



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 PINS VERTS » (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.

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives

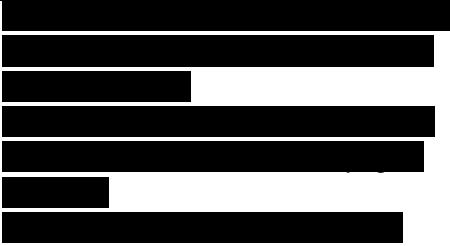
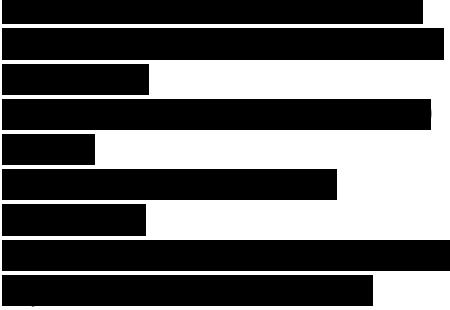
Ecart	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue (Injonction-Prescription-)	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Décision du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : La commission de coordination gériatrique n'est pas activée	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 1 : Activer la commission de coordination gériatrique conformément aux dispositions réglementaires	3 mois	[REDACTED]	Maintien de la prescription 1 : Transmettre le Compte rendu de la première réunion de la CCG. Délai : 6 mois

Ecart 2 : L'établissement ne compte pas de médecin coordonnateur dans son effectif	D. 312-156 et suivants HAS, 2012[4] Arrêté du 16 août 2005	Prescription 2 : L'établissement doit procéder au recrutement d'un médecin coordonnateur conformément aux dispositions réglementaires	3 mois	[REDACTED]	Maintien de la prescription 2 : Le MEDEC recruté travaillera pour un quota minimum de 0.60 ETP (car 82 places). Délai : 3 mois
Ecart 3 : La procédure de gestion des signalements EIG et EIGS doit mettre plus en avant le signalement aux autorités.	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)	Prescription 3 : L'établissement doit établir une procédure de signalement et de gestion des EIG et EIGS mettant plus en avant le signalement <u>sans délai</u> aux autorités, dont le Conseil départemental.	Immédiat	[REDACTED]	Levée de la prescription 3.
Ecart 3 : La procédure de gestion des signalements EIG et EIGS doit mettre plus en avant le signalement aux autorités.	L331-8-1 CASF R331-8 & 9 CASF Arrêté du 28/12/2016 Articles R. 1413-59 R. 1413-79 du CSP (EIGS)	Prescription 3 : L'établissement doit établir une procédure de signalement et de gestion des EIG et EIGS mettant plus en avant le signalement <u>sans délai</u> aux autorités, dont le Conseil départemental.	Immédiat	[REDACTED]	Levée de la prescription 3.

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 : Le projet d'établissement ne mentionne pas la présentation devant les instances de l'établissement dont le CVS	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) L311-8 du CASF (validité PE max : 5 ans)	Recommandation 1 : Le gestionnaire doit signaler le passage du projet d'établissement devant les instances dont le CVS	1 mois	 	Levée de la recommandation 1.

Remarque 2 : Les noms et fonctions des personnes aux CVS n'apparaissent pas	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 à 6 CASF (nombre et répartition des membres du CVS , répartition membres du CVS Résident/famille>à la moitié du nombre total des membres) D311-8 à 9CASF (durée 1 à 3 as , président du CVS et directeur) D311-13 CASF (représentation des organisations syndicale)	Recommandation 2 : Afin de gagner en clarté, les noms et fonctions des personnes aux CVS ainsi que les représentants peuvent apparaître.			Levée de la recommandation 2.
Remarque 3 : La fiche de poste de médecin coordonnateur n'a pas été transmise.	D312-158 du CASF D. 312-159-1 du CASF (contrat MEDCO) HAS, « Plan personnalisé de coordination en santé », 2019 D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	Recommandation 3 : L'établissement doit établir une fiche de poste pour le médecin coordonnateur .	1 mois		Maintien de la recommandation 3 : Suite à l'Arrivée du MEDEC, fournir une fiche de poste de celui-ci. Délai :1 mois .

