

RAPPORT de CONTROLE le 20/11/2023

EHPAD RESIDENCE LE ROUSSILLON à LES VANS_07

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

Thématique: CSP 4 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MUTUALITE FRANCAISE DROME-ARDECHE

Nombre de places : 87 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 remis est nominatif et mis à jour récemment le 04/07/2023. Il rend compte de l'organisation de l'EHPAD et présente les liens fonctionnels et hiérarchiques entre les différents personnels de l'EHPAD. Il précise le nombre d'ETP affecté à chaque poste.					
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'EHPAD déclare 4,47 ETP vacants au 04/07/2023 : - 1,75 ETP d'ASH, - 1,72 ETP d'AS, - 0,45 ETP d'IDE.					
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	L'établissement a transmis le diplôme de certification de Manager d'établissements gérontologiques de la directrice, de niveau 7 (anciennement niveau I).					
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	Le DUD est daté du 19/04/2018. Il correspond aux attendus réglementaires.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	Le planning d'astreinte du premier semestre 2023 a été remis. La mission relève que l'astreinte tourne sur 3 personnes : la Directrice, l'adjointe de direction et la maîtresse de maison. L'IDEC n'y participe pas. L'astreinte s'organise de manière continue dans le temps. Aucune procédure d'astreinte n'est transmise. En l'absence de commentaire sur ce point, la mission conclut qu'il n'en existe pas au sein de la structure. Or, sans procédure éclairante sur la conduite à tenir, le personnel peut se trouver en difficulté et ne pas savoir dans quelles situations alerter la personne d'astreinte.	Remarque 1 : l'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel peut mettre en difficulté le personnel qui ne va pas connaître les situations dans lesquelles la personne d'astreinte doit être sollicitée.	Recommandation 1 : formaliser une procédure retraçant les situations qui nécessitent le recours à l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD.	1.5 EHPAD ROUSSILLON ASTREINTES -	Nouvelle procédure à compter du 06/11/2023	La procédure "organisation des astreintes" datée du 26 octobre 2023 est remise. Les informations précisées dans le document concernent les cas dans lesquels il faut appeler le personnel d'astreinte. La liste des personnels désignés en astreinte est aussi mentionnée. La recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement a transmis trois comptes rendus de "réunion staff" : 10/03/2023, 26/05/2023, 09/06/2023. Ces réunions ne sont pas organisées de manière régulière. Les comptes rendus sont peu développés et n'indiquent pas qui participe aux réunions.	Remarque 2 : les réunions staff ne sont pas régulièrement mises en place, ce qui ne contribue pas à favoriser la continuité de l'organisation de l'établissement et la bonne transmission des informations.	Recommandation 2 : réunir l'équipe de direction de manière régulière afin de contribuer à une meilleure continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations.	1.6 COMPTE RENDU CODIR 2023	Le Codir se tient les vendredis matins de 9h30 à 10h30 avec la présence généralement du médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice, la psychologue, la maîtresse de maison, l'adjointe de direction et la direction.	Les 3 comptes rendus de la réunion staff (octobre et novembre 2023) attestent de la tenue régulière de cette instance, qui réunit la directrice, les cadres et professionnels clef de l'EHPAD. 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 2018-2022. Plusieurs documents transmis par l'établissement (une note d'accompagnement à l'élaboration du projet d'établissement EHPAD Groupe AESIO Santé, le plan du projet d'établissement, une trame projet d'établissement issue du groupe gestionnaire à compléter) attestent que l'actualisation du projet d'établissement est en cours. Toutefois, à leur lecture, la mission s'interroge sur la méthode retenue pour assurer la participation des professionnels et des usagers à son élaboration. En effet, aucun rétroplanning, ni compte rendu de travail ou de COPIL n'a été remis. Aucune information sur la concertation des équipes et des usagers pour la construction du projet ne ressort des documents.	Remarque 3 : en l'absence d'information sur la méthode retenue sur la participation effective des professionnels et des usagers à son élaboration, il n'est pas avéré que les travaux à venir du projet d'établissement permettent de fédérer les professionnels autour des enjeux et objectifs du projet d'établissement, comme le préconise la HAS dans sa recommandation des bonnes pratiques professionnelles (HAS/ANESM - RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009).	Recommandation 3 : transmettre tout élément informant sur la méthode d'actualisation du projet d'établissement (par exemple : rétroplanning, CR des groupes de travail, comité de pilotage, etc.) afin de s'assurer de l'appropriation du projet d'établissement par les professionnels pour donner du sens à leur pratique professionnelle au sein de l'EHPAD "Résidence Le Roussillon".	1.7 EHPAD Le Roussillon_Méthodo et calendrier PE 2024		Le document remis présente la méthodologie et le calendrier de la rédaction du projet d'établissement sur la période de janvier à mai 2024. La recommandation 3 est levée.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement transmis a été validé le 30/11/2016 par le CVS. Il ne fait pas mention de la date de validation du Conseil d'Administration. Il aurait dû être mis à jour fin 2021. L'établissement a transmis la trame type du sommaire d'un règlement de fonctionnement, issu de l'organisme gestionnaire. La mission suppose que cette dernière servira pour l'actualisation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD. A la lecture du règlement de fonctionnement de 2016 transmis, la mission relève qu'il ne respecte pas la réglementation sur plusieurs points : - il ne décrit pas suffisamment l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation, - il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues. Enfin, l'annexe 1 du règlement de fonctionnement n'est pas à jour au regard du décret du 25/04/2022 sur le CVS. Le prochain règlement de fonctionnement devra intégrer ses éléments.	Ecart 1 : le règlement de fonctionnement ne comprend pas certains éléments définis par l'article R311-35 du CASF.	Prescription 1 : transmettre le règlement de fonctionnement actualisé et intégrant certains éléments définis par l'article R311-35 du CASF.	1.8 REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT - en cours de validation -	Ce document sera présenté au prochain CVS	Le projet de règlement de fonctionnement remis est bien actualisé. La prescription 1 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 a transmis le contrat de travail à durée indéterminée du 29/10/2021 d'une IDEC, ainsi que l'avenant au contrat de travail du 30/09/2022, la plaçant en qualité d'IDEC au sein de l'EHPAD "Résidence Roussillon".					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'IDEC a bénéficié d'une formation "management infirmier" de 250 h, dispensée par l'université de Montpellier, sur la période du 03/10/2022 au 07/07/2023. La convention de formation du 13/10/2022 a été remise.					

