

RAPPORT de CONTROLE le 22/06/2023

EHPAD LA_CHESNAYE à SAINT BONNET DE TRONÇAIS_03

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

Thématique: CSP3/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : Association « La Chesnaye »

Nombre de places : 60 places en HP dont 4 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
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 transmis l'organigramme. Il est partiellement nominatif, mais non daté. Il présente les différents pôles de l'EHPAD. L'organigramme détaille les liens hiérarchiques.	Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme ne permet pas de savoir s'il est à jour et donc s'il donne une vision fidèle de la réalité des personnels de l'établissement.	Recommendation 1 : actualiser régulièrement et dater l'organigramme.	Organigramme_juin_2023	Date mise à jour sur l'organigramme	L'organigramme remis correspond aux attendus. 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 pas de poste vacant.					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif	Oui	La Directrice est titulaire du Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale au titre de l'année 2021. L'établissement a remis son attestation de réussite au diplôme.					
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document	Oui	La mission a été destinataire d'un document comportant une partie explicative sur ce qu'est le DUD et en deuxième partie un projet de DUD. La mission en conclut que la Directrice n'est pas titulaire d'un DUD.	Ecart 1 : le directeur ne dispose pas de délégation de signature du président du CA de l'EHPAD "La Chesnaye" et par conséquent contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : se mettre en conformité et élaborer une délégation de signature du président du CA de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 CASF.	Délégation	Délégation de signature faite le 05 juillet 2023	L'établissement a fait parvenir une délégation de pouvoir. Cette dernière apparait très restrictive et ne précise pas la nature et l'étendue de la délégation comme le prévoit l'article D312-176-5 du CASF. La prescription 1 est maintenue, dans l'attente de l'intégration dans règlement de fonctionnement des éléments manquants.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023	Oui	L'EHPAD déclare que l'astreinte s'organise du lundi au vendredi de 17h00 à 9h00 avec la Directrice et un week-end sur deux avec la Directrice et l'IDEC. La mission relève que l'astreinte repose en grande partie sur la Directrice. Selon l'EHPAD, "les astreintes sont notées sur le planning mensuel et affichées en salle de soins". Pour autant, le premier semestre du planning mensuel n'a pas été transmis. La mission n'a pas non plus été destinataire de la procédure de garde administrative de direction.	Remarque 2 : en faisant reposer l'astreinte de direction de manière quasi exclusive sur la Directrice, cela peut être un facteur de risque en termes d'usure professionnelle pour la Directrice. Remarque 3 : la mission n'a pas été destinataire du 1er semestre du planning mensuel.	Recommendation 2 : rééquilibrer le nombre de jour d'astreinte entre la Directrice et l'IDEC. Recommendation 3 : transmettre à la mission le 1er semestre du planning mensuel.			Les astreintes seront rééquilibrées dès janvier 2024 entre la Directrice et l'IDEC. La procédure d'astreinte administrative sera formalisée fin 2023 pour mise en application en janvier 2024. Actuellement, la Directrice assure l'ensemble des astreintes en semaine sur la base du bénévolat. Le fait de formaliser la procédure d'astreinte et de répartir la moitié des astreintes sur la Directrice et l'IDEC conduit à augmenter les dépenses. L'EPRD 2024 devra tenir en compte cette augmentation. Les recommandations 2, 3 et 4 sont levées.