : 4 mois | | Recommandation maintenue. Délai : Effectivité 2024. |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|------------|--|
| | | Transmettre la liste actualisée des procédures à l'ARS. | | | |
| Remarque 8 : La structure déclare ne pas avoir organisé les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents. | | Recommandation 8 : La structure est invitée à organiser les accès aux consultations de spécialistes pour le suivi des pathologies somatiques chroniques de ses résidents. | Délai : 6 mois | [REDACTED] | Recommandation maintenue. Délai : 6 mois. |