

RAPPORT EHPAD - 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 |
|--|--|
| Dénomination : EHPAD LES JARDINS D'AGAPE Adresse : 1 rue René CASSIN 32000 AUCH N° FINESS juridique : 320001308 N° FINESS géographique : 320001399 Organisme gestionnaire : EHPAD LES JARDINS D'AGAPE Tél. : 05 62 63 74 70 Directrice : [REDACTED] Mail : [REDACTED] | Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces Nom des personnes qualifiées : [REDACTED] Nom de l'inspecteur : [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 discréction 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 | 5 |
| Direction | 5 |
| Fonctionnement institutionnel | 8 |
| Médecin coordonnateur et IDEC..... | 10 |
| Qualité et Gestion des risques | 11 |
| II - RESSOURCES HUMAINES..... | 13 |
| Procédure d'accueil du nouvel arrivant | 13 |
| Effectifs dans l'ensemble de la structure | 14 |
| Effectifs spécifiques à l'UVP | 14 |
| Plan de formation interne, externe..... | 14 |

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 Les Jardins d'AGAPE 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 les **22/11/2022** (date d'ouverture de l'espace de dépôt de Collecte Pro), 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 LES JARDINS D'AGAPE | |
| Statut juridique | Privé à but lucratif | |
| Option tarifaire | Partiel | |
| EHPAD avec ou sans PUI | Sans PUI | |
| Capacité autorisée et installée | Autorisée | Installée |
| HP | 84 (90 dans le RAMA de 2021) | 84 |
| HT | 6 | 6 |
| PASA | 14 | 14 |
| UHR | 0 | |
| Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP) | GMP : [REDACTED] PMP : [REDACTED] | |
| Nombre de places habilitées à l'aide sociale | 90 | 90 |

| Points abordés et constatés lors du contrôle | Références | RAPPORT Ecart et Remarque |
|---|---|--|
| I - GOUVERNANCE | | |
| Direction | | |
| <i>Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement (lien hiérarchiques et fonctionnels)</i> | D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée), | Le gestionnaire a transmis un organigramme. Le document est détaillé et daté (01/03/2022) et fait apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il est constaté que le positionnement de la psychologue s'établit fonctionnellement entre la responsable hébergement et l'IDEC. Or, La psychologue est un personnel éducatif. Son code de déontologie ne lui permet pas d'aliéner sa pratique à |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>celle d'un personnel paramédical. La psychologue doit donc relever de la direction.</p> <p>Remarque 1 :</p> <p>Le positionnement de la psychologue s'établit fonctionnellement entre la responsable hébergement et l'IDEC</p> |
| Qualification et diplôme du directeur Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD | <p>D. 312-176-5 (DUD) D.312-176-6 à 9 du CASF (qualification directeur [1])</p> <p>L. 315-17 (PE, délégation signature)</p> <p>D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics)</p> <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007</p> | <p>Au vu des documents transmis, la directrice est titulaire d'un [REDACTED] [REDACTED]</p> <p>Ce diplôme lui confère la possibilité d'occuper un poste de direction.</p> <p>En complément, la directrice dispose d'un [REDACTED] [REDACTED]</p> |
| Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur | | <p>Remarque 2 :</p> <p>La fiche de poste n'a pas été transmise.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>DUD : Document unique de délégation Document unique de délégation du directeur de l'EHPAD</p> | <p>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)</p> <p>L. 315-17 (PE, délégation signature) D. 315-67 à 71 du CASF (délégation de signature) (EHPAD publics)</p> <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007</p> <p>D. 312-176-5 CASF (DUD)</p> | <p>Le gestionnaire a transmis une délégation de pouvoirs et de compétences du PDG de l'établissement « Les jardins d'agape » au profit de la directrice. Le document est daté et signé.</p> <p>Ce document précise la nature et l'étendue de la délégation, notamment en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> o conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; o gestion et animation des ressources humaines ; o gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; o coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. <p>Il n'est pas signalé dans le document une délégation de signature.</p> <p>Le DUD prend effet à compter du 15/04/2007 et donne la possibilité de subdélégations d'une partie seulement des pouvoirs délégués.</p> <p>Remarque 3 :</p> <p>La directrice ne dispose pas d'une délégation de signature.</p> <p>Remarque 4 :</p> <p>La directrice ne peut subdéléguer qu'une partie seulement de ses pouvoirs délégués</p> |
| <p>le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022</p> | | <p>Le gestionnaire a transmis un planning des astreintes du 01/11/2022 au 30/11/2022.</p> <p>Remarque 5 :</p> <p>Le planning fait apparaître une directrice adjointe qui n'est pas dans l'organigramme transmis</p> <p>Remarque 6 :</p> <p>Le document ne fait pas état d'une astreinte administrative de nuit qui permettrait la continuité</p> |

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| | | <p>de l'établissement et la prise de décision en cas de nécessité</p> <p>Remarque 7 :</p> <p>Il n'a pas été transmis de document identifiant une procédure avec les noms des personnes et les numéros de téléphone associés.</p> |
| Comité de direction | | <p>Il n'a pas été transmis de comptes rendus de CODIR ni de planification de ces derniers.</p> <p>Le gestionnaire a transmis trois comptes rendus de réunions cadres (10/11/2022, 17/11/2022, 24/11/2022) auxquelles participent la Directrice, la Responsable Hébergement, Médecin Coordinateur, IDEC, AS Coordinatrice, Psychologue.</p> <p>Les points abordés : Activité/ Résidents-familles/Personnel/ Etablissement.</p> <p>Il est constaté que le point « Vie quotidienne » aborde nominativement des situations qui par l'aspect médical qui leur revient relèvent essentiellement du soin et n'ont pas à être évoquées en présence du personnel administratif et/ou technique.</p> <p>Ecart 1 :</p> <p>Le principe de respect de la dignité de la personne et de son intimité n'est ni garanti ni respecté.</p> <p>La confidentialité des informations concernant la personne n'est pas assurée.</p> |
| Fonctionnement institutionnel | | |
| Le Projet d'établissement (PE) | <p>L.311-8 du CASF (contenu PE-durée 5 ans)</p> <p>D311-38 du CASF (projet de soins dans PE)</p> <p>D312-155-3 alinéa 1°, CASF (MEDCO élabore projet de soins dans PE)</p> | <p>Le gestionnaire a transmis un projet d'établissement 2013 -2018.</p> <p>Ecart 2 :</p> <p>Au regard des dates, le projet d'établissement transmis est obsolète depuis quatre années.</p> <p>Il n'a pas été transmis d'information signalant un projet d'établissement en cours d'écriture.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>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 ? Cf. 26 Cf. <i>compte rendus de la commission gériatrique des 12 derniers mois</i></p> | <p>D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)</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>Il n'a pas été transmis d'information concernant l'installation de la commission de coordination gériatrique ainsi que son fonctionnement.</p> <p>Ecart 3 :</p> <p>Au vu des documents transmis, l'établissement n'a pas installé une commission de coordination gériatrique</p> |
| <p>Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?</p> <p>Composition du CVS</p> | <p>L311-6 (CVS ou autres formes de participation)</p> <p>D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS)</p> <p>D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions)</p> | <p>Le CVS est installé. Le gestionnaire a transmis deux comptes rendus de CVS (11/03/2022 et 17/10/2022) sur trois comptes rendus de CVS demandés.</p> <p>Les contenus des comptes rendus de CVS permettent de constater l'importance quantitative des informations institutionnelles descendantes et, a contrario, la faiblesse des demandes montantes émanant des résidents et/ou des familles. Les échanges ne sont pas signalés.</p> |
| <p>Organisation du CVS (Ordre du jour, relevé de conclusion, compte rendu,</p> <p>Fréquence des séances du CVS</p> <p>Compte-rendu des 3 derniers CVS</p> | <p>D311-4 CASF (nombre et répartition des membres du CVS)</p> <p>D311-5 CASF (membres minimum du CVS)</p> <p>D311-6 CASF (répartition membres du CVS</p> <p>Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres)</p> <p>D311-8 CASF (durée 1 à 3 ans)</p> <p>D311-9 CASF (président du CVS et directeur)</p> <p>D311-13 CASF (représentation des organisations syndicale)</p> | <p>Remarque 8 :</p> <p>Les informations institutionnelles descendantes sont prédominantes dans les comptes rendus de CVS et ce au détriment des échanges avec les résidents et les familles.</p> |

| Médecin coordonnateur et IDEC | | |
|---|--|--|
| Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDCO | D. 312-156 et suivants, HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005 | Le gestionnaire a transmis le contrat de travail du médecin coordonnateur ainsi qu'un mail du service pédagogique de [REDACTED] signalant la réussite au [REDACTED] [REDACTED] |
| ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD | D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022 | <p>Remarque 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diplôme n'a pas été transmis - Le médecin coordonnateur exerce à hauteur de [REDACTED] / semaine soit [REDACTED] ETP. - La quotité de temps de travail du médecin coordonnateur est annoncée à [REDACTED] ETP dans le questionnaire transmis, ce qui est inférieur aux 0.50 ETP requis au regard du nombre de places (84) lors du recrutement du médecin coordonnateur. <p>Ecart 4 :</p> <p>La quotité du temps de travail du médecin coordonnateur annoncée est inférieure à celle prévue réglementairement</p> <p>Il est rappelé que l'article D312-156 du CASF précisant la quotité de temps de travail du médecin coordonnateur a été modifié au 1^{er} janvier 2023.</p> |
| Date dernier RAMA établi ? Cf. 26 Refaire le lien avec le questionnaire envoyé | D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA) | Le RAMA transmis est celui du 17/12/2021 |
| IDEc : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? | D. 312-155-0, II du CASF à vérifier HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | Il n'a pas été transmis de formations spécifique pour l'IDEc. |

| | | |
|---|---|---|
| Qualification Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEC | | <p>Le questionnaire transmis ne donne aucune indication.</p> <p>Remarque 10 :</p> <p>L'IDEC n'a pas de qualification spécifique.</p> |
| 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>Le gestionnaire a transmis un audit interne de qualité 2019/2020 avec plan d'actions à échéances 2019 ou 2020.</p> <p>Aucun autre document a été transmis permettant de repérer des actions mises en œuvre dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité</p> <p>Ecart 5 :</p> <p>Au vu des documents transmis, l'établissement n'est pas engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité</p> |
| Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives Cf. 33 Cf. Registre ou liste des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ? Cf. 30 Cf. 31 Cf. Récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ? | L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS) | <p>Le gestionnaire a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un document nommé « Protocole de signalement interne des événements indésirables » mis à jour le 24/11/2022. Le document se résume à un inventaire et des définitions. Il ne s'agit donc pas d'un protocole de signalement - une fiche d'évènement indésirable - un protocole de signalement à l'ARS des EI <p>Le protocole signale que les informations des évènements à signaler doivent être adressées par la Direction, immédiatement pour les situations les plus graves, dans les meilleurs délais (sous 48 heures) pour les autres évènements à l'ARS.</p> <p>Ecart 6 :</p> <p>Contrairement à ce qui est formulé dans le protocole, les signalements doivent être faits <u>sans délai</u> aux autorités.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | Le Conseil départemental compte aussi comme autorité |
|--|--|--|

II - RESSOURCES HUMAINES

| | | |
|--|--|---|
| Procédure d'accueil du nouvel arrivant | <p>HAS 2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance</p> <p>HAS 2008, p19 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>Le gestionnaire a transmis une procédure d'accueil.</p> <p>Le livret d'accueil du nouvel arrivant présente les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Organisation : horaires (poste-transmission), repas, matériel (badges, clés), lingerie (tenue) o Les numéros utiles (internes, externes, urgences) o Les locaux (plan, codes d'accès, procédures) o Organisation des soins (prestataires externes, présence médicale, outils dont le SI) <p>Il peut être accompagné d'une fiche de tâches.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| Effectifs dans l'ensemble de la structure | 312-155-0 du CASF délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF | <p>Au vu des documents transmis, l'établissement fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire</p> <p>Il est toutefois constaté un nombre important d'ASH faisant fonction d'AS (8)</p> <p>Ecart 7 :</p> <p>Certains salarié(e)s ASH ont un statut de « faisant fonction AS », inconnu réglementairement.</p> |
| Effectifs spécifiques à l'UVP | Pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF | <p>Une UVP est installée sans un nombre précise. Le gestionnaire signale que du personnel « AS, ASH faisant fonction AS et ASH » est dédié et que l'ergothérapeute ainsi que la psychologue interviennent.</p> <p>Remarque 11 :</p> <p>Les documents transmis ne permettent pas d'identifier avec précision le nombre de professionnels intervenant au sein de l'UVP en jour et en nuit.</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>Le gestionnaire a transmis des documents relatifs aux plans de formations.</p> <p>Le plan de formation 2021 recense cinq formations. Une seule a été effectuée.</p> <p>Le plan de formation 2022 recense huit formations. Cinq ont été effectuées</p> <p>Remarque 12 :</p> <p>Les plans de formations transmis font état d'un nombre important de formations non réalisées</p> |

Fait à Toulouse, le 20/01/2023

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

14

ARS Occitanie

Rapport – EHPAD Les Jardins d'AGAPE
Contrôle sur pièces du 22 novembre 2022
N° :MS_2023_32_CP_1



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 « LES JARDIN D'AGAPE » (32)

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

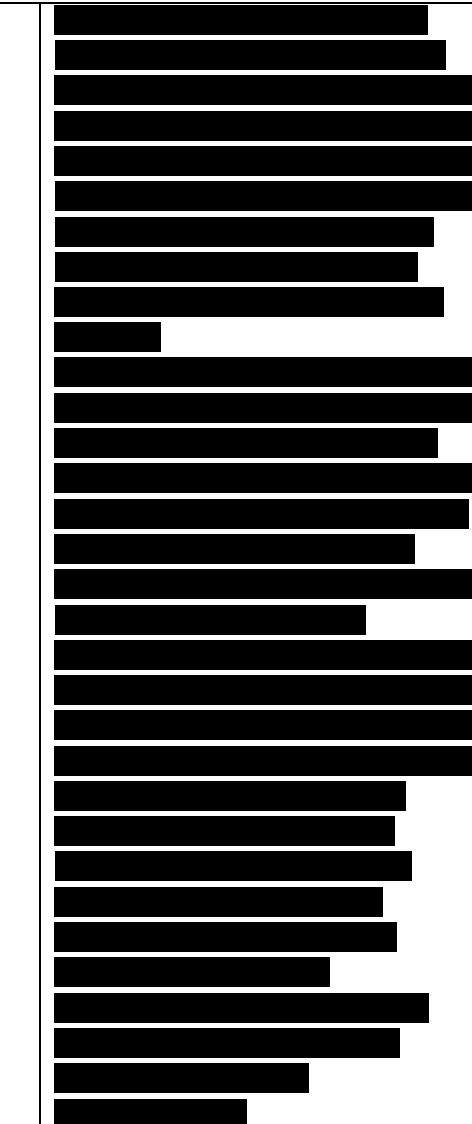
Une remarque est l'expression écrite d'un défaut ou d'un dysfonctionnement plus ou moins grave qui ne peut être caractérisé au regard d'un texte juridiquement opposable.

Agence Régionale de Santé Occitanie
26-28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel - CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie.ars.sante.fr  

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives

| 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 |
|---|---|--|---|--|--|
| Ecart 1 : Le principe de respect de la dignité de la personne et de son intimité n'est ni garanti ni respecté. La confidentialité des informations concernant la personne n'est pas assurée. | Article L311-3 du CASF ; Articles L1110-4 et L1110-12 du CSP Charte des droits et libertés de la personne accueillie – Article 12 | Prescription 1: ➤ Les « réunions cadres » n'ont pas à aborder des situations nominatives individuelles avec des problématiques relatives aux soins et à l'intimité des résidents ➤ Organiser les réunions spécifiques « soins » avec les seuls professionnels habilités à échanger sur ces situations qui relèvent de la confidentialité et du secret médical | Immédiat | [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] | Levée de la prescription 1. |

| | | | | | |
|---|--|---|---------------|---|--|
| <p>Ecart 2 : Au regard des dates, le projet d'établissement transmis est obsolète depuis quatre années. Il n'a pas été transmis d'information signalant un projet d'établissement en cours d'écriture.</p> | <p>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)</p> | <p>Prescription 2 : L'établissement doit écrire un projet d'établissement.</p> | <p>6 mois</p> |  | <p>Maintien de la prescription 2 : Transmission du projet d'établissement qui sera en cours 2023. Délai : 6 mois.</p> |
|---|--|---|---------------|---|--|

| | | | | | |
|--|--|---|--------|--|--|
| Ecart 4 : La quotité du temps de travail du médecin coordonnateur annoncée est inférieure à celle prévue réglementairement | D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022 | Prescription 4 : La quotité de temps de travail du médecin coordonnateur est inférieure à celle prévue réglementairement | 3 mois |  | Maintien de la prescription 4 : Délai : 3 mois . |
| Ecart 5 : Au vu des documents transmis, l'établissement n'est pas engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité | Articles L312-8 CASF ; D312-203, L331-8-1 et art D312-158-10° CASF | Prescription 5 : Le gestionnaire doit s'assurer de la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement | 2 mois |  | Maintien de la prescription 5 : Délai : 4 mois. |

