

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 « LA MADRAGUE » (09130)

*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_1
DOSSIER EHPAD LA MADRAGUE
TABLEAU DEFINITIF DE SYNTHESE DES MESURES CORRECTIVES
TABLEAU DES MESURES ET DES RECOMMANDATIONS RETENUES


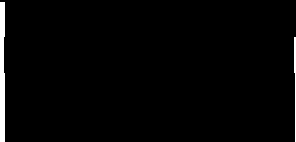
Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues

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
Ecart 1 : Au jour de la transmission des documents, l'établissement fonctionne sans projet d'établissement.	L.311-8, D311-38 et D312-155 du CASF	Prescription 1 : Réaliser et transmettre un projet d'établissement à jour et validé par les instances	6 mois	<div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div>	Prescription 1 maintenue Délai : 6 mois



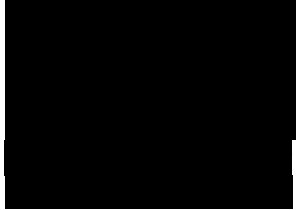
Ecart 2 : La commission de coordination gériatrique n'est pas installée.	D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an) Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles	Prescription 2 : Installer la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions réglementaires	3 mois	<div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div>	Prescription 2 levée
Ecart 3 : La qualification du médecin coordonnateur n'a pas été transmise.	D. 312-157[3] (diplôme MEDCO) HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005	Prescription 3 : Le gestionnaire doit transmettre la qualification du médecin coordonnateur lui permettant d'exercer au sein de l'établissement et ce conformément aux dispositions réglementaires.	Immédiat	<div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div> <div>[REDACTED]</div>	Prescription 3 levée

	<p>qualité et sécurité de la PEC: l'article L311-3 du CASF</p>	<p>tout le personnel de M-1 nuit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planning réalisé de tout le personnel de M-1 jour - Planning réalisé de tout le personnel de M-1 nuit <p>Planning effectif de tout le personnel au jour dit (0h à 24h).</p>		<div></div> <div></div>	<p>Prescription 8 maintenue et modifiée au vu des documents transmis: Prendre des mesures pour ne pas donner à des ASH la nuit, un statut qui n'existe pas et qui pourrait, par les missions exercées, être préjudiciable pour les agents eux-mêmes tout comme le gestionnaire et faire courir des risques aux patients.</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 : La distinction entre le personnel AS et AMP n'est pas précisée.		Recommandation1: différencier les catégories de personnel par fonctions.			Recommandation 1 maintenue concernant l'absence de distinction entre le personnel AS et AMP sur l'organigramme.
Remarque 2 : Le DUD transmis ne fait pas apparaître de délégation de signature .		Recommandation 2 : En sus des pouvoirs délégués, la directrice doit pouvoir			Recommandation 2 levée

		bénéficier d'une délégation de signature.			
Remarque 3 : La continuité de l'établissement est assurée par la directrice H24 et 365/365 j tant que la directrice n'est pas malade ou en congé.		Recommandation 3 : Prévoir une organisation de l'astreinte reposant sur plusieurs personnes de l'établissement. Transmettre la procédure ad hoc			Recommandation 3 maintenue

Remarque 4 : Les COPIL ne sont pas rédigés ni formalisés.		Recommandation 4 : Au vu des documents transmis, de l'absence de formalisation et des erreurs qui apparaissent (date), les réunions institutionnelles doivent être mieux préparées pour gagner en opérationnalité.			Recommandation 4 levée
Remarque 5 : Les comptes rendus de CVS sont aléatoirement signés.					Recommandation 5 levée
Remarque 6 : les réponses aux questions ne sont pas toujours apportées, même aux CVS suivants.					Recommandation 6 levée

Remarque 8 : L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation.		Recommandation 6 : L'établissement peut s'engager dans un plan de formation plus soutenu que ce qui est proposé actuellement aux salariés.			Recommandation 8 levée

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

Dénomination : EHPAD LA MADRAGUE
Adresse : 25 Lot Pleyche / 09130 Le Fossat
N° FINESS juridique : 090782798
N° FINESS géographique : 090782806
Organisme gestionnaire : SAS MEDICHARME
Tél. : [REDACTED]
Mail direction et/ou directeur : [REDACTED]
[REDACTED]

Equipe du contrôle sur pièces

Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces
Nom des personnes qualifiées : [REDACTED]
[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 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.....	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 LA MADRAGUE 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 (les) contrôleur(s) a (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 29 Novembre 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 LA MADRAGUE	
Statut juridique	Privé à but lucratif	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée : Non communiqué
HP	45	
HT	0	
PASA	0	
UHR	0	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : █████ Validée le 19/06/2019 PMP : █████ Validée le 05/06/2019	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100%	

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),	Remarque 1 : la distinction entre le personnel AS et AMP n'est pas précisée.

