

## **RAPPORT EHPAD LE TANE (32) - CONTRÔLE SUR PIÈCES**

**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)**

<b>Structure</b>  Dénomination : EHPAD LE TANE  Adresse : RTE DE TANE 32700 LECTOURE  N° FINESS juridique : 320004310  N° FINESS géographique : 320782972  Organisme gestionnaire : EPS DE LOMAGNE  Tél. : 05 62 64 20 00  Mail direction et/ou directeur : direction@epsломagne.fr	<b>Equipe du contrôle sur pièces</b>  Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces  Nom des personnes qualifiées : [REDACTED]  Nom de l'inspectrice : [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 .....	6
Direction .....	6
Fonctionnement institutionnel .....	7
Médecin coordonnateur et IDEC.....	8
Qualité et Gestion des risques .....	8
II - RESSOURCES HUMAINES.....	9
Procédure d'accueil du nouvel arrivant .....	9
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 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 LE TANE (32) 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 20/01/2023, 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 :

<b>Nom de l'EHPAD</b>	EHPAD LE TANE	
<b>Statut juridique</b>	ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER	
<b>Option tarifaire</b>	GLOBAL	
<b>EHPAD avec ou sans PUI</b>	AVEC PUI	
<b>Capacité autorisée et installée</b>	Autorisée :	Installée :
HP	159	159
HT	9	9
PASA		
UHR		
<b>Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP)</b> <b>Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)</b>	GMP :  PMP : 	
<b>Nombre de places habilitées à l'aide sociale</b>	159	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecarts et Remarques
<b>I - GOUVERNANCE</b>		
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'établissement a transmis l'organigramme.
Qualification et diplôme du directeur <i>Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD</i>	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)	L'établissement a transmis l'arrêté de nomination du directeur par le CNG en date du [REDACTED].
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	Circulaire DGAS/ATTS/4D n°2007-179 du 30/04/2007	L'établissement déclare que le directeur ne possède pas d'une fiche de poste/ou d'une lettre de mission. <b>Remarque 1 :</b> Absence de la fiche de poste du directeur.
<b>DUD :</b> 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)	L'établissement a transmis la décision portant délégation de signature en date du 16/08/2022.
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 du mois de janvier 2023, faisant apparaître 8 participants différents dont le directeur adjoint.
<b>Comité de direction</b>		
Nature des réunions institutionnelles (CODIR) <i>Cf. Liste des réunions institutionnelles ?</i> <i>Cf. compte rendu des 2</i>		L'établissement a transmis les documents demandés et permettant d'attester : -l'existence de réunion de comité de direction(2 réunions en 2022 )

dernières réunions de institutionnelles ?		- l'existence de comptes rendus du comité de direction ;
Fonctionnement institutionnel		
<b>Le Projet d'établissement (PE)</b>	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)	L'établissement n'a pas transmis le projet d'établissement.  <b>Ecart 1:</b> 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 <b>commission de coordination gériatrique</b> 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>	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 que la Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active.  <b>Ecart 2:</b> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active.
<b>Composition et modalités de fonctionnement du CVS</b> (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 et la communication d'un compte rendu du CVS en avril 2019. - 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 le compte financier 2018, le budget prévisionnel et tarifs 2019, la qualité des prestations, restauration, animations et lingeries et de nombreux sujets y sont abordés.

Fréquence des séances du CVS	D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)	Au vu des documents le CVS ne s'est pas réuni en 2022. <b>Ecart 3 :</b> Le CVS ne se réunit pas 3 fois par an au minimum.
Compte-rendu des 3 derniers CVS	D. 311-3 à 32-1, CASF D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)	Idem observations supra
Médecin coordonnateur et IDEC		
<b>Qualification et diplôme</b> (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	Le diplôme du MEDEC (spécialisation complémentaire de gériatrie) n'est pas transmis. Cependant le contrat de travail mentionne l'engagement dans une démarche de formation qualifiante. <b>Ecart 4 :</b> Absence du diplôme (spécialisation en gériatrie) du MEDEC.
<b>ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD</b>	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	L'établissement précise une quotité de temps de travail à hauteur de [REDACTED] ETP. Ce temps de travail n'atteint pas le minimum réglementaire ([REDACTED] ETP jusqu'au 31/12/2022 puis à [REDACTED] ETP à partir du 01/01/2023). <b>Ecart 5 :</b> Non-conformité du temps de travail du 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 RAMA 2021.
<b>IDEC</b> : 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 n'a pas reçu une formation particulière avant d'accéder à ce poste. <b>Remarque 2 :</b> Le diplôme de l'infirmier n'est pas transmis.
Qualité et Gestion des risques		
<b>Existence d'actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité</b>	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 car

		I l'établissement a transmis un PAQ 2019-2024.
<p>Protocole de <b>signalement des évènements indésirables</b> 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</p> <p>Cf. 31</p> <p>Cf. Récapitulatif des évènements indésirables et dysfonctionnements graves déclarés 2021 en précisant : date, motifs, analyse et actions réalisées au décours ?</p>	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)	<p>La mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'existence d'une procédure de gestion des EI &amp; EIG en date de janvier 2023.</li> <li>-l'absence de comptes rendus de RETEX.</li> </ul> <p><b>Remarque 3:</b> 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 d'accueil ainsi qu'un livret d'accueil.
--	---	--