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement a transmis le compte rendu d'une réunion datée du 14/09/2022. Il n'est pas précisé s'il s'agit d'une réunion de CODIR. Il aborde le bilan de l'année "septembre 2021 - septembre 2022", la signature du CPOM et les projets à venir. L'établissement a transmis une invitation au prochain CODIR qui se tiendra le 21/06/2023. Sont invités : la Présidente de l'association, la Directrice, le MEDEC, la neuropsychologue, Mme . et . (fonctions non précisées). L'ordre du jour y fait notamment apparaître le "bilan des actions engagées depuis le début de l'année". A la lecture de ces différents documents, la mission s'interroge sur la régularité de la tenue du CODIR.	Remarque 5 : les CODIR ne sont pas régulièrement mises en place, ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommendation 5 : réunir le CODIR de manière régulière et transmettre les trois derniers comptes rendus à la mission (dont celui du CODIR du 21/06/2023).	Codir	Les réunion CODIR se font actuellement de manière informelle. Dès septembre 2023, les réunions CODIR se feront à raison de deux fois par mois. Un planning a été distribué aux membres du CODIR.	Il est pris acte de l'organisation prochaine des CODIR de manière formelle. La recommandation 5 est maintenue. Il est attendu la transmission des comptes rendu du CODIR de septembre 2023 (6 et 20 septembre 2023).
1.7 Un Projet d'établissement à jour existe-t-il ? joindre le document	Oui	Le projet d'établissement 2023-2028 a été transmis. Il présente des points d'amélioration pour chacune des sous-thématiques qu'il comprend. A la lecture du projet d'établissement, la mission relève qu'aucune fiche action précisant les modalités de mise en œuvre du PE n'est présente dans le projet d'établissement.	Remarque 6 : le projet d'établissement ne comporte pas de fiche action, ce qui ne permet pas de connaître les modalités de mise en œuvre des objectifs d'évolution du projet d'établissement.	Recommendation 6 : formaliser, dans le projet d'établissement, les objectifs d'évolution sous forme de fiches actions comprenant les objectifs définis, les échéances, la personne responsable, et les étapes intermédiaires.		Le projet d'établissement datait de 2014. L'arrivée de la nouvelle directrice en septembre 2021 a permis à l'établissement de réécrire le projet d'établissement, de négocier et d'élaborer le CPOM signé en décembre 2022. Un turn-over important de personnel n'a pas permis de mettre en place des personnes référentes/responsables et de finaliser le projet d'établissement. Les objectifs, fiches d'actions et étapes intermédiaires sont actuellement en attente de rédaction.	L'EHPAD expose les raisons qui justifient que les objectifs, fiches d'actions et étapes de mise en œuvre du projet d'établissement 2023-2028 n'ont pas été rédigé et notamment le turn-over du personnel qui ne peut pour autant être le seul argument retenu. Le projet d'établissement reste à ce jour incomplet et non opérationnel. La recommandation 6 est maintenue. Transmettre comme élément probant les fiches des actions qui se rapportent aux objectifs du projet d'établissement 2023-2028 ainsi que les étapes intermédiaires.
1.8 Un règlement de fonctionnement à jour existe-t-il ? joindre le document	Oui	Le règlement intérieur a été remis. Il était attendu la remise du règlement de fonctionnement de l'EHPAD.	Ecart 2 : aucun règlement de fonctionnement n'a été transmis à la mission d'inspection en dépit des articles L311-7 et L311-22-1 CASF.	Prescription 2 : transmettre le règlement de fonctionnement à la mission en vertu des articles L311-7 et L311-22-1 CASF.	Reglement_interieur-2	Règlement transmis	Le document remis n'est pas celui attendu. Il s'agit du même document que celui transmis au 1er questionnaire : le règlement intérieur qui s'adresse aux professionnels de l'EHPAD et non le règlement de fonctionnement de l'établissement au sens de l'article L311-7 du CASF. La prescription 2 est maintenue. Transmettre le règlement de fonctionnement de l'établissement au sens de l'article L311-7 du CASF.
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	Le contrat de travail à durée indéterminé (CDI) de l'IDEC a été remis. Elle est présente sur l'établissement à compter du 01/03/2021, à temps plein.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'IDEC est titulaire d'un Diplôme Universitaire qualité en Etablissements de Santé depuis le 15/09/2022.					