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	Au vu des documents transmis la directrice dispose des documents lui permettant d'occuper un poste de direction.
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur		La directrice de l'EHPAD dispose d'une fiche de poste. Le document est daté et signé. Il est constaté que le document ne fait pas apparaître un pouvoir de sanction de la directrice envers les salariés de l'établissement.

<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) 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)</p>	<p>Le document transmis fait apparaître des délégations de pouvoir mais aucune délégation de signature.</p> <p>Remarque 2 : Le DUD transmis ne fait pas apparaître de délégation de signature.</p>
<p>le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022</p>		<p>Une note de service (n°55) ayant pour objet la « permanence établissement » a été transmise. Le document est daté du 01/11/2022 et signé par la directrice.</p> <p>Il est signalé que dans le cadre des permanences sur l'établissement le week-end, nuits et jours fériés, la directrice était toujours joignable. A défaut (congé, maladie) le directeur régional prend le relai.</p> <p>Hormis cette note de service, il n'a pas été transmis de procédure ni de planning ce qui laisse à penser que la directrice assure seule la continuité de l'établissement H24 et 365/365 tant qu'elle n'est pas malade ou en congé.</p> <p>Le COPIL du 24/11/2022 signale une procédure. Celle-ci n'a pas été transmise.</p>

		Remarque 3 : La continuité de l'établissement est assurée par la directrice H24 et 365/365 j tant que la directrice n'est pas malade ou en congé.
Comité de direction		<p>Il a été transmis une prise de note sur cahier de ce qui semble être les COPIL de l'établissement. Cinq documents ont été transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15/11/2022 - 23/11/2022 - 24/11/2022 - 15/12/2022 - 22/11/2023 <p>Aucun compte-rendu formalisé des réunions institutionnelles n'a été transmis.</p>
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ? Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de institutionnelles ?		<p>Au vu des documents transmis, les réunions institutionnelles sont dénommées « COPIL ».</p> <p>Remarque 4 : Les COPIL ne sont pas rédigés ni formalisés.</p>
Fonctionnement institutionnel		
Le Projet d'établissement (PE)	<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>Le projet d'établissement transmis s'étale de 2016 à 2020. Il n'est plus valide.</p> <p>Le gestionnaire a transmis un power point « <i>Document de travail</i> » signalant a priori un projet d'établissement 2022 – 2027 en cours de rédaction.</p> <p>Il est constaté que l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n'a pas anticipé l'écriture du projet d'établissement à partir de 2020 - fonctionne à ce jour sans projet d'établissement. <p>Ecart 1 : au jour de la transmission des documents, l'établissement fonctionne sans projet d'établissement.</p>
Dernier rapport de la commission de coordination gériatrique chargée	D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)	Au jour de la transmission des documents la commission

d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement ? Cf. 26 <i>Cf. compte rendus de la commission gériatrique des 12 derniers mois</i>	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	de coordination gériatrique n'est pas installée Ecart 2 : La commission de coordination gériatrique n'est pas installée.
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)	Le gestionnaire a transmis quatre comptes rendus de CVS dont un pour l'année 2021 (21/02/2021) et trois comptes rendus pour l'année 2023 (28/07/2022 ; 28/10/2022 ; 16/12/2022).

<p>Organisation du CVS (Ordre du jour, relevé de conclusion, compte rendu, Fréquence des séances du CVS Compte-rendu des 3 derniers CVS</p>	<p>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)</p>	<p>Les comptes rendus de CVS transmis permettent de constater que le CVS fonctionne et que les usagers sont représentés ainsi que les familles et les salariés.</p> <p>Il est constaté que les compte rendus de CVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont aléatoirement signés - les réponses aux questions ne sont pas toujours apportées, même aux CVS suivants <p>Remarque 5 : Les comptes rendus de CVS sont aléatoirement signés.</p> <p>Remarque 6 : Les réponses aux questions ne sont pas toujours apportées, même aux CVS suivants.</p>
Médecin coordonnateur et IDEC		
<p>Qualification et diplôme (Spécialisation complémentaire de gériatrie) Cf. 2. Qualifications et diplôme du MEDCO</p>	<p>D. 312-157[3] (diplôme MEDCO) HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005</p>	<p>Le diplôme du MEDCO d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue n'a pas été communiqué et ne permet de vérifier la conformité à l'article D312-157 du CASF.</p> <p>Ecart 3 : La qualification du médecin coordonnateur n'a pas été transmise.</p>
<p>ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD</p>	<p>D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022</p>	<p>Les documents transmis permettent de constater que le temps du médecin coordonnateur recruté le 1^{er} octobre 2022 est ■■■ ETP. Le temps de travail du précédent médecin coordonnateur était de ■■■ ETP. Le gestionnaire a transmis un RAMA pour l'année 2021 (en attente de validation suite à difficultés de saisie depuis juillet 2022) qui précise un temps de médecin coordonnateur à hauteur de ■■ demi-journées.</p>
		<p>Ecart 4 : La quotité de temps de travail du médecin</p>