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 est doté d'un MEDEC. En atteste son contrat de travail à durée indéterminée du 27/05/2021 remis. toutefois, il est noté que le contrat de travail n'est pas signé par le salarié. Ce contrat prévoit un temps de travail de 0,14 ETP pour le MEDEC (2h30 le mardi et 2h30 le vendredi). Ce temps de travail est insuffisant au regard des 0,60 ETP fixés réglementairement. A la lecture de son contrat, la mission relève qu'il ne mentionne pas plusieurs éléments obligatoires : - les modalités d'exercice de ses missions définies à l'article D. 312-158 et les moyens appropriés à la réalisation desdites missions au sein de l'établissement, - l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement.	Remarque 4 : en l'absence de signature du contrat de travail du MEDEC, ce document n'a pas de valeur juridique. Ecart 2 : le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD étant insuffisant au regard de sa capacité, l'EHPAD contrevent à l'article D312-156 du CASF. Ecart 3 : en l'absence de contrat de travail précisant les missions du médecin coordonnateur et son lieu d'affection, l'EHPAD contrevent à l'article D312-159-1 du CASF	Recommandation 4 : transmettre le contrat de travail à durée indéterminée signé par le MEDEC. Prescription 2 : augmenter le temps de médecin coordonnateur, au regard de la capacité autorisée de l'EHPAD, conformément à l'article D312-156 du CASF. Prescription 3 : s'assurer que le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail, intégrant notamment les modalités d'exercice de ses missions, son temps de coordination médicale et l'encadrement des actes de prescriptions médicales, conformément à l'article D312-159-1 du CASF.	1.11 CONTRAT DE TRAVAIL MEDECIN COORDONNATEUR	Après 3,5 années de poste vacant, suite au départ en retraite du médecin coordonnateur précédent, nous avons proposé au médecin actuel un mi-temps ce qu'il a refusé en raison de son activité libéral. Nous sommes bien conscient que le contrat actuel n'est pas conforme mais une réassurance est toutefois partagée par les professionnels, les résidents et proches depuis 2021, qui pour rappel était une période de la crise Covid.	Le contrat de travail du médecin coordonnateur a bien été signé. Le document n'a pas été modifié pour préciser ses missions mais il renvoie aux 13 missions de médecin coordonnateur décrites dans la fiche de poste, signée. Néanmoins, au vu de son temps de travail actuel, que le médecin coordonnateur ne souhaite pas augmenter, il ne lui est pas possible d'assurer l'ensemble des missions de MEDEC. Or, la signature de la fiche de poste vaut acceptation d'assurer les 13 missions de médecin coordonnateur. Il y a donc une incohérence qui convient de rectifier.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	L'établissement a transmis l'attestation de réussite du MEDEC au diplôme de "Coordination médicale d'établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes", au titre de l'année universitaire 2013-2014.					La recommandation 4 et la prescription 3 sont levées. La prescription 2 est maintenue dans l'attente de l'augmentation du temps de travail du MEDEC ou du recrutement d'un autre médecin pour compléter le temps de travail du MEDEC.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Non	L'établissement n'ayant pas répondu à la question, la mission s'interroge quant à la mise en place effective de la commission de coordination gériatrique.	Ecart 4 : en l'absence de réponse à la question, l'établissement n'atteste pas de sa conformité à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 4 : transmettre les PV des commissions de coordination gériatrique permettant d'attester de la conformité de l'EHPAD à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	1.13 CR COMMISSION DE COORDINATION GERIATRIQUE	En l'absence de médecin coordonnateur pendant 3,5 ans la commission de coordination s'est vue suspendue de fait. Le médecin actuel ayant pris cette fonction le 2ème semestre 2021, nous avons effectivement repoussé la tenue de cette commission sur l'exercice 2022; il était sans compter que la crise Covid a compromis également l'exercice 2022, il était sans compter que nous avons traversé 3 vagues de gestion de crise Covid déclarées à l'ARS.	Les comptes rendus de la commission de coordination gériatrique de 2015, 2016 et 2017 ont été remis, ce qui atteste bien que l'établissement réunissait régulièrement la commission avant le départ du médecin coordonnateur précédent. Il est bien noté que la commission va être relancée ; l'invitation et l'ordre du jour de la commission de coordination gériatrique du 5 décembre 2023 ont été remis. La prescription 4 est levée.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Non	L'établissement n'ayant pas répondu à la question, la mission s'interroge quant à l'élaboration du RAMA.	