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 présent au 12 janvier 2023.</p> <p>La mission constate le jour de l'inspection:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'existence d'un planning ;</li> <li>-le directeur de l'établissement et le directeur adjoint;</li> <li>-■ Aides-soignantes, ■Aide médico-éducatifs ;</li> <li>-■ infirmiers ;</li> <li>-des personnels administratifs et logistiques et plusieurs autres soignants et personnels.</li> <li>-taux d'absentéisme des IDE de 69,3% sur l'année 2022 ;</li> <li>-taux d'absentéisme des AS -AES-AMP de 13 % sur l'année 2022 ;</li> <li>-taux de turnover des IDE : 28,57% sur l'année 2022 ;</li> <li>-taux de turn over des AS-AES-AMP de 28,12% sur 2022 ;</li> </ul> <p>On constate la pluridisciplinarité de l'équipe.</p> <p>Par ailleurs l'établissement déclare ■ ETP faisant fonction d'AS.</p> <p><b>Ecart 6 :</b> Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, ce personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.</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	<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 2021, 2022 est transmis. La mission constate :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des formations externes sur les différentes thématiques liées à l'établissement et à la prise en charge des résidents.</li> <li>• Le thème de la maltraitance est abordé.</li> </ul>

Fait à Toulouse, le 22 février 2023

L'inspectrice ARS

**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 « LE TANE » (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.*

**Tableau définitif de synthèse des mesures correctives retenues**

<b>Ecart(s)</b>	<b>Référence réglementaire</b>	<b>Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription-Recommandation)</b>	<b>Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire</b>	<b>Réponse de l'établissement</b>	<b>Décision du Directeur Général de l'ARS</b>
<b>Ecart 1:</b> 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)	<b>Prescription 1 :</b> Transmettre à l'ARS le projet d'établissement.	6 mois		L'établissement n'ayant apporté aucun commentaire, <b>la prescription est maintenue.</b>  Délai : 6 mois
<b>Ecart 2:</b> La Commission de Coordination Gériatrique n'est pas active.	D312-158, 3° CASF [1] (MEDEC préside la commission réunie au moins 1x/an)  Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la	<b>Prescription 2 :</b> Le médecin coordonnateur doit réunir, au minimum une fois par an, la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et	6 mois		L'établissement n'ayant apporté aucun commentaire, <b>la prescription est maintenue.</b>  Délai : 6 mois

	commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles	libéraux au sein de l'établissement.			
<b>Ecart 3 :</b> Le CVS ne se réunit pas 3 fois par an au minimum.	D311-16 CASF (au moins 3 CVS/an)	<b>Prescription 3 :</b> Réaliser de nouvelles élections du CVS en respectant la composition réglementaire. Transmettre le PV suite aux nouvelles élections.	Au prochain CVS		L'établissement n'ayant apporté aucun commentaire, <b>la prescription est maintenue.</b>  Délai : Prochain CVS
<b>Ecart 4 :</b> Absence du diplôme (spécialisation en gériatrie) du MEDEC.	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	<b>Prescription 4 :</b> A l'issue de la formation, transmettre le document attestant que le MEDCO de l'EHPAD LE TANE est titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, ou d'un diplôme d'études spécialisées de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur	Fin de formation		L'établissement n'ayant apporté aucun commentaire, <b>la prescription est maintenue.</b>  Délai : fin de formation

		d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue conformément à l'article D312-157 du CASF.			
<b>Ecart 5 :</b> Non-conformité du temps de travail du médecin coordonnateur.	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	<b>Prescription 5 :</b> Compléter le temps de travail du médecin coordonnateur jusqu'à atteindre, au moins le minimum réglementaire.	3 mois		L'établissement n'ayant apporté aucun commentaire, la <b>prescription est maintenue.</b>  Délai : 3 mois
<b>Ecart 6 :</b> Les conditions de collaboration sont règlementées et limitées aux professionnels cités dans le code de la santé publique : Aides-soignants et Auxiliaires Médico-Psychologiques. De ce fait, ce personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.	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	<b>Prescription 6 :</b> Prendre toutes les actions nécessaires pour éviter les glissements de tâches en employant uniquement des personnels qualifiés pour les postes d'AS et procéder à la formation diplômante du personnel faisant fonction.	3 mois		L'établissement n'ayant apporté aucun commentaire, la <b>prescription est maintenue.</b>  Délai : 3 mois

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (3)	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	Recommandation retenue par le Directeur Général de l'ARS
<b>Remarque 1 :</b> Absence de la fiche de poste du directeur.		<b>Recommandation 1 :</b> Transmettre à l'ARS la fiche de poste du directeur.	1 mois		L'établissement ayant transmis la fiche de poste du directeur, la <b>recommandation est levée</b> .
<b>Remarque 2 :</b> Le diplôme de l'infirmier n'est pas transmis.		<b>Recommandation 2 :</b> Transmettre à l'ARS le diplôme d'infirmier (effet immédiat) et engager l'IDEC à suivre une formation d'encadrement.	6 mois		<b>Recommandation partiellement levée :</b> L'établissement a transmis le diplôme de l'infirmière, cependant l'établissement n'a pas fourni de document permettant d'attester l'engagement de l'IDEC en formation d'encadrement. Délai : 6 mois

					Recommandation levée
<p><b>Remarque 3 :</b> 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>		<p><b>Recommandation 3 :</b> Transmettre les documents permettant d'attester de la mise en place de RETEX.</p>	1 mois	[REDACTED]	