

RAPPORT de CONTROLE le 28/03/2023

EHPAD LA MAISON TOURNONAISE à TOURNON SUR RHONE_07

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

Thématique: CSP 6 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : COLISEE

Nombre de places : 60 places en HP dont 14 places UVP

| Questions | Fichiers déposés OUI / NON | Analyse | Ecart / 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 présente les liens hiérarchiques entre les professionnels. Il est partiellement nominatif mais n'est pas daté, ce qui ne permet pas de savoir si celui-ci est à jour. | Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme de l'EHPAD ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour. | Recommandation 1 : s'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant. | 1.1 Organigramme Maison Tournonaise | Mise à jour de l'organigramme et datation | L'organigramme présenté a été mis à jour le 26/01/2024. La présentation de l'établissement est plus lisible que celle de l'organigramme précédent. 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 déclare ne pas avoir de poste vacant. Il indique toutefois rencontrer des difficultés quant au recrutement 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 déclare que la Directrice est en cours de formation en vue de l'obtention d'un Master (niveau 1). Le certificat de scolarité correspondant n'a pas été remis. | Ecart 1 : en l'absence de transmission de certificat de scolarité ou d'autre document attestant de la formation en cours de la Directrice de l'EHPAD, l'établissement n'atteste pas de sa mise en conformité avec l'article D312-176-6 du CASF. | Prescription 1 : transmettre les justificatifs de formation en cours de la Directrice de l'EHPAD, attestant que l'établissement se conforme à l'article D312-176-6 du CASF. | 1.3.1Contrat de travail DE 132 diplôme Psychologie du Travail DE 1.3.3 Mastère management structures sanitaires et médico-sociales | Nouvelle directrice nommée au 18/12/2023, titulaire Master I | L'établissement déclare qu'une nouvelle directrice a été nommée au sein de l'établissement, en décembre 2023. Il est déclaré que la Directrice est titulaire d'un master 1 (niveau 6). Son diplôme n'a pas été remis. La prescription 1 est maintenue. Transmettre le diplôme de la nouvelle directrice de l'EHPAD. |
| 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 | L'établissement a remis la délégation de pouvoir de la Directrice, datée du 01/10/2022. Le document répond aux attentes réglementaires d'un DUD. | | | 1.4 Délégation de pouvoir DE | Délégation de pouvoirs nouvelle directrice | Il est accusé bonne réception de la délégation de pouvoir accordé à la nouvelle Directrice de l'EHPAD. Le document est conforme. |
| 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 la directrice n'assure pas d'astreinte administrative. Une permanence administrative est mise en place sur la structure du lundi matin 8h au dimanche soir 19h00, assurée par l'adjointe de direction et la maîtresse de maison. Il est précisé que "si l'une des 2 salariées est en congés, la Directrice effectue le remplacement". Pour autant, le planning du 1er semestre 2023 remis ne le confirme pas puisque seuls les noms de l'adjointe de direction et de la maîtresse de maison sont mentionnés. De plus, sans la légende, le planning remis est difficilement compréhensible. Rien n'est précisé concernant les heures non ouvrées, entre 19h et 8h, semaine et week-end. Il est aussi déclaré que la Directrice vient régulièrement le samedi et dimanche et que "les salariés savent qu'elles peuvent déranger la direction". Pour autant, rien n'est écrit puisqu'il est précisé qu'il n'existe pas de procédure. Cette absence de formalisation des modalités d'organisation de la permanence administrative établie peut mettre en difficulté le personnel présent le soir et la nuit, sans consignes claires. | Remarque 2 : L'absence de formalisation du dispositif de permanence administrative, qui repose sur l'adjointe de direction, la maîtresse de maison et la directrice, et de précision sur la continuité de la permanence soir/nuIt de semaine et week-end, peut mettre en difficulté le personnel présent. | Recommandation 2 : formaliser le dispositif de la permanence mis en place au sein de l'EHPAD, afin de permettre au personnel d'avoir à disposition des consignes claires et connaître les modalités d'organisation de la permanence administrative en continu dans le temps (semaine, week-end et soir/nuIt de 19h à 8h). | 1.5.1.Planning astreintes 1 ^{er} semestre 2024 1.5.2 Protocole astreinte | Une astreinte administrative est mise en place pour le 1er semestre 2024 | Le planning d'astreinte administrative du 1er semestre ainsi que le protocole d'astreinte ont été remis. Le planning est annexé au protocole et indique que l'astreinte s'effectue les nuits de 19h à 8h30, les week-ends et les jours fériés. Le planning présente également le numéro de la Directrice, de l'adjointe de direction et de l'IDEC qui sont responsables de l'astreinte, par roulement. Le protocole remis présente les situations nécessitant le recours à l'astreinte. La recommandation 2 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 remis trois comptes rendus de CODIR : 21/07/2023, 04/10/2023 et 17/10/2023. L'organisation de seulement 3 CODIR sur une période de 4 mois atteste qu'il n'y a pas de régularité dans la tenue du CODIR, ce qui peut fragiliser la continuité de l'organisation de l'établissement et nuire à la circulation en transversalité de l'information entre la Directrice et les cadres de l'EHPAD. L'absence de CODIR rapprochés montre aussi qu'il n'est pas utilisé par la direction comme un outil de pilotage et de management de l'EHPAD. Les sujets abordés en CODIR sont relatifs à la gestion et à l'organisation de l'EHPAD. Des questions se rapportant à la prise en charge des résidents sont aussi évoquées en réunion. | Remarque 3 : les CODIR ne sont pas régulièrement mis en place ce qui ne permet pas de favoriser la continuité de l'organisation de l'établissement ainsi que la circulation en transversalité de l'information entre la Directrice et les cadres de l'EHPAD. | Recommandation 3 : réunir le CODIR de manière régulière afin de contribuer à une meilleure continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations. | 1.6.1 Ordre du jour Codir du 25-01-2024 1.6.2 feuille émargement codir du 25-01-2024 | Nouvelle directrice nommée le 18/12/2023 le premier CODIR a été organisé le 25/01/2023 et sera reconduit toutes les semaines | Il est pris note de l'engagement de la nouvelle Directrice à réunir le CODIR de manière hebdomadaire. Le premier compte rendu du CODIR (25/01/2024) a été remis ainsi que sa feuille d'émargement. La recommandation 3 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 2021-2025. Il a été élaboré par l'ancien organisme gestionnaire ". Il développe notamment le projet de soins de l'EHPAD, le projet relatif à l'UVP ainsi qu'un projet "d'hébergement de courts séjours", mis en place dans la limite de 3 mois par an. En fin de document, 4 fiches présentent les objectifs et actions de mise en œuvre du projet d'établissement : - amélioration du processus d'accueil et d'admission, - amélioration de la communication auprès des salariés, - amélioration de la communication auprès des usagers et des partenaires, - développer la démarche d'amélioration continue. | | | | | |
| 1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document. | Oui | Le règlement de fonctionnement a été remis. Il est conforme aux attentes réglementaires. Il a été consulté par le CVS et appliqué à partir du 24/04/2023. | | | | | |
| 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'avenant au contrat de travail à durée indéterminée de l'IDEC, daté du 01/06/2022. Il y est mentionné que l'infirmière a été tout d'abord recrutée au 15/01/2022 en qualité d'IDE référente à temps complet et qu'elle est engagée, à compter du 01/06/2022, en qualité d'infirmière diplômée d'Etat coordinatrice. | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----|--|--|---|--|--|--|
| 1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif | Oui | L'établissement déclare qu'une "formation management positif avait été programmée pour l'IDEC et l'adjointe de direction en 2018". Or, cette formation est ancienne et ne concerne pas l'IDEC actuellement en poste puisqu'elle n'occupe ses fonctions d'IDEC que depuis juin 2022. Par ailleurs, il est évoqué une formation interne au groupe Colisée, intitulée "gagner le match de la confiance", organisée sur 2 jours en octobre 2023. Cette session de formation concerne le binôme CODIR, Directrice et Directrice adjointe, à qui le mail est adressé pour confirmation leur inscription au module de formation. L'IDEC n'est pas concernée par cette formation. L'établissement n'atteste donc pas que l'IDEC a été accompagnée depuis sa prise de fonction en juin 2022 et qu'elle a bénéficié depuis d'une formation spécifique à l'encadrement, afin de lui permettre d'assurer les missions de management de proximité, de coordination et de pilotage de l'équipe pluridisciplinaire. | Remarque 4 : en l'absence de transmission de document attestant de la formation de l'IDEC à l'encadrement et au management d'équipe, l'établissement n'atteste pas qu'il l'ait accompagné dans sa prise de poste depuis juin 2022, par la formation, pour acquérir les compétences professionnelles et managériales requises pour occuper ses fonctions d'IDEC. | Recommandation 4 : accompagner l'IDEC dans un processus de formation qualifiante afin de lui permettre d'acquérir les compétences professionnelles et managériales requises pour occuper ses fonctions d'IDEC. | 1.10.1 Contrat de travail IDEC 1.10.2 Diplôme Infirmier IDEC 1.10.3 Maîtrise mention droit et management des organisations sanitaires et sociales IDEC | Une nouvelle IDEC recrutée au 08/01/2024 titulaire d'un diplôme en management | Le contrat à durée indéterminée du 08/01/2024 de la nouvelle IDEC a été remis. Elle est titulaire du diplôme d'infirmier ainsi que d'une maîtrise en droit, économie, gestion mention droit et management des organisations sanitaires et sociales. L'ensemble des documents remis atteste du niveau de qualification de l'IDEC en poste à l'EHPAD la Maison Tournonaise. La recommandation 4 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'établissement dispose d'un MEDEC, présent à hauteur de 0,50 ETP. Son planning remis confirme son temps de travail. A la lecture du contrat de travail, la mission relève que le MEDEC, âgé de 73 en décembre 2023, est en droit de faire valoir ses droits à la retraite. Il serait prudent que l'établissement envisage de préparer son remplacement, si cela n'est pas déjà fait. | Remarque 5 : compte tenu de l'âge du médecin coordonnateur (73 ans), celui-ci pourrait envisager à court terme de faire valoir ses droits à la retraite et l'EHPAD pourrait se trouver en difficulté sans MEDEC. | Recommandation 5 : anticiper d'ores et déjà le départ du MEDEC en poste. | | Le MEDEC nous a informé qu'il n'a pas de projet de départ en retraite pour les années 2024-2025 Les Ressources humaines ont été saisies au niveau régional afin d'anticiper un éventuel départ du MEDEC en 2026 | Il est pris bonne note de la déclaration de l'EHPAD. La recommandation 5 est levée. |
| 1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs. | Oui | Le MEDEC est titulaire d'un DU de coordination médicale EHPAD attestant 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 | La commission de coordination gériatrique n'est plus en place depuis 2018. L'établissement l'explique par la difficulté de faire venir les médecins traitants aux réunions, ce "qui devient de plus en plus compliqué". Pour autant, il est rappelé que la tenue de la commission de coordination gériatrique n'est pas conditionnée à la seule présence des médecins traitants, mais par la présence de l'ensemble des intervenants libéraux et salariés de l'EHPAD. | Ecart 2 : en l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. | Prescription 2 : organiser annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. | 1.13.1 Courrier invitation CCG du 05.02.2024 1.13.2 feuille émargement CCG du 05.02.2024 | Une commission de coordination gériatrique est prévue le 5 Février 2024 | Dont acte. La prescription 2 est levée. |
| 1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022). | Oui | Il a été adressé le RAMA 2021. Concernant le RAMA 2022, il est déclaré que, "suite au rachat de l'établissement en 2022 et du changement de logiciel de soins, l'établissement n'a pas été en mesure de produire le RAMA en 2022". Il est rappelé que le RAMA est un outil de pilotage au service de l'établissement, qui permet un suivi annuel du projet de soins, de l'évolution des bonnes pratiques de soins et des caractéristiques de la population accueillie. A ce titre, il convient de produire les données du RAMA 2022, afin de permettre la continuité des informations médicales se rapportant à la prise en charge des résidents. | Ecart 3 : en l'absence de rédaction du RAMA 2022, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF. | Prescription 3 : rédiger le RAMA 2022, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. | 