

RAPPORT de CONTROLE le 12/09/2024

EHPAD Les RESIDENCES CAMILLE CORNIER à CEYZERIAT_01

Mise en œuvre du Plan EHPAD 2022-2024 : Contrôle sur pièces

Thématique: CSP 10 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASS RÉSIDENCE CAMILLE CORNIER CEYZERIAT

Nombre de places : 80 places en HP

| Questions | Fichiers déposés OUI / NON | Analyse | Ecarts / Remarques | Prescriptions/Recommandations envisagées | Nom de fichier des éléments probants | Réponse de l'établissement | Conclusion et mesures correctives définitives |
|--|-------------------------------|---|--|--|--------------------------------------|---|---|
| 1- Gouvernance et Organisation | | | | | | | |
| 1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document. | OUI | L'organigramme de l'EHPAD est nominatif et daté de mai 2024. Le document présente les liens hiérarchiques et fonctionnels de l'EHPAD et rend compte de la structure interne de l'établissement. | | | | | |
| 1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? | OUI | L'établissement déclare ne pas disposer de poste vacant. | | | | | |
| 1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH). | OUI | La directrice dispose d'un master intitulé "Trans-Innov-Longévité" de l'université de Montpellier, obtenu en 2018. Il atteste d'un niveau de qualification de niveau 7. | | | | | |
| 1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé ? Joindre le document. | OUI | La délégation des pouvoirs entre le Président de l'association gestionnaire et la directrice de l'EHPAD, datant de 2019, est transmise. Cette délégation est incomplète dans la mesure où elle ne précise pas la nature et l'étendue des compétences et missions de la directrice dans les domaines de la conduite de la définition/de la mise en œuvre du projet d'établissement et la coordination avec les institutions/intervenants extérieurs. | Ecart 1 : La délégation de pouvoirs ne précise pas l'étendue des compétences et missions confiées par délégation à la directrice dans les domaines de la mise en œuvre du projet d'établissement et de la coordination avec les institutions/intervenants extérieurs, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF. | Prescription 1 : Compléter la délégation de pouvoirs conformément à l'article D312-176-5 du CASF et la transmettre. | | EN ATTENTE RETOUR DU PRESIDENT | L'établissement s'engage à compléter la délégation de pouvoir dès le retour du Président de l'association. Dans l'attente que la délégation de pouvoir soit complétée, la prescription 1 est maintenue. |
| 1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024. | OUI | L'établissement déclare qu'il n'existe pas d'astreinte formalisée ni rétribuée au sein de l'EHPAD. Il est expliqué que la directrice est "joignable 24h/24 au téléphone" et que "pendant son absence", un cadre administratif est joignable "24h/24". La directrice assure donc seule la permanence de direction en continu dans le temps, hormis sur ses temps de congés. Cette situation peut être porteuse de risque pour la directrice en termes d'épuisement professionnel. | Remarque 1 : En faisant reposer la continuité de direction exclusivement sur la directrice, et en l'absence de dispositif d'astreinte, la responsabilité de l'astreinte administrative peut être un facteur de risque en matière d'épuisement professionnel pour la directrice. | Recommandation 1 : Veiller à organiser un dispositif d'astreinte administrative de direction pour ne pas faire reposer la continuité de direction sur la seule directrice. | ASTREINTE DE DIRECTION | MISE EN PLACE AU 1ER SEPTEMBRE 2024 | L'établissement déclare qu'un dispositif d'astreinte est mis en place à compter du 1er septembre 2024. A la lecture du document transmis, il est observé que l'astreinte n'est plus assurée uniquement par la directrice, mais qu'elle repose également sur la cadre administrative, selon un roulement établi d'une semaine sur l'autre (du lundi au dimanche). Cette répartition entre deux professionnelles permet d'équilibrer la charge de travail. La recommandation 1 est donc levée. |
| 1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV | OUI | Les comptes rendus des 07/05/2024, 14/05/2024 et du 21/05/2024 ont été remis. Le CODIR réunit les responsables clés de l'établissement. Les thèmes abordés en réunion se rapportent à la gestion et à l'organisation de l'établissement ainsi qu'à des questions relatives à la prise en charge des résidents. | | | | | |
| 1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document. | OUI | Le projet d'établissement a été remis. Ce document n'est pas daté, il n'est pas possible de connaître sa périodicité. Toutefois, celui-ci apparaît ancien car il mentionne les instances représentatives du personnel notamment le "comité d'entreprise" et la "délégation du personnel" qui ont été remplacées par le Comité Sociale et Economique (CSE), depuis l'ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017. Le projet d'établissement date donc d'avant 2018. Par ailleurs, le projet d'établissement ne présente pas de dimension prospective avec des objectifs fixés à 5 ans, ni des actions de mises en œuvre qui les déclinent. | Ecart 2 : En l'absence de projet d'établissement valide et actualisé, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Remarque 2 : Le projet d'établissement (PE) ne comporte pas de dimension prospective comprenant des objectifs fixés sur la période quinquennale du PE déclinés en actions de mises en œuvre, permettant un suivi des objectifs inscrits dans le projet d'établissement. | Prescription 2 : Se doter d'un PE actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF et transmettre tout élément (rétroplanning, compte rendu de réunion COPIL, groupe de travail, ...) attestant de sa mise en conformité. Recommandation 2 : Formaliser dans le projet d'établissement des objectifs déclinés en actions de mises en œuvre, comprenant les objectifs émis, les échéances, les indicateurs de résultat, la personne responsable, et les étapes intermédiaires. | PROJET D ETABLISSEMENT | ERREUR DU 1 ER FICHER TRANSMIS | L'établissement a transmis le dernier projet d'établissement (PE) qui couvre la période 2022-2027. Ce document est détaillé. Cependant, le volet "dialogue social" mentionne encore la "délégation du personnel" et de "comité d'entreprise", alors que ces instances ont été remplacées par le Comité Social et Economique (CSE) depuis l'ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017. De plus, le PE ne comporte pas de projet de soins. L'établissement sera vigilant à intégrer cette partie dans le document. Le projet d'établissement actualisé ayant été remis, la prescription 2 est levée. Par ailleurs, le document présente des objectifs déclinés en actions de mise en œuvre. La recommandation 2 est levée. |
| 1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document. | OUI | L'établissement a remis le "règlement intérieur personnel" et non le règlement de fonctionnement de l'EHPAD. | Ecart 3 : En l'absence de transmission du règlement de fonctionnement de l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article L311-7 du CASF. | Prescription 3 : Transmettre le règlement de fonctionnement de l'EHPAD afin d'attester de sa conformité avec l'article L311-7 du CASF. | RGELEMENT DE FONCTIONNEMENT | NOUS N'AVIONS PAS COMPRIS LE DOCUMENT DEMANDE | Le document remis, intitulé "livret d'accueil", correspond aux attendus règlementaires du règlement de fonctionnement. L'établissement veillera à modifier le titre du document afin d'éviter toute confusion entre le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement. Celui-ci a été adopté en 2021 après avis du conseil de la vie sociale. La prescription 3 est levée. |
| 1.9 L'établissement dispose-t-il d'un(e) IDEC ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public. | OUI | L'établissement dispose d'une IDEC à temps plein depuis le 1er février 2023, en atteste son contrat de travail. | | | | | |
| 1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif | OUI | L'établissement a remis les documents relatifs aux différentes formations suivies par l'infirmière notamment le diplôme infirmier et le DU en soins palliatifs. Ces formations complètent utilement sa formation initiale d'infirmière. Il est également remis l'attestation d'inscription à la formation intitulée "personnes en situation de handicap vieillissantes : accompagnement, prises en soins et innovations organisationnelles" pour l'année universitaire 2023-2024 à l'école de gériatrie et gérontologie de Montpellier. Cette formation vise à améliorer les pratiques dans l'accompagnement des personnes âgées, ce qui est pertinent pour la prise en charge des résidents. Toutefois, ces formations ne concernent pas les compétences spécifiques en management et encadrement d'équipe nécessaires pour les fonctions d'IDEC. | Remarque 3 : En l'absence de