Tableau des remarques et des recommandations retenues

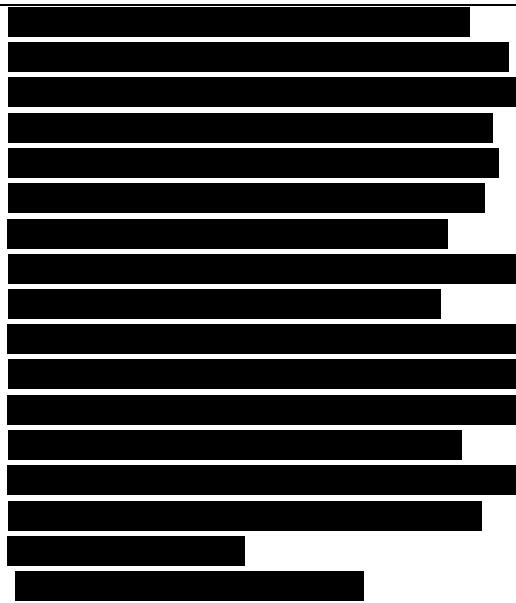
| Remarques | Référence règlementaire | Nature de la mesure attendue | Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire | Réponse de l'établissement | Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS |
|---|---|---|---|----------------------------|--|
| Remarque 1 : Le positionnement de la psychologue s'établit entre la responsable hébergement et l'IDEC | D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée), | Recommandation 1 : La psychologue doit relever de la direction et non d'un personnel paramédical. | 1 mois | | Levée de la recommandation 1. |
| Remarque 2 : La fiche de poste n'a pas été transmise. | 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) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007 | Recommandation 2 : Transmettre la fiche de poste de la directrice | 1 mois | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>Remarque 3 : La directrice ne dispose pas d'une délégation de signature.</p> | <p>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)</p> | <p>Recommandation 3 : La directrice doit pouvoir bénéficier d'une délégation de signature en sa qualité de décisionnaire au sein de l'établissement.</p> | | <p>Levée de la recommandation 2.</p>  |
| <p>Remarque 4 : La directrice ne peut subdéléguer qu'une partie seulement de ses pouvoirs délégués</p> | <p>Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007. D</p> | <p>Recommandation 4 : La délégation de pouvoirs et de compétences du PDG au profit de la directrice doit être clarifiée afin d'identifier les pouvoirs et compétences susceptibles d'être subdéléguées.</p> | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--------|--|---|
| Remarque 5 : Le planning fait apparaître une directrice adjointe qui n'est pas dans l'organigramme transmis | | Recommandation 5 : Ajuster le planning des astreintes avec l'organigramme ou mettre à jour l'organigramme | 1 mois | [REDACTED] | Levée des recommandations 5,6 & 7 : . |
| Remarque 6 : Le document ne fait pas état d'une astreinte administrative de nuit qui permettrait la continuité de l'établissement et la prise de décision en cas de nécessité | | Recommandation 6 : Préciser la procédure de signalement en nuit, semaine et week-end | 1 mois | [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] | |
| Remarque 7 : Il n'a pas été transmis de document identifiant une procédure avec les noms des personnes et les numéros de téléphone associés. | | Recommandation 7 : Etablir une procédure d'astreinte identifiant les noms des personnes en astreinte et faisant apparaître les numéros de téléphone. Diffuser la procédure au sein de l'établissement. | 1 mois | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| Remarque 8 : Les informations institutionnelles descendantes sont prédominantes dans les comptes rendus de CVS et ce au détriment des échanges avec les résidents et les familles. | 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) D311-20 CASF (relevés de conclusions du CVS) 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) | Recommandation 8 : Réunir le CVS trois fois par an et le faire fonctionner comme prévu par la réglementation | | | Levée de la recommandation 8 : [REDACTED] |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|---|---|--|--------|------------|---------------------------------------|
| Remarque 9 : - Le diplôme n'a pas été transmis - Le médecin coordonnateur exerce à hauteur de [REDACTED] semaine soit [REDACTED] ETP. La quotité de temps de travail du médecin coordonnateur est annoncée à [REDACTED] ETP dans le questionnaire transmis, ce qui est inférieur aux 0.50 ETP requis au regard du nombre de places (84) lors du recrutement du médecin coordonnateur. | 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 | Recommandation 9: Transmettre le diplôme | 1 mois | [REDACTED] | Levée de la recommandation 9. |
| Remarque 10 : L'IDEC n'a pas de qualification spécifique. | HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 | Recommandation 10 : En l'absence de qualification spécifique de l'IDEC actuellement en poste, le gestionnaire peut l'engager dans un processus qualifiant. | | [REDACTED] | Levée de la recommandation 10. |

| | | | | | |
|---|---|---|--------|--|---|
| Remarque 11 : Les documents transmis ne permettent pas d'identifier avec précision le nombre de professionnels intervenant au sein de l'UVP en jour et en nuit. | Pluridisciplinarité de l'équipe: art D 312-155-0 du CASF délégation de tâches de l'IDE aux AS-AMP : article R 4311-4 du CSP qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF | Recommandation 11 : Les documents doivent permettre d'identifier avec précision l'effectif dédié jour/nuit pour l'UVP. Transmettre les documents. | 1 mois |  | Levée de la recommandation 11. |
| Remarque 12 : Les plans de formations transmis font état d'un nombre important de formations non réalisées | HAS 2008, p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention 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 | Recommandation 12 : Le gestionnaire doit s'assurer que les salariés bénéficient tous de formations, et ce régulièrement, leur permettant d'exercer au mieux au sein de l'établissement. | |  | Maintien de la recommandation 12 : Transmettre les plans de formation qui peuvent être faite pour l'année pour votre budget . |

*AGENCE REGIONALE SANTE OCCITANIE
CONTROLE SUR PIECES N° : MS_2023_32_CP_1
DOSSIER EHPAD LES JARDINS D'AGAPE
TABLEAU DES MESURES ET DES RECOMMANDATIONS RETENUES*