Ecart 5 : en l'absence de réponse à la question, l'établissement n'atteste pas de sa conformité à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : transmettre le RAMA 2022 afin de vérifier de la conformité de l'établissement à l'article D312-158 du CASF.	1.14 RAMA	RAMA 2022 incomplet pour 2 raisons : - absence de formation du médecin coordonnateur et de l'infirmière coordonnatrice à la coupe Pathos; cette dernière est prévue en février 2023 en distanciel par l'ARS Auvergne Rhône Alpes - un souci d'extraction via notre logiciel de soins ; la maintenance devrait intervenir dès le 10/11 en collaboration avec le médecin coordonnateur	Le RAMA 2022 est bien remis en élément probant. Il est pris acte de la déclaration de l'établissement pour expliquer que le document est incomplet. La prescription 5 est levée.
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou évènements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG des 6 derniers mois.	Oui	L'établissement a transmis le tableau des EI traités de juin 2022 à juin 2023 et déclare "pas d'EIG déclaré aux autorités sur cette période". La mission s'étonne de cette déclaration, car au vu des 11 motifs de signalement obligatoire posés par l'arrêté du 28/12/2016 (article 1) relatifs à l'obligation de signalement des structures M-S, 3 dysfonctionnements graves inscrits dans le tableau auraient dû faire l'objet d'une déclaration aux autorités. Il s'agit des EIG suivants : - l'EIG 5413 relatif une situation de maltraitance et non-respect de l'intimité de la personne, - l'EI 5081 faisant état de violence d'un résident envers un autre résident, - l'EI 5397 concernant le défaut et l'absence de prescription. L'établissement semble méconnaître la réglementation en vigueur sur l'obligation de signalement des structures M-S.	Ecart 6 : en l'absence de signalement de certains EIG sur les 6 derniers mois aux autorités administratives compétentes, l'EHPAD n'atteste pas assurer de manière complète et continue dans le temps l'information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 6 : informer, sans délai, les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptibles d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	1.15 PROCEDURE DE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET INDESIRABLES GRAVES	Le Copil qualité interne mis en place au cours du 2ème semestre 2023 et qui se tient chaque semaine assure le suivi des EI déclarés sur le logiciel dédié et la démarche de déclaration des EIG	Il est pris bonne note de l'existence du Copil qualité récemment mis en place. Celui-ci devra veiller à bien identifier les EI/EIG relevant d'un événement, response apportée à l'analyse des causes . La prescription 6 est levée.
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 pour l'année 2022.	Oui	L'établissement a transmis le tableau des EI traités en 2022. Il fait état de plusieurs EI/EIG, de leur description, conséquences, des mesures immédiates et actions correctives et analyses des causes. Une procédure de gestion des EI/EIG complète a également été transmise.					
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 transmis le procès-verbal des élections du 10/06/2022. L'établissement n'a pas effectué de nouvelle élection suite au décret du 25/04/2022. Sont élus au CVS : - une représentante des familles, - 3 représentants des résidents (dont 2 suppléantes), - 2 représentantes du personnel. La mission relève qu'elle n'a pas été destinataire de la décision instituant le CVS qui fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants complète de cette instance.	Ecart 7 : en l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas que la composition de l'instance est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 7 : transmettre la décision instituant tous les membres du CVS afin de vérifier sa conformité à l'article D311-5 du CASF.	1.17 CONSEIL DE LA VIE SOCIALE		Les éléments de preuve transmis permettent de lever la prescription 7.
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	Le compte rendu du CVS du 23/11/2022 atteste de l'adoption du nouveau règlement intérieur du CVS.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	5 comptes rendus de CVS ont été transmis : 11/02/2022, 30/05/2022, 28/10/2022, 18/11/2022, 06/06/2023. A leur lecture, la mission relève que les échanges entre les membres du CVS sont riches et les sujets abordés sont nombreux.					
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.							

2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.						
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.						
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.						
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.						
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.						