Remarque 4 : Les documents transmis ne permettent pas d'identifier le personnel dédié pour 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.	Recommandation 4 : Transmettre l'organisation en termes d'effectif pour l'UVP jour/nuit	1 mois		Levée de la recommandation 4 :
Remarque 5 : Au regard des plans de formation communiqués, des formations dédiées à la prévention de la maltraitance n'ont pas été mises en place	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 5 : Prévoir et mettre en place des actions de formations « Prévention de la maltraitance et lutte contre la maltraitance » à destination de l'ensemble du personnel de l'établissement	6 mois		Levée de la recommandation 5 :

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 : Adresse : 11100 NARBONNE N° FINESS juridique : N° FINESS géographique : Organisme gestionnaire : Tél. : Mail direction et/ou directeur : korian.lespinsverts@korian.fr [REDACTED]@korian.fr	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'apprecier au cas par cas si certaines 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	10
II - RESSOURCES HUMAINES	12
Procédure d'accueil du nouvel arrivant	12
Effectifs dans l'ensemble de la structure	13
Effectifs spécifiques à l'UVP	13
Plan de formation interne, externe	13

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 PINS VERTS 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.**

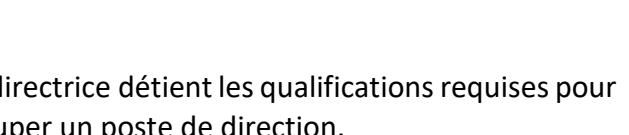
Le contrôle sur pièce s'est déroulé les **22/11/2022** (date d'ouverture de l'espace de dépôt de Collecte Pro), dans un cadre méthodologique fixé au préalable en respect des bonnes pratiques définies au niveau national. L'équipe a exclusivement réalisé des contrôles documentaires,

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 PINS VERTS	
Statut juridique	Privé à but lucratif	
Option tarifaire	Tarif Globale	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée	Installée
HP	82	82
HT	3	3
PASA	0	
UHR	0	
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP : [REDACTED] ([REDACTED] dans le RAMA 2021) PMP : [REDACTED] ([REDACTED] dans le RAMA 2021)	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale		

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 a été transmis. Il n'amène pas de commentaires particuliers.

<p>Qualification et diplôme du directeur Cf. 2. Qualifications et diplôme du directeur de l'EHPAD</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>Le gestionnaire a transmis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fiche de fonction de directeur d'établissement. Le document est signé. Les parties signataires ne sont pas identifiées. Le document n'est pas daté. - Un avenant au contrat de travail en date du 1^{er} décembre 2020. Le document est signé par les deux parties identifiées <p>- les qualification de la directrice :</p> 
<p>Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur</p>		 <p>La directrice détient les qualifications requises pour occuper un poste de direction.</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) 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 DUD a été transmis.</p> <p>La directrice bénéficie d'une délégation de pouvoirs et de signature de [REDACTED], Directrice régionale Occitanie.</p> <p>Le document, valable pour cinq années, est daté (1^{er} février 2022) et signé par les deux parties identifiées.</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>Le gestionnaire a transmis un document « Permanence Direction et responsabilité ».</p> <p>En cas d'absence de la direction, le document précise nominativement la présence du directeur Korian de permanence avec un n° de téléphone.</p> <p>En cas de difficulté pour joindre ce dernier, le contact de la directrice régionale est signalé.</p>
<p>le calendrier des astreintes du semestre 2022 est-il fixé ? Calendrier des astreintes du 1er semestre 2022</p>		<p>Il apparaît aussi dans le document un n° « Relais téléphonique établissement » identifiant six personnes avec les numéros de téléphones portables joignables au sein de l'établissement.</p> <p>Un calendrier prévisionnel des astreintes année jusqu'à décembre 2022.</p> <p>Le calendrier prévisionnel 2023 n'a pas été transmis.</p>
<p>Comité de direction</p>		<p>Le gestionnaire a transmis trois comptes rendus de CODIR (08/11/2022, 15/11/2022, 22/11/2022)</p> <p>Les réunions CODIR ont lieu tous les Mardi à partir</p>

		<p>de 14h.</p> <p>Les documents n'appellent pas de commentaires particuliers.</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 2022 -2026 a été transmis.</p> <p>Le document fait état de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du projet de soins qui organise la prise en charge en soins (résidents et médicaments) et comporte : état des lieux de la structure, population accueillie, personnel soignant / ressources humaine, matériels Médical, outils de travail utilisés notamment SI, place des libéraux, pharmacie, réseau gérontologique, offre de soins, déroulement du séjour d'un résident, procédure, formation et évaluation projet de soins ; - de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'établissement notamment en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle ; <p>Le document ne mentionne pas la présentation aux instances de l'établissement dont le CVS.</p> <p>Remarque 1 :</p> <p>Le projet d'établissement ne mentionne pas la présentation devant les instances de l'établissement dont le CVS</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>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-</p>	<p>Le gestionnaire a transmis deux documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une feuille d'émargement de la réunion du 29/11/2018 - Un document signalé comme un compte rendu de la réunion du 17/06/2021 mais qui ne fait pas apparaître les échanges ni les décisions prises. Ce document ne peut être considéré que comme un ordre du jour.

	158 du code de l'action sociale et des familles	<p>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.</p> <p>Au vu des informations transmises, il est constaté que la commission de coordination n'est pas activée.</p> <p>Ecart1 :</p> <p>La commission de coordination gériatrique n'est pas activée.</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) D. 311-3 à 32-1 CASF (CVS) D311-15 CASF (CVS conseil et fait des propositions)</p>	<p>Le gestionnaire a transmis trois comptes rendus de CVS (dates). Les documents indiquent que le CVS est installé et qu'il fonctionne ;</p> <p>Les documents n'indiquent pas les qualifications et noms des personnes présentes ainsi que le nombre des représentants. Il est toutefois signalé une feuille d'émargement mais qui n'a pas été transmise</p> <p>Remarque 2 :</p> <p>Les noms et fonctions des personnes aux CVS n'apparaissent pas</p>
<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>Le compte rendu du CVS du 22/06/2022 signale l'élection de la Présidente</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	<p>Le gestionnaire signale que le médecin coordonnateur est en cours de recrutement.</p> <p>Un médecin coordonnateur est parti le 17/12/2021.</p> <p>Le gestionnaire déclare avoir recruté un médecin coordonnateur pendant neuf mois, de décembre 2021 à août 2022. Aucun document n'a été transmis permettant de corroborer cette information.</p> <p>Au vu du questionnaire « gouvernance » transmis, la carence de médecin coordonnateur est actuellement de 5 mois.</p> <p>Ecart 2 :</p> <p>L'établissement ne compte pas de médecin coordonnateur dans son effectif</p>
ETP MEDEC conforme avec la capacité de l'EHPAD	D. 312-156 (ETP MEDCO) Dernier texte ETP MEDCO : décret 27 avril 2022	<p>Le RAMA 2021 fait état de █ ETP de médecin coordonnateur.</p> <p>Toutefois, compte tenu de la carence médicale signalée, l'ETP de médecin coordonnateur n'est pas valide.</p> <p>Pour rappel, la réglementation a évolué concernant la quotité de temps de travail des médecins coordonnateurs en EHPAD avec effet 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)	RAMA 2021 a été transmis
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	<p>Remarque 3 :</p> <p>La fiche de poste de médecin coordonnateur n'a pas été transmise</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	Le gestionnaire a transmis des documents permettant d'assurer la gestion du plan d'amélioration continue de la qualité.

		<ul style="list-style-type: none"> - Constat de l'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 ; - Constat de l'existence de comptes rendus de RETEX ; - Existence d'un rapport annuel d'activité Une procédure de EIG et EIGAS a été transmise.
<p>Protocole de signalement des évènements 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 ?</p> <p>Cf. 30</p> <p>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>	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 différents documents relatifs aux procédures EI/EIG dont les signalements.</p> <p>Dans le cadre des EIG et EIGS, le signalement à l'ARS est identifié après toutes les informations en interne, donc trop tard. De plus, les documents transmis ne précisent pas comment signaler aux autorités.</p> <p>Enfin, il n'est pas prévu de signalement au Conseil départemental (CD).</p> <p>Ecart 3 :</p> <p>La procédure de gestion des signalements EIG et EIGS doit mettre plus en avant le signalement aux autorités</p>

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 procédure d'accueil du nouvel arrivant.</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>Le gestionnaire signale avoir mis en place une procédure interne d'accueil aux nouveaux salariés.</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 a transmis des informations (Organigramme et planning) permettant d'identifier une équipe pluridisciplinaire. Il est toutefois rappelé la carence de médecin coordonnateur à ce jour.
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>L'établissement compte une unité de vie protégée (UVP) de 13 places.</p> <p>Les documents des plannings de nuit ont été transmis mais les documents sont peu exploitables car légende.</p> <p>Les plannings spécifiques pour UVP, et notamment la nuit, n'ont pas été transmis.</p> <p>Remarque 4 :</p> <p>Les documents transmis ne permettent pas d'identifier le personnel dédié pour l'UVP</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 différents documents permettant d'identifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des plans de formation (interne et externe réalisé) dont ceux relatifs à l'UVP ; - le nombre de participants au regard du nombre de personnels (feuille d'émargement) ; <p>Au regard des plans de formation communiqués, des formations dédiées à la prévention de la maltraitance n'ont pas été mises en place.</p> <p>Remarque 5 :</p> <p>Au regard des plans de formation communiqués, des formations dédiées à la prévention de la maltraitance n'ont pas été mises en place</p>

Fait à Toulouse, le 20/01/2023

[REDACTED]

Signé
Inspecteur de l'action sanitaire et sociale