

RAPPORT EHPAD ARC EN CIEL (46)

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 ARC EN CIEL	Pour l'ARS : Equipe régionale contrôle sur pièces
Adresse : LOT LA VAYSSE ; 46250 CAZALS	Nom de la personne qualifiée : [REDACTED]
N° FINESS juridique : 460000185	[REDACTED]
N° FINESS géographique : 460785926	Nom de l'inspectrice : [REDACTED]
Organisme gestionnaire : EHPAD LA MAISON DE MELANIE	
Tél. : 05 65 22 88 17	
Mail direction et/ou directeur : direction2@ehpad46.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.....	11
Effectifs dans l'ensemble de la structure	11
Effectifs spécifiques à l'UVP	11
Plan de formation interne, externe	2

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 ARC-EN-CIEL 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 19 Janvier 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 :

Nom de l'EHPAD	ARC EN CIEL	
Statut juridique	Autonome Intercommunal	
Option tarifaire	Partiel	
EHPAD avec ou sans PUI	Sans PUI	
Capacité autorisée et installée	Autorisée :	Installée :
HP	40	
HT		
PASA		
UHR		
Groupe Iso ressources Moyen Pondéré (GMP) Et Pathos Moyen Pondéré (PMP)	GMP :  PMP : 	
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	40	

Points abordés et constatés lors du contrôle	Références	RAPPORT Ecart et Remarques
I - GOUVERNANCE		
Direction		
Cf. 1. Organigramme détaillé de l'établissement (lien hiérarchiques et fonctionnels)	D. 312-155-0, II CASF (Equipe pluridisciplinaire) L. 312-1, II, alinéa 4 CASF (Equipe pluridisciplinaire qualifiée)	L'établissement a transmis l'organigramme. Cet organigramme n'est pas daté. Remarque 1 : L'organigramme transmis par l'établissement n'est pas daté et ne mentionne pas toutes les catégories de personnel énumérées dans l'article D.312-155-0 II du CASF.
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])	Le directeur est titulaire du [REDACTED], il a été délivré par [REDACTED]
Fiche de poste/de mission Fiche de Poste directeur	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	L'établissement informe que le directeur a été nommé par arrêté du Centre National de Gestion (CNG) en 2016. Remarque 2 : L'arrêté de désignation du directeur n'a pas été transmis.
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 pour l'année 2023. Ce dernier n'appelle pas d'observation particulière.
Comité de direction Nature des réunions institutionnelles (CODIR) Cf. Liste des réunions institutionnelles ? Cf. compte rendu des 2 dernières réunions de institutionnelles ?		La direction informe de la mise en œuvre prochaine des réunions institutionnelles. Remarque 3 : Il n'existe pas à ce jour de réunion institutionnelle.

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)	L'élaboration du projet d'établissement est un objectif CPOM de la structure pour 2023. Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement valide ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.
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 indique que la dernière commission de coordination gériatrique a eu lieu en 2019 ; elle a ensuite été suspendue dans un contexte de crise sanitaire. Ecart 2 : La commission de coordination gériatrique n'est pas 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) D311-24 CASF (Compte-rendu des séances des instances CVS)	Les modalités d'organisation des séances de CVS et la composition du CVS n'appellent pas d'observation particulière. Deux séances de CVS ont été organisées en 2022 : le 05/04/22 et le 28/10/22. Ces séances de CVS font l'objet de comptes rendus Ecart 3 : Au vu des documents transmis, le CVS ne se réunit pas trois fois par an.

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>Les documents transmis par la structure relèvent de situations de crise (plan bleu et plan DARDE).</p> <p>Ecart 6 : Les documents communiqués ne permettent pas à la mission de contrôle de s'assurer de l'engagement de la structure dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, conformément à l'article L 312-8 du CASF.</p>
<p>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 ?</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>L'établissement a transmis une procédure de gestion des évènements indésirables (EI).</p> <p>Ecart 7 : Les documents communiqués ne précisent pas le signalement des évènements indésirables et dysfonctionnements graves aux autorités administratives sans délai conformément à la réglementation. De plus, il n'est pas mentionné l'adresse mail à laquelle les signalements doivent être adressés à savoir : ars31-alerte@ars.sante.fr ni le numéro de la plateforme régionale des signalements à l'ARS Occitanie : 0800 301 301.</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	Remarque 4 : La procédure d'accueil du nouveau personnel est en cours d'élaboration.
--	---	--

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>Taux d'absentéisme et de turn-over sur la période du 1^{er} Janvier 2022 au jour dit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IDE () ETP) : absentéisme 19% soit ETP. Pas de turn-over. - AS-AES-AMP () ETP) : absentéisme 6,07% et turn-over 33,33% soit ETP. <p>Remarque 5 : Le taux de turn-over du personnel AS est de 33%.</p> <p>Journée type : 1 Animation, ADM, As jour, AS nuit, ASH, IDE, psychologue, MEDCO en congés .</p> <p>Remarque 6 : A la lecture du planning, la mission constate l'absence du MEDCO sur le mois de Janvier pour arrêt .</p> <p>Ecart 8 : Un salarié a un statut de faisant fonction AS inconnu réglementairement.</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>L'établissement ne dispose pas d'UVP.</p>

Plans de formation interne et 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>L'établissement a transmis le plan de formation de l'année 2021 ainsi que le rapport des formations de l'année 2022. Il a également transmis un plan de formation de l'année 2023 et précise que le personnel n'a pas demandé de VAE.</p> <p>Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis de feuille d'émargement permettant de s'assurer de la participation du personnel à ces formations.</p>
---------------------------------------	---	---

Fait à Toulouse, le 23 février 2023



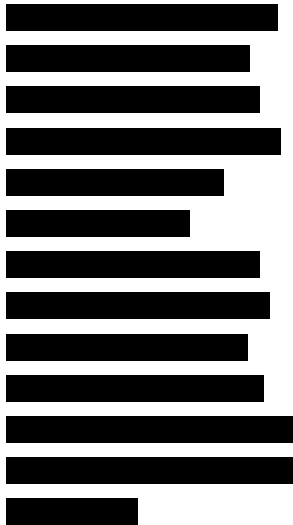

Direction des Droits des Usagers, des Affaires Juridiques et de l'Inspection Contrôle
Pôle Régional Inspection Contrôle

Tableau définitif de synthèse des mesures correctives Tableau des remarques et des recommandations retenues Contrôle sur pièces de l'EHPAD « ARC EN CIEL » (46)

*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

Ecart (8)	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 du Directeur Général de l'ARS
Ecart 1 : L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement valide ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	L.311-8 du CASF D311-38 du CASF	Prescription 1 : Transmettre le projet d'établissement.	6 mois		Prescription 1 maintenue Délai : 1 an
Ecart 2 : La commission de coordination gériatrique n'est pas active.	D312-158, 3° CASF	Prescription 2 : Le médecin coordonnateur doit activer la commission de coordination gériatrique. A cet effet, il doit réunir une fois par an l'ensemble des	3 mois		Prescription 2 maintenue Délai : 3 mois

<p>Ecart 4 : Le temps d'ETP du médecin coordonnateur [REDACTED] ne lui permet pas d'assurer ses missions et contrevient à l'article D. 312-156 du CASF.</p>	D. 312-156 CASF	<p>Prescription 4 : Assurer un temps de médecin coordonnateur conforme à la réglementation Art. D.312-156 du CASF (0.40 ETP pour 40 résidents).</p>	2 mois	[REDACTED]	<p>Prescription 4 maintenue</p> <p>Délai : 6 mois</p>
<p>Ecart 5 : L'établissement n'a pas transmis le dernier RAMA.</p>	D312-155-3 alinéa 9 CASF	<p>Prescription 5 : Transmettre le dernier RAMA à la mission.</p>	Immédiat	[REDACTED]	<p>Prescription 5 maintenue</p> <p>Délai : effet immédiat</p>
<p>Ecart 6 : Les documents communiqués ne permettent pas à la mission de contrôle de s'assurer de l'engagement de la structure dans une démarche d'amélioration</p>	L 312-8 du CASF	<p>Prescription 6 : La structure est invitée à s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. A ce titre, elle élaborera un plan</p>	6 mois	[REDACTED]	<p>Prescription 6 maintenue</p> <p>Délai : 6 mois</p>

Tableau des remarques et des recommandations retenues

Remarques (7)	Référence réglementaire	Nature de la mesure attendue	Proposition de délai de mise en œuvre à compter de la réception du courrier de clôture de la procédure contradictoire	Réponse de l'établissement	Recommandations retenues par le Directeur Général de l'ARS
Remarque 1 : L'organigramme transmis par l'établissement n'est pas daté et ne mentionne pas toutes les catégories de personnel énumérées dans l'article D.312-155-0 II du CASF.		Recommandation 1 : Transmettre un organigramme daté et à jour mentionnant toutes les catégories de personnel prévues dans la réglementation.	Immédiat	<div>██████████</div> <div>██████</div> <div>██████████</div> <div>██████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>████</div> <div>██████████</div>	Suite à votre mail du 25 avril 2023, les éléments de réponse vous ont été transmis le 27 avril 2023 par mail. Recommandation 1 maintenue : Délai : Effet immédiat
Remarque 2 : L'arrêté de désignation du directeur n'a pas été transmis.		Recommandation 2 : Transmettre à la mission l'arrêté de désignation du directeur.	Immédiat	<div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation 2 levée
Remarque 3 : Il n'existe pas à ce jour de réunion institutionnelle.		Recommandation 3 : Transmettre la liste prévisionnelle des réunions	1 mois	<div>██████████</div> <div>██████████</div> <div>██████████</div>	Recommandation 3 levée

		institutionnelles et veiller à les mettre en place dès 2023.		██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	
Remarque 4 : La procédure d'accueil du nouveau personnel est en cours d'élaboration.	HAS 2008 , p18 du Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance	Recommandation 4 : Finaliser la procédure du nouvel arrivant et la transmettre à l'ARS.	6 mois	██████████ ██████████ ██████████	Recommandation 4 maintenue Délai : 6 mois
Remarque 5 : Le taux de turn-over du personnel AS est de 33%.		Recommandation 5 : Prendre des mesures pour stabiliser l'équipe soignante.	6 mois	██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████	Recommandation 5 partiellement levée : Poursuivre votre politique offensive de recrutement pour stabiliser l'équipe soignante Délai : 6 mois
Remarque 6 :		Recommandation 6 : Confirmer à la mission le retour du MEDCO suite à arrêt	15 jours	██████████ ██████████ ██████████	Recommandation 6 levée

A la lecture du planning, la mission constate l'absence du MEDCO sur le mois de Janvier pour arrêt [REDACTED].		[REDACTED], ou à défaut informer des mesures envisagées pour assurer la continuité de ses missions.		[REDACTED] [REDACTED]	
Remarque 7 : L'établissement n'a pas transmis de feuille d'émargement permettant de s'assurer de la participation du personnel à ces formations.		Recommandation 7 : Transmettre à la mission les feuilles d'émargement pour les années 2021 et 2022.	1 mois	[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Recommandation 7 levée compte-tenu des difficultés rencontrées avec l'agent chargé des ressources humaines.