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 indiquer son temps de présence (les horaires)	Oui	Le CDI du MEDEC a été remis. Il est présent sur l'établissement 8h par semaine : - mardi après-midi pendant 4h, - jeudi après-midi pendant 4h. Ce qui représente un 0,22 ETP sur le mois.	Ecart 3 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences réglementaires de l'article D 312-156 CASF, ce qui ne permet pas d'assurer la bonne de coordination des soins.	Prescription 3 : augmenter le temps de médecin coordonnateur, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D 312-156 CASF afin qu'il soit en capacité d'assurer l'ensemble des missions qui lui incombe.	Medecin_co			La réponse n'est pas satisfaisante dans la mesure où aucune action immédiate n'est présentée pour que le temps de MEDCO dans la structure soit conforme aux 0,6 ETP prévus par la réglementation. C'est sans attendre que l'établissement doit rechercher un successeur au MEDCO actuellement en poste, âgé de 74 ans, d'autant que celui-ci ne veut pas augmenter son temps de travail.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs	Oui	L'EHPAD déclare que le MEDEC dispose d'une formation en gériatrie, mais qu'il n'y a pas de justificatif dans son dossier.	Ecart 4 : aucun justificatif n'ayant été transmis, il n'est pas prouvé que le MEDCO a suivi une formation en gériatrie, ce qui est contraire à l'article D312-157 du CASF.	Prescription 4 : transmettre à la mission l'attestation de formation en gériatrie du MEDEC en vertu de l'article D312-157 du CASF.	Diplomes_geriatre	Le médecin coordonnateur de l'établissement est retraité et âgé de 74 ans. Celui-ci ne souhaite pas voir son temps de travail augmenté. L'établissement devra dans les prochaines années rechercher un nouveau médecin coordonnateur avec un temps de présence en conformité avec l'article D312-156 CASF	Il est accusé réception du diplôme en capacité en gérontologie, obtenu le 20/02/1992 par le MEDCO.	La prescription 4 est levée.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement a transmis un e-mail, daté du 11/03/2023 de la Directrice, adressé au MEDEC en vue d'organiser une commission de coordination gériatrique composée de : - l'IDEC, - une IDE, - la Neuropsychologue, - l'ensemble des médecins libéraux intervenant sur l'établissement, - le pharmacien. Est joint à ce courrier, une note expliquant le fonctionnement du logiciel du pharmacien et les problématiques rencontrées lors d'urgences. La mission s'étonne de ne pas avoir été informée des suites données à cet e-mail, telles qu'un courrier d'invitation, un ordre du jour ou encore un compte rendu de cette commission gériatrique. De plus, aucun compte rendu de commission gériatrique n'a été transmis à la mission.	Ecart 5 : en l'absence de la tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevoie à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF, qui prévoit que le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	Prescription 5 : mettre en place la commission de coordination de soins gériatriques en vertu de l'article D312-158 CASF.		La commission de coordination de soins gériatrique sera mise en place sur le dernier trimestre 2023.	L'établissement déclare que la commission de coordination gériatrique sera mise en place lors du dernier trimestre 2023. Il est pris bonne note de cette déclaration.	Dans l'attente du compte rendu de la commission de coordination gériatrique prévue au dernier trimestre 2023, la prescription 5 est maintenue.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier	Oui	L'EHPAD déclare qu'il n'y pas de RAMA au sein de l'établissement sans donner d'explication.	Ecart 6 : En l'absence de rédaction d'un RAMA, l'établissement contrevoie à l'article D 312-158 CASF.	Prescription 6 : rédiger le RAMA 2022 conformément à l'article D 312-158 CASF.	RAMA-1	Dossier RAMA envoyé	Le RAMA remis correspond aux attendus réglementaires.	La prescription 6 est levée.