transmission de justificatif de formation spécifique à l'encadrement, l'établissement n'atteste pas que l'IDEC a réalisé des formations spécifiques à l'encadrement. | Recommandation 3 : Transmettre tout document attestant que l'IDE assurant les fonctions d'IDEC a bénéficié de formations spécifiques à l'encadrement. | | IDEC INSCRITE POUR 2024/2025 | L'établissement déclare que l'IDEC est inscrite à une formation intitulée "IDEC" pour l'année 2024/2025 au CH Montpellier. Cette formation vise à soutenir l'IDEC dans ses fonctions de coordination et d'encadrement, en atteste la plaquette d'information du diplôme (vers la pré-inscription). La recommandation 3 est levée. |
| 1.11 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent). | OUI | L'avenant numéro 1 du contrat de travail à durée indéterminée du MEDEC, daté de 2020, a été remis. Cet avenant prévoit une augmentation du temps de travail du MEDEC "à 50%", soit 0,5 ETP. Il est précisé que le MEDEC "consacrera 2 jours et demi de 7 heures par semaine à l'établissement". L'établissement a également transmis le planning du MEDEC. À sa consultation, il est observé que le MEDEC est présent deux jours (mardi et jeudi) par semaine et compense les demi-journées par une journée entière. | | | | | |
| 1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs. | OUI | Le MEDEC dispose d'un diplôme universitaire de médecin gériatrique obtenu en 2022, ce qui justifie du niveau de qualification nécessaire pour assurer les fonctions de coordination gériatrique. | | | | | |
| 1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV. | OUI | L'établissement a remis les trois derniers comptes rendus des réunions de la commission de coordination gériatrique, datés du 22/05/2023, 11/10/2023 et du 21/03/2024. Les réunions se tiennent régulièrement chaque année. Les comptes rendus témoignent d'échanges riches entre les participants et d'un contenu varié. | | | | | |
| 1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023) | OUI | L'établissement a remis le rapport d'activité 2023 de l'établissement qui retrace la vie de l'établissement, tous services confondus. Le document est très riche et rend compte des modalités de la prise en charge des soins ainsi que de l'évolution de l'état de dépendance/de santé des résidents. En outre, il est observé qu'il est élaboré en équipe avec le MEDEC et l'équipe soignante, ce qui apporte une grande exhaustivité des données. Néanmoins, il ne s'agit pas du rapport d'activité médicale annuel (RAMA) dont l'élaboration est obligatoire. La trame de RAMA type élaborée par l'ARS Pays de Loire peut valablement être utilisée comme support par l'établissement, en le complétant des éléments déjà présents dans le rapport d'activité de l'EHPAD et en l'enrichissant d'autres données médicales. | Ecart 4 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF. | Prescription 4 : Rédiger le RAMA 2023, conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre. | | LE MEDECIN CO LE REDIGERA | Dont acte. Néanmoins aucun élément probant n'est remis pour attester de la réalité de la déclaration. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente de la rédaction effective du RAMA 2023. |
| 1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés en 2023 et 2024. | OUI | L'établissement a transmis une fiche de signalement aux autorités de contrôle pour un EIG survenu en 2023. L'établissement atteste de sa pratique du signalement aux autorités de contrôle. | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----|--|---|--|--|--|---|
| 1.16 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, en 2023 et 2024. | OUI | L'établissement a transmis trois fiches de déclaration interne datant du 07/06/2023, 18/07/2023 et du 18/04/2024. A la consultation de ces fiches, il est observé que ces fiches EI/EIG sont remplies de manière manuscrites. Elles comprennent une description de l'EI/EIG, les mesures immédiates prises et les "solutions proposées". Elles comportent également une partie "suivi" pour chaque EI. Il est repéré que chaque EI a été suivi par la directrice. Ce qui témoigne de l'existence d'un dispositif de gestion global des EI. Toutefois, le nombre d'EI déclarés, 3 EI en plus d'un an, dans un EHPAD de 80 places apparait relativement faible. La culture de signalement ne semble pas être investie. | Ecart 5 : Au vu du faible nombre de déclaration d'EI en 2023, il n'est pas attesté que la culture du signalement des dysfonctionnements graves soit développée au sein de l'EHPAD, ce qui ne garantit pas le respect des obligations prévues à l'article L331-8-1 du CASF. | Prescription 5 : Acculturer les professionnels au signalement des EI, EIG, et EIGS, afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l'article L331-8-1 du CASF | | SENSIBILISATION DU PERSONNEL | Les arguments avancés peuvent valablement expliquer que peu d'EI surviennent au sein de l'EHPAD. La formation de 12 ASG est à souligner ainsi que l'effort qui est fait en matière de formation du personnel de l'EHPAD. La prescription 5 est levée. |