		<p>coordonnateur est inférieure à celle prévue réglementairement au moment de son recrutement en 2022 (0,25 ETP).</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>
<p>Date dernier RAMA établi ? Cf. 26 Refaire le lien avec le questionnaire envoyé</p>	<p>D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)</p>	<p>Le gestionnaire a transmis un RAMA pour l'année 2021 (en attente de validation suite à difficultés de saisie depuis juillet 2022)</p>
<p>IDEC : Qualifications, diplôme, fiche de poste et/ou lettre de mission ? Qualification Cf. 2. Qualifications et diplôme de l'IDEC</p>	<p>D. 312-155-0, II du CASF à vérifier HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019</p>	<p>L'IDEC dispose d'un certificat de [REDACTED] [REDACTED] (20 septembre 2021). Le document a été transmis.</p>
Qualité et Gestion des risques		
<p>Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité</p>	<p>Articles D312-203, L331-8-1 et art D312-158-10° CASF</p>	<p>Le gestionnaire a transmis un plan d'action. Le document est non exhaustif car il débute à l'action n°53. Il précise l'état de l'action, l'objectif principal, l'objectif opérationnel, le niveau d'urgence, le délai et identifie le/la responsable.</p> <p>Le document ne précise pas toutefois pas l'évènement qui a généré l'action, le nom de la formation ni le personnel identifié pour être formé.</p>

<p>Protocole de signalement des événements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives Cf. 33</p> <p>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</p> <p>Cf. Récapitulatif des événements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?</p>	<p>L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)</p>	<p>Le gestionnaire n'a pas transmis de registre ou listes des fiches d'événements indésirables et dysfonctionnements et de leur traitement depuis 2020 à aujourd'hui.</p> <p>L'établissement dispose d'une procédure mise en application le 01/10/2022. Le document transmis n'indique pas comment s'organise la gestion des suites des événements indésirables, et notamment l'analyse, auprès des personnels concernés. De plus, le document n'indique pas la mise en œuvre systématique d'un plan d'actions préventives et correctives suite à un EIG.</p> <p>Enfin, la procédure n'identifie pas la nécessaire déclaration aux autorités en cas d'EIG.</p> <p>Ecart 5 : L'établissement dispose d'une procédure incomplète</p>
---	--	--

II - RESSOURCES HUMAINES

<p>Procédure d'accueil du nouvel arrivant</p>	<p>HAS 2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance 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>La procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant n'a pas été communiquée.</p> <p>Remarque 7 : La procédure d'accueil du nouveau personnel arrivant n'a pas été communiquée</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	Le gestionnaire n'a pas transmis les documents demandés. En conséquence la mission n'est pas en mesure de vérifier l'existence et la composition de l'effectif de l'établissement, notamment de l'équipe pluridisciplinaire réglementairement prévue. Ecart 6 : Le gestionnaire n'a pas transmis les informations permettant de vérifier l'existence d'une équipe pluridisciplinaire et sa composition conformément aux dispositions réglementaires
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	Au jour de la transmission des documents, l'établissement ne comptait pas d'unité de vie protégée (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	Le gestionnaire a transmis une liste de 23 thèmes avec les formateurs internes à l'établissement. En 2021, le document ne fait apparaître qu'une seule formation « Bientraitance : Procédure signalement maltraitance » et « traçabilité Titan : chutes » en mars 2022. Il n'a pas été transmis de plan de formation pour 2023. Au vu des documents transmis, la mission constate que la formation professionnelle des salariés n'est pas une priorité de l'établissement. Remarque 8 : L'établissement ne dispose pas d'un plan de formation

Fait à Toulouse, le 20/01/2023

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale