

RAPPORT de CONTROLE le 28/03/2023

EHPAD LA GLORIETTE à YZEURE_03

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

Thématique: CSP 6 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS YZEURE

Nombre de places : 70 places dont 67 places HP et 3 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommendations 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'établissement a remis deux organigrammes non nominatifs. Un organigramme fonctionnel et un organigramme hiérarchique daté du 25/06/2023. L'organigramme hiérarchique présente la ligne hiérarchique du Directeur sur les services administratifs, généraux et de soins, le MEDEC, la psychologue et l'animatrice. Les liens hiérarchiques entre professionnels, notamment de la cadre de santé sur les IDE, AS,... ne sont pas précisés. L'organigramme fonctionnel place au centre le Directeur et le Conseil d'administration du CCAS et tout autour l'ensemble des professionnels de l'EHPAD et tous les intervenants externes libéraux et autres. Les liens fonctionnels partent tous du Directeur/Conseil d'administration vers les professionnels. Les liens fonctionnels entre professionnels de l'EHPAD ne sont pas spécifiés.	Remarque 1 : les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les professionnels de l'EHPAD ne sont pas précisés sur les organigrammes, hormis ceux avec le directeur, ce qui ne donne aucune visibilité sur les modalités de l'organisation établie au sein de l'EHPAD entre les professionnels.	Recommandation 1 : revoir et compléter les organigrammes en indiquant l'ensemble des liens hiérarchiques et fonctionnels existants entre les différents professionnels de l'EHPAD.	1.1_organigramme.doc	ci-joint un organigramme actualisé.	L'organigramme remis est partiellement nominatif et daté du 24/01/2024. Il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels. La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement ne déclare que 0,25 ETP vacant sur le poste de MEDEC.					
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	Plusieurs documents ont été remis, dont une attestation de réussite à l'examen professionnel de cadre supérieur de santé de 2022 et un arrêté du CCAS de Yzeure du 30/10/2014. Cet arrêté nomme le Directeur, cadre territorial de santé infirmier stagiaire afin d'assurer les fonctions de directeur de l'EHPAD la Gloriette. A l'appui de l'arrêté du 19 janvier 2010 pris pour l'application de l'article D. 312-176-10 CASF le Directeur peut exercer ses fonctions.					
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 de pouvoirs et de signatures du directeur a été remise. Elle correspond aux attentes relatives au DUD.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	La procédure d'astreinte et le planning d'astreinte 2023 ont été remis. Ils attestent que l'astreinte est organisée de manière hebdomadaire et en continu (hors période de congés). Elle repose sur le Directeur et la cadre de santé. La procédure détermine chaque situation pour lesquelles le recours à l'astreinte est nécessaire.					
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	Oui	Un CODIR est en place. Trois comptes rendus sont remis : 14/03/2023, 09/05/2023 et 02/10/2023. La fréquence du CODIR, seulement 3 CODIR en 8 mois, n'apparaît pas régulière, ce qui montre qu'il n'est pas utilisé comme un outil de management d'équipe par le directeur, ce qui peut être préjudiciable à la continuité de service et à la bonne circulation de l'information en transversalité entre les cadres et professionnels clé de l'EHPAD.	Remarque 2 : Sans régularité dans la tenue des CODIR, la direction ne l'utilise pas comme un outil de management et cela peut fragiliser la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommandation 2 : réunir le CODIR de manière régulière afin d'en faire un véritable outil de management d'équipe et de permettre la continuité de l'organisation de l'établissement.	1.6_CODIR.doc	3 réunions de CODIR qui se suivent	Les réunions du CODIR sont mensuelles. 4 comptes rendus ont été remis (02/10/2023, 07/11/2023, 11/12/2023 et 16/01/2024). La recommandation 2 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2016-2020. Il n'a pas été mis à jour depuis. Plusieurs raisons sont invoquées par le Directeur pour justifier cela : réflexion en cours avec les autorités de tutelle pour augmenter la capacité d'accueil de l'établissement et programmation du CPOM en 2025 (avenants en 2022 et 2023). Il est vrai, comme le souligne le Directeur qu'il peut paraître "cohérent" de connaître les orientations avant de réécrire le projet d'établissement. Pour autant, cela fait 3 ans déjà que l'établissement se trouve dépourvu de projet d'établissement. Il conviendrait de penser la réflexion autour du projet d'établissement comme un préalable incontournable, dans le cadre d'une réflexion d'équipe et une construction participative d'une projection pour les 5 ans à venir, socle de la négociation d'un CPOM, et non l'inverse. Les travaux d'actualisation du projet d'établissement devraient donc être lancés en 2024.	Ecart 1 : en l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevent à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : se doter d'un projet d'établissement actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF et transmettre tout document permettant d'attester le lancement des travaux d'actualisation du projet d'établissement en 2024 (rétroplanning, comptes rendus de COPIL, groupes de travail, etc.).			Dans son courrier de réponse, l'établissement déclare que la révision du projet d'établissement sera compliquée en 2024 : plusieurs raisons sont évoquées (projet de réhabilitation de l'établissement, études financières par le propriétaire en cours). Il est bien noté que l'établissement prévoit que l'actualisation du projet d'établissement se fera en fonction des orientations prises, en lien avec les objectifs du CPOM 2025-2029. Pour autant, la prévision d'actualisation du projet d'établissement apparaît bien tardive, sachant que l'établissement ne dispose plus de projet d'établissement depuis 2020, ce qui contrevient à la réglementation. Pour ces raisons, la prescription 1 est maintenue.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis son règlement de fonctionnement. Ce dernier est ancien car il a été validé par le conseil d'administration du CCAS et consulté par le CVS en 2014. Il n'a pas été révisé depuis, hormis en 2017 : l'avantur sur la facturation de fin de séjour datant de 2017 est annexé au règlement. A la lecture du règlement de fonctionnement, il est relevé qu'il est globalement complet. Toutefois, il n'indique pas l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation et il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.	Ecart 2 : le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé, ce qui contrevient à l'article R311-33 du CASF. Ecart 3 : en n'indiquant pas l'organisation/l'affectation à usage collectif des locaux, les conditions générales de leur accès et de leur utilisation et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, le règlement de fonctionnement contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : modifier le règlement de fonctionnement, en indiquant sa date d'actualisation, conformément à l'article R311-33 du CASF. Prescription 3 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant l'ensemble des éléments fixés par l'article R311-35 du CASF.		une mise à jour de ce dernier est en cours.	L'établissement déclare que la modification du règlement de fonctionnement est en cours. Aucun élément venant attester sa déclaration n'a été remis. Les prescriptions 2 et 3 sont maintenues.
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 a remis l'arrêté de renouvellement de la cadre de santé au détachement d'un an à compter du 01/01/2023 dans le cadre d'emplois des Cadres territoriaux de santé paramédicaux. Celle-ci est placée en position de détachement du CH de Moulins-Yzeure.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	La cadre de santé de l'EHPAD est titulaire du diplôme de cadre de santé.					

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'établissement a remis le contrat de travail du MEDEC, daté du 27/05/2021, qui précise que son temps de travail est fixé à 8h45 par semaine, soit 0,25 ETP par mois. La fiche récapitulative de son temps de présence confirme qu'il est présent à 0,25 ETP, comme suit : "Lundi/mardi/fin de matinée, mercredi/dans la matinée ou transmissions, jeudi/transmissions +temps de travail et vendredi/dans la matinée". Le temps de travail du MEDEC est inférieur au temps réglementaire fixé à 0,60 ETP, pour un EHPAD d'une capacité de 70 places.	Ecart 4 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences réglementaires de l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 4 : augmenter le temps de médecin coordonnateur à 0,60 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D 312-156 du CASF.			En l'absence de réponse, la prescription 4 est maintenue.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	L'attestation de réussite à la capacité gériatrique du MEDEC a été remise. Elle atteste de son niveau de qualification.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'établissement déclare ne pas avoir mis en place la commission de coordination gériatrique. Pourtant, il démontre dans sa déclaration toute la nécessité de sa mise en place : organisation médicale autour des 25 médecins traitants, actualités sur la mise en place de la télémédecine, la coordination, etc.	Ecart 5 : en l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevert à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D 312-158 alinéa 3 du CASF.		la dernière CCG date de 2019.	La réponse de l'établissement n'est pas satisfaisante dans la mesure où il déclare qu'il a réuni la commission de coordination gériatrique en 2019, sans d'ailleurs joindre le compte rendu de celle-ci. L'établissement n'atteste pas organiser la commission de coordination gériatrique. La prescription 5 est maintenue.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	L'établissement déclare qu'il n'élabore pas de RAMA. La mission rappelle qu'il s'agit d'un document que l'établissement doit obligatoirement produire de manière annuelle.	Ecart 6 : en l'absence de rédaction du RAMA 2022, l'établissement contrevert à l'article D 312-158 du CASF.	Prescription 6 : rédiger le RAMA 2022 conformément à l'article D 312-158 du CASF.	1.14_RAMA.doc		Le rapport d'activité annuel 2023 du médecin coordonnateur a été remis. Ce document est succinct, manque de précisions et ne permet pas de connaître les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents tel que prévu. L'établissement veillera à rédiger des RAMA davantage étoffés et renseignés. La prescription 6 est toutefois levée.
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 depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'a pas de pratique régulière de signalement et qu'un seul événement aurait été déclaré en 2019. Il est rappelé l'obligation de signaler aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents. En l'absence de ses signalements depuis plusieurs années, la sécurité des personnes accompagnées peut être compromise.	Ecart 7 : en l'absence de signalement depuis plusieurs années aux autorités administratives de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, l'établissement n'atteste pas respecter l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 7 : signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des résidents, conformément à l'article L331-8-1 CASF.			Aucune réponse n'a été apportée concernant le signalement des événements indésirables graves. Pour autant, la FEI relative à la tentative de suicide par médicament de Mme . remise à la question suivante aurait dû faire l'objet d'un signalement aux autorités administratives. La prescription 7 est maintenue.
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'événement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	Oui	Les tableaux de bord des EI/EIG de 2022 et 2023 n'ont pas été remis. L'établissement a transmis la procédure relative à la "fiche de signalement des événements indésirables à destination du personnel, résidents, familles" et la fiche de déclaration à remplir (vierge).	Ecart 8 : en l'absence de transmission du tableau de suivi des EI, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG ; la sécurité, la santé ou le bien-être des personnes accueillies pourraient être menacés, ce qui contrevert à l'article L311-3 du CASF.	Prescription 8 : transmettre à la mission le dispositif de gestion des EI/EIG, afin d'attester que la sécurité des résidents est assurée et que l'établissement est en conformité avec l'article L311-3 du CASF.	1.16_FEI.doc	1.16_FEI1.doc	L'établissement remet deux fiches de signalements d'événements indésirables, datés, l'un d'octobre et l'autre de novembre 2023 ainsi que des documents prises de notes de réunions de traitement des incidents. Ces documents attestent que ces deux événements ont été traités et analysés. Néanmoins, l'établissement n'atteste pas qu'il a traité de la même manière l'ensemble des EI/EIG survenus en 2022 et 2023. L'établissement ne semble pas disposer d'une vision globale des événements survenus dans l'établissement sur une période donnée ce qui ne permet pas le repérage des risques au sein de l'EHPAD. La prescription 8 est maintenue.
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 a remis la composition du CVS, suite au scrutin du 14/10/2021. Sont élus au CVS : - trois représentants des personnes accompagnées, - trois représentants des familles, - deux représentants des professionnels, - 4 représentants de l'organisme gestionnaire. La composition du CVS n'est pas majoritairement représentée par les représentants des personnes accompagnées et par les familles. En ce sens, la composition du CVS de l'EHPAD "La Glioriette" n'est pas réglementaire.	Ecart 9 : la composition du CVS ne correspond pas aux attentes de l'article D311-5 du CASF.	Prescription 9 : modifier la composition du CVS afin de répondre aux exigences prévues à l'article D311-5 du CASF.			une erreur sur la composition du CVS : 2 représentants de l'organisme gestionnaire et 4 représentants des résidents. L'établissement déclare que les 1ers éléments de réponse dans le cadre du contrôle sur pièces comportaient une erreur sur la composition du CVS. La composition présentée est conforme. La prescription 9 est donc levée.
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.	Oui	L'établissement n'a pas encore mis en place le règlement intérieur du CVS. Il déclare que les prochaines élections du CVS se dérouleront en octobre 2024 et qu'à ce moment là il prévoira "de réaliser le règlement intérieur".	Ecart 10 : en l'absence de règlement intérieur de CVS, l'EHPAD contrevert à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 10 : doter le CVS d'un règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF.	1.18_CVS.doc		Le règlement intérieur a été remis. Il mentionne : "le présent règlement intérieur a été approuvé au cours de la séance du Conseil de la Vie Sociale du". Il n'a donc pas encore été consulté par le CVS. L'établissement veillera à le soumettre au prochain CVS pour le valider. La prescription 10 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	Trois comptes rendus de CVS ont été remis à la mission : 09/06/2022, 09/12/2022 et 13/05/2023. Seuls deux CVS se sont réunis en 2022 alors que la réglementation en fixe au minimum 3 par an. Il est relevé que lors du CVS du 06/09/2023, le Directeur annonce que le CVS "se réunit deux fois par an", ce qui laisse penser que le directeur de l'établissement connaît la réglementation sur la tenue des CVS. Enfin, il est noté que le Directeur signe les comptes rendus conjointement avec la Présidente du CVS. Il est rappelé que seule la Présidente du CVS doit signer les comptes rendus.	Ecart 11 : en l'absence d'organisation de 3 CVS en 2022, l'EHPAD contrevert à l'article D311-16 du CASF. Ecart 12 : en faisant signer les comptes rendus du CVS par la Directrice en plus du Président, l'établissement contrevert à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 11 : veiller à réunir le CVS au moins 3 fois, conformément à l'article D311-16 du CASF. Prescription 12 : faire signer les comptes rendus par la Présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.			Aucune réponse n'est apportée. Le règlement intérieur du CVS remis mentionne que "le CVS se réunit au moins 2 à 3 fois par an". L'établissement corrigera cette mention erronée. Il est rappelé que le CVS se réunit au minimum 3 fois par an. Libre au CVS de décider de se réunir davantage. Les prescriptions 11 et 12 sont maintenues.
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.	Oui	L'établissement a remis deux arrêtés : son arrêté d'autorisation délivré par le Président du Conseil Départemental du 03/06/2003 et son arrêté d'autorisation préfectoral d'extension non importante du 05/06/2003. L'arrêté n°2016-7177 du 15/12/2016 (recueilli en interne à l'ARS) atteste que l'établissement est autorisé pour 67 places en HP et 3 places en HT.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Joindre le justificatif.	Oui	L'établissement a remis deux tableaux nommés "Nombre de journées d'hébergement temporaire facturées" pour 2022 et 2023. S'agissant de l'hébergement temporaire, ces tableaux attestent que l'établissement a un taux d'occupation satisfaisant : 63,47 % en 2022 et de 67,03 % entre le 01/01/2023 et le 30/06/2023.					

2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt-il)s d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis un document nommé "L'accueil temporaire". Il s'agit d'un document interne ancien qui fait le bilan de l'expérimentation pendant les 5 premières années du dispositif. Il est mentionné en conclusion du document que "le rappel historique et les réflexions présentées sont proposées dans le cadre des objectifs de la 2ème convention tripartite". Par ailleurs, il est noté que le projet d'établissement de l'EHPAD ne comporte pas de projet spécifique à l'hébergement temporaire.	Ecart 13 : il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 13 : rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.			Aucune information n'est donnée sur l'intégration du projet de service de l'hébergement temporaire dans le projet d'établissement. La prescription 13 est donc maintenue.
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt-il)s d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.	Oui	L'établissement déclare ne pas être concerné par cette question.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Au vu de la réponse à la question 2.4, l'établissement n'est pas concerné par la question 2.5.					
2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire et/ou Hébergement Temporaire? Joindre le document.	Oui	Pour toute réponse, l'établissement déclare : "non concerné". Il est rappelé que les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire doivent être intégrées dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD.	Ecart 14 : en l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 14 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D311-9 du CASF.			Aucune réponse n'est apportée. La prescription 14 est maintenue.