

RAPPORT EHPAD DE VIC-FEZENSAC- 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 de Vic-Fezensac	Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces
Adresse : : Chemin des Pouzouères 32190 Vic-Fezensac	Nom des personnes qualifiées : [REDACTED]
N° FINESS juridique : 320780216	[REDACTED]
N° FINESS géographique : 320783194	Nom de l'inspecteur : [REDACTED]
Organisme gestionnaire : Centre hospitalier de Vic-Fezensac	
Tél. : 05 62 64 49 00	
Mail direction et/ou directeur : contact@hopital-vicfezensac.fr	

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	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 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 de VIC-FEZENSAC 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 12/12/2022, 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 de Vic-Fezensac	
Statut juridique	EPS	
Option tarifaire	Global	
EHPAD avec ou sans PUI	sans Pui depuis le 1/07/2022 (PUI commune avec le CH Auch)	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	96	96
HT	3	3
PASA	14	
UHR	0	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : PMP : 	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	100%	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
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),	Existence de l'organigramme. Les liens hiérarchiques et fonctionnels sont visibles et compréhensibles.
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)	La directrice est titulaire d'un [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	Existence de la fiche de poste / lettre de mission nominative et datée ;
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	Il existe une délégation de signature de la directrice du CH AUCH à la directrice déléguée ordonnatrice pour le site de VIC-FEZENSAC. Ce document est signé le 03/01/2022. Il annule la décision numéro 2021-22 du 1 er janvier 2022.
le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022		L'établissement a transmis le calendrier des astreintes de toute l'année 2022, faisant apparaître 9 participants différents dont la directrice.
Comité de direction		
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ?		L'établissement a transmis les documents demandés et permettant d'attester : -l'existence de réunion de comité de direction(minimum 3 codir par an)

Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de institutionnelles ?		- l'existence de comptes rendus du comité de direction ;
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 gestionnaire déclare l'existence d'un projet d'établissement valable jusqu'en 2026 sans toutefois transmettre le document probant demandé. Ecart 1 : Absence de document présentant le projet d'établissement.
Validité (max 5 ans)	L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	Voir Ecart 1 supra
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-rendus 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	L'établissement a répondu qu'il existait une Commission de Coordination Gériatrique au sein de son établissement mais non active depuis 2020. Ecart 2 : Commission de Coordination Gériatrique non active.
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)	La mission constate : - L'existence d'un CVS constitué et actif . - L'existence et la communication des 3 derniers comptes rendus du CVS sur l'année 2022. -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)	La mission constate que des sujets comme l'activité de l'EHPAD, l'état financier, le bilan des expressions des usagers, les animations prévues, le projet d'établissement et de nombreux sujets y sont abordés.
Fréquence des séances du CVS	D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)	La mission constate la bonne fréquence des réunions de CSV (3 fois par an).
Compte-rendu des 3 derniers CVS	D. 311-3 à 32-1, CASF D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)	Les 3 comptes rendus de l'année 2022 ne sont pas signés par la présidence du CVS ni aucun autre signataire. Remarque 1 : Absence de signature de la présidence du CVS sur les comptes rendus.
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	Ce médecin salarié possède une [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	Le tableau du personnel rémunéré le jour du contrôle transmis par le gestionnaire fait état d'un MEDEC employé à [REDACTED] ETP pour l'année 2022. Ce temps de travail n'atteint pas le minimum réglementaire (0,50, ETP jusqu'au 31/12/2022). Ecart 3 : Non-conformité du temps de travail de médecin coordonnateur.
Date dernier RAMA établi ? Cf. 26 Refaire le lien avec le questionnaire envoyé	D312-155-3 alinéa 9 (Mission MEDEC-RAMA)	La mission constate l'existence du dernier rapport d'activité médicale annuel (RAMA), celui portant sur l'année 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 HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 HAS, 2011[5] Articles R. 4311-118 et R. 4311-319 du CSP	L'établissement déclare que l'IDEC a reçu une formation « [REDACTED] ». <p>Remarque 2 : Diplôme de l'IDEC non transmis.</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	La mission constate : - l'existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
Protocole de signalement des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives Cf. 33 Cf. Registre ou liste des fiches d'évènements indésirables et dysfonctionnements enregistrés/pris en compte en interne et de leur traitement 2021 ? Cf. 30 Cf. 31 Cf. Récapitulatif des évènements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?	Article L331-8-1 CASF Article R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)	La mission constate : - l'existence d'une procédure de gestion des EI & EIG - l'existence de fiche de déclaration d'évènement indésirable ou indésirable grave - l'absence de comptes rendus de RETEX. <p>Remarque 3 : Il n'existe pas de document permettant de constater la réalisation effective de RETEX. Par ailleurs il n'y a pas de document ou tableau de suivi des EI permettant la traçabilité de leur traitement.</p>

II - RESSOURCES HUMAINES

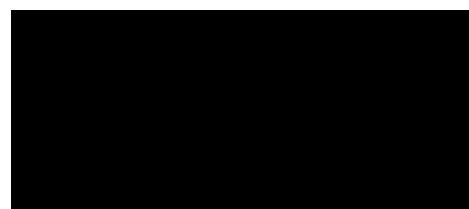
Procédure d'accueil du nouvel arrivant	HAS 2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance HAS 2008, p19 Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées et le traitement de la maltraitance	Le gestionnaire a transmis une procédure de recrutement d'un nouveau salarié.
--	---	---

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 L4394-1 du CSP pour l'usage sans droit de la qualité d'aide-soignant</p>	<p>Le tableau récapitulatif du personnel transmis à la mission concerne l'effectif salarié et présent au 16 décembre 2022.</p> <p>L'effectif rémunéré le jour de l'inspection est de ■■■ ETP.</p> <p>La mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'existence d'un planning ; -1 médecin coordonnateur - 1 IDEC, ■ IDE - ■ personnels de rééducation - ■ psychologue, ■ ergothérapeute - ■ personnels administratifs ; - ■ AS, ■ ASH et plusieurs autres soignants et personnels. -taux d'absentéisme des IDE de 16% sur l'année 2022 ; -taux d'absentéisme des AS - AES-AMP de 6 % sur l'année 2022 ; -taux de turnover des IDE : 7,14% sur l'année 2022 ; -taux de turn over des AS-AES-AMP de 10 ,50% sur 2022 ; <p>On constate la pluridisciplinarité de l'équipe.</p>
Effectifs spécifiques à l'UVP	<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>La mission constate le jour de l'inspection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ■ AS AMP ASG - ■ ASH FF AS -le psychologue et l'ergothérapeute interviennent dans l'UVP.

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>Un plan de formation de 2020 et 2021 est transmis. La mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des formations externes sur les différentes thématiques liées à l'établissement et à la prise en charge des résidents. • Le thème de la maltraitance est abordé.
------------------------------------	---	---

Fait à Toulouse, le 08/02/2023

L'inspecteur ICARS



Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau de synthèse des écarts et remarques Contrôle sur pièces de l'EHPAD VIC-FEZENSAC (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.*

Ecart	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription-Recommandation)	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 des autorités
Ecart 1 : Absence de document présentant le projet d'établissement.	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)	Prescription 1 : Transmettre à l'ARS le document projet d'établissement valide.	1 mois	[REDACTED]	Prescription levée.
Ecart 2 : Commission de Coordination Gériatrique non active.	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 : Rendre active la Commission de Coordination Gériatrique et faire des comptes rendus de réunions.	2 mois	[REDACTED]	Prescription maintenue.
Ecart 3 : Non-conformité du temps de travail de médecin coordonnateur.	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	Prescription 3 : Compléter le temps de travail de médecin coordonnateur jusqu'à atteindre, au moins, le minimum réglementaire.	2 mois	[REDACTED]	Prescription levée.

				██████████ ██████	
--	--	--	--	----------------------	--

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	Décision des autorités
Remarque 1 : Absence de signature de la présidence du CVS sur les comptes rendus.		Recommandation 1 : Transmettre à l'ARS le compte rendu signé par la présidence du CVS de la prochaine réunion.	Prochaine réunion		Recommandation maintenue.
Remarque 2 : Diplôme de l'IDEC non transmis.		Recommandation 2 : Transmettre le diplôme de l'IDEC délivré par le █████	15 jours	██████████	Recommandation levée.
Remarque 3 : Il n'existe pas de document permettant de constater la réalisation effective de RETEX. Par ailleurs il n'y a pas de document ou tableau de suivi des EI permettant la traçabilité de leur traitement.		Recommandation 3 : Transmettre les preuves de la mise en place du RETEX ou CREX.	2 mois	██████████	Recommandation levée.