1.15 L'établissement dispose-t-il d'un registre ou tableau de bord recueillant l'ensemble des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG) ?	Oui	L'établissement a transmis à la mission une fiche d'événement indésirable (EI) extraite du logiciel NetSoins. Elle fait état d'une iatrogénie médicamenteuse. Aucun autre élément ne permet d'attester qu'il y a un dispositif de gestion des EI/EIG, ni d'attester de la culture de signalement des EI/EIG au sein de l'EHPAD.	Remarque 7 : en ne transmettant pas de tableau de bord ou de registre des EI, la mission ne peut pas s'assurer de la culture de déclaration des EI/ EIG au sein de l'établissement.	Recommendation 7 : transmettre à la mission un tableau de bord ou un registre des EI.	Evenement_indesirables	Dossier EI envoyé	L'extraction logiciel de la déclaration des EI remise correspond aux attendus de la recommandation.	La recommandation 7 est levée.
1.16 Le projet d'établissement intègre-t-il un volet spécifique à la politique de prévention de la maltraitance ?	Oui	Le projet d'établissement comporte une thématique s'intitulant "politique de bientraitance". Cette thématique aborde la formation du personnel, la création d'un comité de bientraitance, la mise en place d'enquêtes auprès des résidents et d'autres sujets relatifs à la liberté et citoyenneté des résidents.			Projet_etablissement-1			
1.17 Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est-il régulièrement élu ? Joindre la composition du CVS en identifiant chaque catégorie de membres et joindre la décision s'y rapportant	Oui	L'établissement n'a pas transmis la liste et la décision se rapportant à la composition du CVS. Il a remis : - une invitation aux membres du CVS pour la séance du 14/06/2023, - un e-mail du 06/01/2022 adressé à la direction par l'animatrice en préparation d'un courrier adressé aux familles pour l'élection du CVS ; il comprend également une note de présentation du CVS, - quatre comptes rendus du CVS (du 01/09/2021, du 11/02/2022, du 04/07/2022 et du 07/12/2022). A la lecture de ces documents, il ressort que la composition du CVS a été renouvelée en janvier ou février 2022. Le CVS du 11/02/2022 présente de nouveaux membres au CVS et fait état d'élection du président du CVS et de la désignation des titulaires et des suppléants parmi les représentants des familles. Ainsi, le CVS est composé du Président de l'association, de la Directrice, de l'IDEC, du responsable de cuisine, de 2 titulaires et un suppléant des représentants des familles et de 2 représentants des résidents. La mission n'a pas été destinataire du procès-verbal des élections des membres du CVS.	Remarque 8 : l'établissement n'a pas transmis la décision se rapportant à l'élection des membres du CVS.	Recommendation 8 : transmettre les décisions se rapportant à l'élection des membres du CVS.	CVS	Dossier CVS envoyé	Le procès-verbal de l'élection des membres du CVS attendu n'a pas été transmis. En réponse, sont remis : l'invitation au CVS du 11/02/2022, le compte rendu de cette séance et le règlement intérieur du CVS examiné lors de cette séance. Ces éléments sont intéressants mais ne correspondent pas aux attendus de la recommandation.	La recommandation 8 est maintenue. Transmettre le procès-verbal/décision de l'élection des membres du CVS.
1.18 Avez-vous fait une présentation aux membres du CVS concernant les nouvelles modalités d'organisation et des missions du CVS ? Joindre le justificatif	Oui	L'établissement a transmis le règlement intérieur du CVS ainsi que le courrier du 06/01/2022. Ce règlement intérieur reprend les nouvelles règles applicables au CVS. Il a été présenté le 11/02/2022 au CVS. En atteste le compte rendu du CVS de cette même date. La présentation aux membres du CVS des nouvelles modalités d'organisation et des missions du CVS a donc bien été réalisée.						

1.19 Joindre les 3 derniers comptes rendus du CVS de 2022 et ceux de 2023.	Oui	Quatre comptes rendus du CVS ont été adressés à la mission (les mêmes que ceux remis en réponse à la question 1.17) et une invitation au CVS du 14/06/2023. Les comptes rendus des CVS font état d'échanges riches entre les membres du CVS. Les sujets abordés sont variés et nombreux.					
Prise en charge particulière au sein de l'EHPAD : UVP ou CANTOU, UPG							
2.1 Combien de lits sont autorisés et combien de lits sont occupés au 1er janvier 2023 ?	NC						
2.2 Disposez-vous d'une équipe dédiée de jour et de nuit à l'UVP ? Joindre justificatif + Indiquez la qualification des membres de l'équipe dédiée	NC						