

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
Contrôle sur pièces de l'EHPAD « RESIDENCE LAETICIA » situé à COURSAN (11)

*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_11_CP_1
DOSSIER EHPAD RESIDENCE LAETICIA
TABLEAU DEFINITIF DE SYNTHESE DES MESURES CORRECTIVES
TABLEAU DES MESURES ET DES RECOMMANDATIONS RETENUES*

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
<p>Ecart 1 : Le directeur de l'EHPAD n'a pas transmis une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.</p>	<p>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</p>	<p>Prescription 1 : L'organisme gestionnaire doit transmettre à l'ARS le niveau de certification requis. Si le directeur est en cours de formation d'obtention du diplôme : le préciser, adresser à l'autorité compétente un justificatif d'engagement de formation.</p>	<p align="center">15 jours</p>	<p>[REDACTED]</p>	<p align="center">Levée de la prescription 1</p>

				<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	
Ecart 2 : Une copie du DUD n'est pas transmis .	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	Prescription 2 : Conformément à l'article D312-176-5 du CASF, mettre en place un DUD. Le transmettre aux autorités compétentes.	2 mois	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Levée de la prescription 2

				<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<p>Levée de la prescription 4</p>
<p>Ecart 5 : Le CVS ne se réunit pas trois fois par an, tel que prévu par la réglementation.</p>	<p>D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)</p>	<p>Prescription 5 : Réunir le CVS trois fois par an et adresser à l'ARS un calendrier prévisionnel pour 2023 des 3 CVS.</p>	<p>1 mois</p>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<p>Levée partielle de la prescription 5</p> <p>Veiller à transmettre les PV des réunions 2023 du CVS.</p>

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 : L'organisation de la permanence de direction n'est pas effective (ni formalisée ni diffusée).		Recommandation 1 : Transmettre le calendrier des astreintes pour 2023 et une note de procédure l'accompagnant.	1 mois	[REDACTED]	Calendrier des astreintes transmis. Levée de la Recommandation 1
Remarque 2 : Il n'existe pas de réunions institutionnelles.		Recommandation 2 : La direction doit mettre en place des réunions institutionnelles. Il conviendra de rédiger un compte rendu écrit. Et installer une fréquence des réunions.	2 mois	[REDACTED]	Levée de la recommandation 2

Remarque 3 : Le RAMA transmis date de 2020, il serait utile de fournir celui de 2021.		Recommandation 3 : Communiquer le RAMA 2021	15 jours	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Levée de la recommandation 3
Remarque 4 : Diplôme de l'IDEC non transmis.		Recommandation 4 : Transmettre le diplôme de l'IDEC	15 jours	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Levée de la recommandation 4
Remarque 5 : La procédure de gestion des EI et EIG date de 2019.		Recommandation 5 : Veillez à actualiser la procédure de gestion des EI et EIG.	2 mois	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Maintien de la recommandation 5 jusqu'à la transmission de la procédure des gestions EI et EIG actualisés Délai : 2 mois
Remarque 6 : Absences de comptes rendus de RETEX, il n'existe pas de document permettant de constater la réalisation effective de RETEX.		Recommandation 6 : Mettre en place la procédure RETEX.	1 mois	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	Maintien de la recommandation 6 jusqu'à la transmission de la procédure RETEX. Délai : 1 mois

Remarque 7 : Le taux de turn over des personnels AS-AES-AMP est très élevé : 73,50%		Recommandation 7 : Il est utile de revoir cet indicateur, de le confirmer ou l'infirmier et de le transmettre à l'ARS.	15 jours	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	Levée de la recommandation 7
---	--	--	----------	---	------------------------------

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 Résidence Laëtitia	Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces
Adresse : Avenue Marcel Senty - 11110 COURSAN	Nom des personnes qualifiées : [REDACTED]
N° FINESS juridique : 110002805	[REDACTED]
N° FINESS géographique : 110002813	Nom de l'inspectrice : [REDACTED]
Organisme gestionnaire : SARL RESIDENCE LAETITIA	
Tél. : 04.68.46.63.00	
Mail direction et/ou directeur : residence.laetitia@gmail.com	

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	8
Qualité et Gestion des risques.....	9
II - RESSOURCES HUMAINES	10
Procédure d'accueil du nouvel arrivant.....	10
Effectifs dans l'ensemble de la structure.....	10
Effectifs spécifiques à l'UVP	11
Plan de formation interne, externe	11

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 RESIDENCE LAETICIA 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 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 22/11 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 Résidence Laetitia	
Statut juridique	Privé à but lucratif	
Option tarifaire	Global	
EHPAD avec ou sans PUI	SANS PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	62	62
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	0	0

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),	L'organigramme mentionne les liens hiérarchiques, fonctionnels et toutes les catégories de personnel.
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) Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	Ecart 1 : : Le directeur de l'EHPAD n'a pas transmis une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur		Il est constaté : - l'existence de la fiche de poste nominative et datée. - l'existence des missions du directeur et de la co-directrice. - l'existence de subdélégation de pouvoir du directeur à la co-directrice.
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	Ecart 2 : Une copie du DUD n'est pas transmise.
le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022		Le calendrier des astreintes n'est pas transmis. Remarque 1 : L'organisation de la permanence de direction n'est pas effective (ni formalisée ni diffusée).

Permanence de direction		Absence de permanence de direction.
Comité de direction		Remarque 2: Il n'existe pas de réunions institutionnelles.
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ? Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de réunions 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)	Projet d'établissement transmis, valable de 2015 à 2020.
Validité (max 5 ans)	L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	Ecart 3 : Le Projet d'Etablissement disponible au jour de l'inspection sur pièces n'est pas valide et contrevient à la réglementation en vigueur.
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 <i>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 4: La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas mise en place. Les bonnes pratiques de la HAS indiquent que la commission de coordination gériatrique doit se réunir au rythme d'un minimum de 2 fois par an.
Composition et modalités de fonctionnement du CVS (fréquence des réunions, contenu : OJ et CR, organisation) ? est-il opérationnel ?	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)	Existence d'un CVS : 2 réunions du CVS en 2022.

Composition du CVS	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)	La composition du CVS est conforme à la réglementation.
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	D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)	Ecart 5 : Le CVS ne se réunit pas trois fois par an, tel que prévu par la réglementation.
Compte-rendu des 3 derniers CVS	D. 311-3 à 32-1, CASF D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)	Seuls 2 comptes rendus du CVS en 2022 ont été transmis.
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	Le médecin coordonnateur possède un diplôme en [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
Fiche de poste Cf. 13. Fiche de Poste MEDEC	D312-158 du CASF D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO) HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Les missions générales du médecin coordonnateur sont annexées dans son contrat de travail.
ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	Le contrat de travail du médecin coordonnateur est de [REDACTED] h/mois, qui peut aller jusqu'à [REDACTED] heures maximum (soit environ [REDACTED] ETP) pour 62 places dans l'EHPAD. Cette quotité de travail est conforme au minimum réglementaire.
Date dernier RAMA établi ? Cf. 26 Refaire le lien avec le questionnaire envoyé	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	RAMA 2020 transmis. Remarque 3 : Le RAMA transmis date de 2020, il serait utile de fournir celui de 2021.

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	L'IDEC a bénéficié d'une formation spécifique : diplôme d'IDEC. Date de recrutement : XXXXXXXXXX
Qualification Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEC	HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019	Diplôme non transmis. Remarque 4 : Diplôme de l'IDEC non transmis.
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	Existence d'un plan d'action portant sur la maîtrise des risques et l'amélioration continue de la qualité des prises en charge et des prestations.
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)	- Constat de l'existence de fiche de déclaration d'événement indésirable ou indésirable grave. - Transmission d'une procédure de gestion des EI et EIG , en date de 2019. Remarque 5 : La procédure de gestion des EI et EIG date de 2019. Remarque 6 : Absences de comptes rendus de RETEX, il n'existe pas de document permettant de constater la réalisation effective de RETEX.
<i>A L'EXAMEN DES DOCUMENTS RECUS, la date, les motifs, l'analyse et les actions réalisées à la suite des EI sont-ils tracés ? Les incidents et accidents donnent-ils lieu à une analyse permettant de prévenir leur réapparition ?</i>		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>Existence d'une procédure d'accueil du nouvel arrivant.</p>
Effectifs dans l'ensemble de la structure	<p>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>	<p>Le tableau récapitulatif du personnel présent le jour de l'inspection est transmis.</p> <p>L'effectif présent total est de ■ ETP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - on constate au jour de l'inspection : la co-directrice, ■ médecin coordonateur, ■ secrétaire comptable, ■ psychologue et ■ aide-psychologue, ■ AS, ■ VAE faisant fonction, ■ agents d'entretien et plusieurs autres salariés. - taux absentéisme des IDE 0 % ; - taux de turn over des IDE 0% ; - taux d'absentéisme des AS-AES-AMP : 24,73 % - taux de turn over des personnels AS-AES-AMP : 73,50% ; <p>0 ETP IDE vacant, 4 ETP IDE diplômé le jour de l'inspection.</p> <p>Remarque 7 : Le taux de turn over des personnels AS-AES-AMP est fortement élevé. Il est nécessaire de le revoir cet indicateur, de le confirmer ou l'infirmier et de le transmettre à l'ARS.</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	Il n'existe pas d'UVP.
Plan de formation interne, externe	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	Plan de formation externe transmis. Il permet de constater de nombreuses formations externes sur les différentes thématiques liées à l'établissement et à la prise en charge des résidents.

Fait à Toulouse, le 20 janvier 2023

Signé