

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 du CHIVA – SITE LAROQUE D'OLMES (09600)**

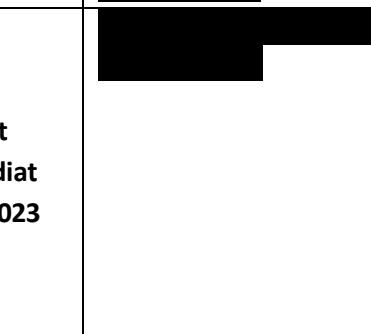
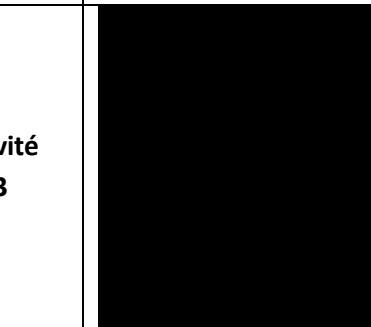
Un écart est l'expression écrite d'une non-conformité ou d'un non-respect d'obligations légales ou réglementaires juridiquement opposables.

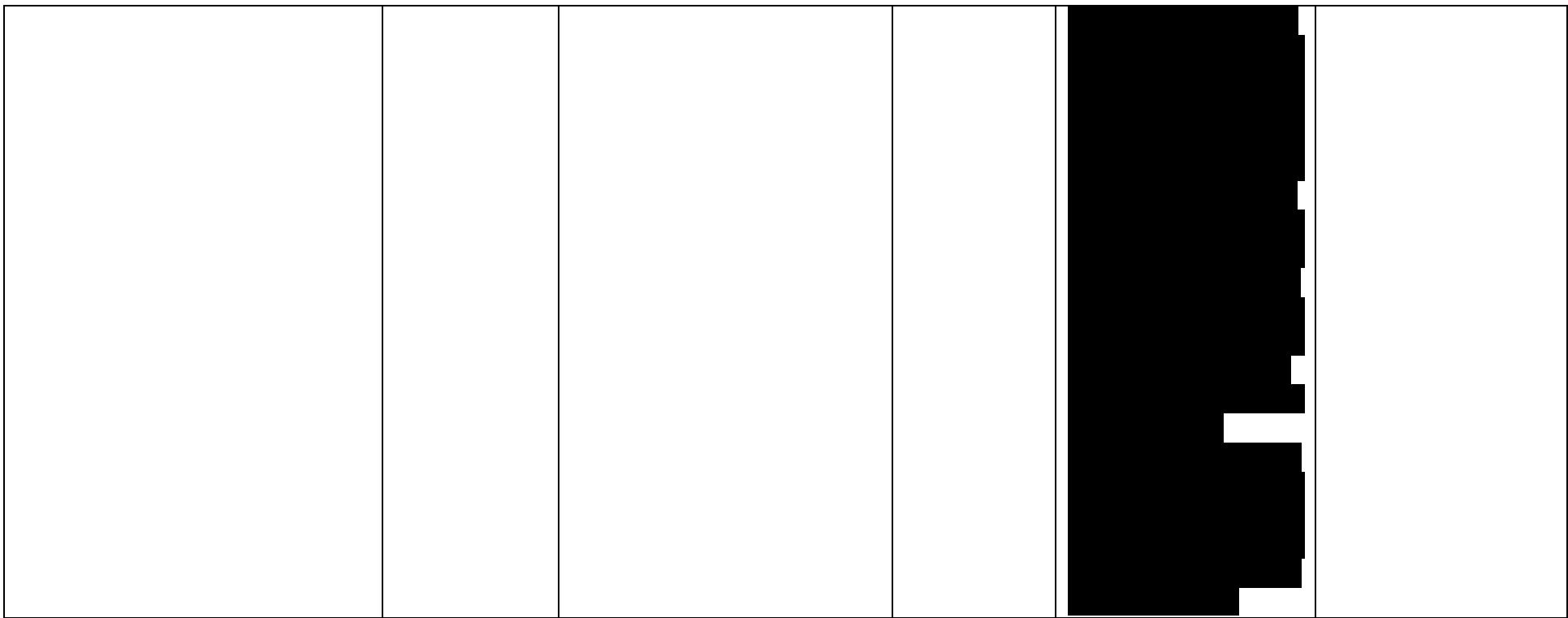
Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

AGENCE REGIONALE OCCITANIE
CONTROLE SUR PIECES N° : MS_2023_09_CP_2
DOSSIER EHPAD DU CHIVA – SITE LAROQUE D'OLMES
TABLEAU DEFINITIF DE SYNTHESE DES MESURES CORRECTIVES
TABLEAU DES MESURES ET DES RECOMMANDATIONS RETENUES

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

Ecart	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
<p>Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.</p>	<p>L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)</p>	<p>Prescription 1 : Rédiger / actualiser le projet d'établissement de l'EHPAD et le transmettre aux autorités administratives compétentes.</p>	<p>Effectif pour la fin du 1^{er} semestre 2023</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p>Prescription 1 maintenue</p> <p>Délai : Jusqu'à réception du projet d'établissement de l'EHPAD finalisé et validé.</p>

<p>Ecart 2 : L'établissement déclare que la Commission de coordination Gériatrique n'est pas en place ce qui contrevient à la réglementation.</p>	<p>D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)</p>	<p>Prescription 2 : 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.</p>	<p>6 mois</p>		<p>Prescription 2 maintenue. Délai : Effectif pour 2023.</p>
<p>Ecart 3 : Les compte-rendu de CVS communs aux EHPAD du Touyre et des Ormes ne sont pas tous signés.</p>	<p>D. 311-3 à 32-1, CASF D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)</p>	<p>Prescription 3 : Les séances du CVS doivent être signés.</p>	<p>Effet immédiat pour 2023</p>		<p>Prescription 3 maintenue Délai : Jusqu'à l'obtention du prochain compte rendu de CVS signé.</p>
<p>Ecart 4 : L'ETP dédié au MEDEC ne correspond pas à la réglementation en vigueur.</p>	<p>D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022</p>	<p>Prescription 4 : Mettre l'ETP du MEDCO conforme à la réglementation soit 0,25 ETP</p>	<p>Effectivité 2023</p>		<p>Prescription 4 maintenue. Effectivité 2023.</p>



AGENCE REGIONALE OCCITANIE
CONTROLE SUR PIECES N° : MS_2023_09_CP_2
DOSSIER EHPAD DU CHIVA – SITE LAROQUE D'OLMES

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarque	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	Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : Au vu des documents transmis il n'est pas possible de vérifier la qualification attendue pour un poste d'IDEC.		Recommandation 1 : L'établissement déclare qu'il s'agit d'une IDEC formée à l'encadrement. Transmettre les documents attestant de cette formation.	1 mois	[REDACTED]	Recommandation 1 Maintenue : L'établissement n'a pas transmis de diplôme ou d'attestation de formation justifiant du statut de cadre. Délai : 1 mois
Remarque 2 : L'établissement n'a pas transmis de procédure d'accueil à destination des personnels en place et du nouvel arrivant afin de faciliter son intégration.		Recommandation 2 : Mettre en place et transmettre une procédure du nouvel arrivant conforme aux bonnes pratiques HAS.	1 mois	[REDACTED]	Recommandation 2 maintenue. Délai : Fin 1 ^{er} semestre 2023

RAPPORT EHPAD Du CHIVA site LAROQUE

CONTROLE SUR PIECES

Contrôle des conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement

Des établissements médico-sociaux

Sur les volets gouvernance et ressources humaines

(Articles L.313-13 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles)

Structure	Equipe du contrôle sur pièces
<p>Dénomination : EHPAD du CHIVA - SITE LAROQUE D'OLMES</p> <p>Adresse : 4 rue Salvador Allende - 09600 LAROQUE D'OLMES</p> <p>N° FINESS juridique : 090781774</p> <p>N° FINESS géographique : 090000399</p> <p>Organisme gestionnaire : Centre Hospitalier du Val d'Ariège</p> <p>Tél. : [REDACTED]</p> <p>Mail direction et/ou directeur : [REDACTED]</p>	<p>Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces</p> <p>Nom de la personne qualifiée : [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Nom de l'inspectrice : [REDACTED]</p>

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
Direction	6
Fonctionnement institutionnel	7
Médecin coordonnateur et IDEC	9
Qualité et Gestion des risques.....	10
II - RESSOURCES HUMAINES	11
Procédure d'accueil du nouvel arrivant.....	11
Effectifs dans l'ensemble de la structure.....	11
Effectifs spécifiques à l'UVP	11
Plan de formation interne, externe	12

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 de Occitanie a décidé d'inscrire l'ensemble des EHPAD de la région au Programme Régional d'Inspection-Contrôle 2022-2024.

Ce contrôle sur pièces concernant **l'EHPAD du CHIVA - Site LAROQUE D'OLMES** 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, les contrôleurs ont procédé à la vérification et à l'analyse de la gouvernance ainsi que de l'adéquation des ressources humaines avec les besoins de prise en charge 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 14 décembre 2022, 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	EHPAD du CHIVA site DE LAROQUE	
Statut juridique	Public hospitalier	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Avec PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	40	40
HT	0	0
PASA	0	0
UHR	0	0
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : 	PMP : 
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	10	10

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
I - GOUVERNANCE		
Direction		
Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement (lien hiérarchiques et fonctionnels)	D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée)	Pas d'observation particulière.
Qualification et diplôme du directeur Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur [1]) L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics)	Pas d'observation particulière.
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	Pas d'observation particulière.
DUD : Document unique de délégation Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD	D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur) R123-23 du CASF (délégation du président du conseil d'administration) L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 D. 312-176-5 CASF (DUD)	Pas d'observation particulière.
le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022		Pas d'observation particulière.
Comité de direction		L'établissement a bien transmis les trois derniers CODIR. Pas d'observation particulière.
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ? Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de institutionnelles ?		