| 1.17 Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres. | OUI | L'établissement déclare avoir "essayé d'organiser des élections de CVS en 2022" mais n'avoir reçu aucune candidature de la part des résidents et de leurs familles. En réponse à cette situation, la direction a décidé de tenir des réunions intitulées "CVS", composées d'un membre du conseil d'administration, de la directrice, de l'IDEC, de l'animatrice, d'une secrétaire et d'un représentant du CSE. Les résidents et leurs familles sont invités à ces réunions par e-mail deux semaines à l'avance. Ces réunions permettent de rassembler les professionnels, les résidents et leurs familles, favorisant les échanges au sein de l'établissement. Cependant, les modalités de fonctionnement et d'organisation du CVS telles que prévues réglementairement ne sont pas respectées. Il est rappelé que le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est une instance d'expression, obligatoire pour les établissements destinés aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et pour les établissements et services d'aide au travail (ESAT). Elle permet aux usagers et à leurs familles d'échanger sur leurs conditions de vie, de soins et d'hébergement. Sa mise en place s'impose donc à l'EHPAD Camille Cornier. Il revient à la direction de sensibiliser les résidents et leurs familles à l'importance de cette instance et de les accompagner en vue d'organiser les élections des membres du CVS. | Ecart 6 : En l'absence de la mise en place d'un CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-3 CASF. | Prescription 6 : Mettre en place un CVS, conformément à l'article D311-3 CASF et transmettre le PV d'institution de l'instance et présentant les différentes catégories de membres. | | NOUS METTONS EN PLACE DES ELECTIONS | L'établissement s'engage à sensibiliser les résidents et leurs familles aux élections du CVS et à organiser les élections. Dans l'attente de la mise en place effective du CVS, la prescription 6 est maintenue. |
| 1.18 Suite à la nouvelle élection du CVS, avez-vous procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS ? Joindre le PV du CVS se prononçant sur le règlement intérieur. | NON | Aucun élément n'a été remis. | Ecart 7 : En l'absence de règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF | Prescription 7 : Doter le CVS d'un règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 du CASF. | | NOUS REDIGERONS LE REGLEMENT INTERIEUR | L'établissement s'engage à rédiger le règlement intérieur du CVS. Dans l'attente de la rédaction effective du règlement intérieur, la prescription 7 est maintenue. |
| 1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024 | OUI | Les comptes rendus de réunions des 14/03/2022, 28/04/2022, 19/09/2022, 06/04/2023, 20/09/2023, 14/11/2023, 22/01/2024, et du 27/03/2024 ont été remis. Ces réunions sont intitulées "Conseil de Vie Sociale", ce qui peut porter à confusion car l'établissement ne dispose pas de CVS. Toutefois, ces réunions se tiennent régulièrement, à raison trois par an. A la lecture des comptes rendus, il est observé que les sujets évoqués sont variés et que les échanges sont riches. | | | | | |
| 2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire) | | | | | | | |
| 2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif. | NON | Non concerné. | | | | | |
| 2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif. | NON | Non concerné. | | | | | |
| 2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document. | NON | Non concerné. | | | | | |
| 2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées. | NON | Non concerné. | | | | | |
| 2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes. | NON | Non concerné. | | | | | |
| 2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document. | NON | Non concerné. | | | | | |