Fonctionnement institutionnel		
Le Projet d'établissement (PE)	L.311-8 du CASF (contenu PE-durée 5 ans) D311-38 du CASF (projet de soins dans PE) D312-155-3 alinéa 1°, CASF (MEDCO élabore projet de soins dans PE)	Le projet d'établissement transmis est commun au Centre Hospitalier du Val d'Ariège et au Centre hospitalier du Pays d'Olmes.
Validité (max 5 ans)	L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	Le projet d'établissement transmis est daté de 2015-2018. Ecart 1 : En ne disposant pas d'un projet d'établissement valide de moins de 5 ans, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
Dernier rapport de la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ? <i>Cf. 26 Cf. compte-rendu de la commission gériatrique des 12 derniers mois</i>	D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an) 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	 Ecart 2 : L'établissement déclare que la Commission de coordination Gériatrique n'est pas en place ce qui contrevient à la réglementation.
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ? Composition du CVS	L311-6 (CVS ou autres formes de participation) D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions) D311-4 CASF (nombre et répartition des membres du CVS) D311-5 CASF (membres minimum du CVS) D311-6 CASF (répartition membres du CVS Résident/famille> à la moitié du nombre total des membres) D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans) D311-9 CASF (président du CVS et directeur) D311-13 CASF (représentation des organisations syndicale) D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an) D. 311-3 à 32-1, CASF D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)	Les CVS sont communs aux EHPAD du Touyre et des Ormes.

Organisation du CVS (Ordre du jour, relevé de conclusion, compte rendu,	D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS)	Pas d'observation particulière.
Fréquence des séances du CVS		Les trois derniers comptes rendus CVS sont datés du 28/01/22, 28/06/2022 et du 23/09/2022.
Compte-rendu des 3 derniers CVS		<p>Sur les trois comptes rendus du CVS commun aux EHPAD du Touyre et des Ormes, deux ne sont pas signés.</p> <p>Ecart 3 : Les comptes rendus de CVS communs aux EHPAD du Touyre et des Ormes ne sont pas tous signés.</p>

Médecin coordonnateur et IDEC		
Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDCO	D. 312-157[3] (diplôme MEDCO) HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005 D312-158 du CASF D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO) HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Pas d'observation particulière.
ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	L'établissement n'a pas transmis le contrat de travail du médecin coordonnateur, ni son bulletin de salaire « pour des raisons de confidentialité » Il est attendu un équivalent temps plein de 0,25 ETP pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places. Par courrier l'établissement a répondu que le MEDCO est à █ ETP sur l'année 2022. Ecart 4 : L'ETP dédié au MEDEC ne correspond pas à la réglementation en vigueur.
Date dernier RAMA établi ? Cf. 26	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	Le RAMA pour l'année d'exercice 2021 a bien été transmis.
IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? Qualification Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEC	D. 312-155-0, II du CASF à vérifier HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011[5] Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP	Remarque 1 : Au vu des documents transmis il n'est pas possible de vérifier la qualification attendue pour un poste d'IDEC.

Qualité et Gestion des risques		
Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité	Articles D312-203, L331-8-1 et art D312-158-10° CASF	<p>Au vu des documents transmis, « Plan d'Action Qualité Santé Service » et « Politique Qualité-Gestion des risques-sécurité des soins du GHT », la mission constate que l'établissement engage des actions dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>Il dispose aussi d'une documentation intitulée « Saed », outil de la HAS ayant pour objectif de faciliter la communication entre professionnels de santé.</p>
L'établissement a transmis différents documents : <ul style="list-style-type: none"> - Une procédure de 7 pages concernant la traçabilité du patient chuteur - Une charte de confiance pour le signalement interne des événements indésirables, signée et datée d'Octobre 2021 - Une documentation de signalement d'un événement indésirable ainsi que le protocole à suivre notamment la déclaration à l'ARS 	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)	Pas d'observation particulière.

II - RESSOURCES HUMAINES

Procédure d'accueil du nouvel arrivant	<p>HAS 2008 , p.18 Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</p> <p>HAS 2008, p.19 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>L'établissement a transmis le livret d'accueil du nouvel arrivant commun au CHI du Val D'Ariège et au CH du pays d'Olmes.</p> <p>Remarque 2 : L'établissement n'a pas transmis de procédure d'accueil à destination des personnels en place et du nouvel arrivant afin de faciliter son intégration.</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 : article R 4311-4 du CSP</p> <p>qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF</p> <p>L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant</p>	<p>Effectif AS-AES-AMP sur la période du 1er janvier au jour dit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux absentéisme : █% - Turn-Over : █% <p>Effectif IDE sur la période du 1er janvier 2022 au jour dit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme : █% - Taux de turn-over : █% <p>Nombre d'ETP « faisant fonction AS » : █ pour █ ETP d'AS, AMP, AES et ASG diplômé présent dans l'effectif le jour dit.</p>
Effectifs spécifiques à l'UVP	<p>Pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF</p> <p>délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP</p> <p>qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF</p>	<p>L'établissement déclare ne pas avoir d'UVP.</p>

Plan de formation interne, externe	<p>HAS 2008, p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention</p> <p>HAS 2008, p21 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>L'établissement a transmis les plans de formation des années 2020, 2021, 2022 ainsi que le document de préparation au plan de formation pour 2023.</p>
---	---	---

Fait à Toulouse, le 03 février 2023