1.14 RAMA 2022 | Le RAMA 2022 n'a pas pu être remis en raison de l'écrasement de certaines données suite au passage de l'application à . Nous avons pu récupérer les éléments du RAMA 2022 | Le RAMA 2022 a été remis. Il est conforme aux attentes réglementaires. La prescription 3 est 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 a remis les événements indésirables déclarés en 2022 et 2023 sur le logiciel (déclaration interne du groupe). Au total 8 événements ont été déclarés sur cette plateforme durant cette période. Deux ont été renseignés comme étant des EIG par la direction : 20/01/2023 et 22/01/2023. Seul ce dernier a été déclaré à l'ARS et a fait l'objet de nombreux échanges entre la direction de l'établissement et les services de l'ARS-DT07. | | | | | |
| 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, depuis le 1er janvier 2022 et 2023. | Oui | L'établissement a transmis le tableau d'enregistrement des événements indésirables ainsi que la procédure de gestion des EI et la procédure de signalement externe des EI. Le tableau transmis est très synthétique et ne contient pas la description de l'évènement et ne permet pas de voir les mesures correctives qui sont appliquées. Selon les procédures, les événements les plus graves sont analysés au niveau de la cellule de crise de COUISEE et en cellule de gestion des risques ou en CODIR pour les autres événements. La recherche de la cause et un plan d'action sont mis en place au sein de l'EHPAD. | Remarque 6 : en l'absence de données détaillées sur les événements indésirables, le tableau d'enregistrement des EI manque de précisions. | Recommandation 6 : revoir le tableau des EI/EIG de l'EHPAD en détaillant davantage les événements survenus ainsi que les actions correctives mises en œuvre. | 1.16 tableau des EI/EIG 2022-2023-2024 | En 2024 les EI et EIG feront l'objet d'une analyse en transmission d'équipe, en Copil et par la cellule de crise si nécessaire. | La pièce jointe n'a pas été remise, ce qui ne permet pas de lever la recommandation. La recommandation 6 est donc 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 | La Directrice déclare ne "pas se rappeler de cela et n'avoir rien fait". Elle précise qu'elle "va analyser le décret et faire le nécessaire au plus vite". Il paraît étonnant que l'évolution réglementaire de 2022 concernant le CVS soit méconnue de la Directrice, et que le groupe Colisée, auquel l'EHPAD est rattaché depuis 2022 n'ait pas organisé et donné des directives, par l'intermédiaire de son siège, pour mettre en place les nouveaux CVS dans les EHPAD du groupe. Par ailleurs, la composition du CVS n'a pas été remise. La consultation des comptes rendus du CVS transmis fait apparaître les présents aux séances : plusieurs résidents, comprenant la Présidente du CVS, des familles et des professionnels. Les personnes présentes ne sont pas classées par catégories de membres du CVS : représentants des résidents, des familles, des professionnels et de l'organisme gestionnaire. Les comptes rendus ne laissent pas apparaître l'existence de représentants élus du personnel, ni de représentant désigné de l'organisme gestionnaire. | Ecart 4 : en l'absence de transmission de la composition complète du CVS, l'établissement n'atteste pas que la composition du CVS est conforme à l'article D311-5 du CASF. | Prescription 4 : transmettre la composition complète du CVS afin de vérifier sa conformité à l'article D311-5 du CASF. | 1.17.2 Convocation du CVS au 15-02-2024 1.17.1 Composition du CVS | Afin de répondre au décret du 25 avril 2022 des élections seront organisées, le CVS actuel ne répondant pas aux obligations légales | La composition du CVS, présentée dans le document remis, n'est effectivement pas réglementaire puisque qu'il mentionne comme représentants des résidents, l'ensemble des résidents et comme représentants des familles, l'ensemble des familles. Concernant le représentant de l'organisme gestionnaire, 3 professionnels sont indiqués à tort : la Directrice, la psychologue et l'IDEC. Le directeur régional du groupe pourrait représenter le groupe gestionnaire, comme c'est déjà le cas pour des EPAD du groupe de la région. Il est déclaré que des élections seront organisées, mais sans précision de date. Au regard de la réponse et documents versés pour la question suivante, il est supposé que les élections se sont tenues en janvier 2024. La prescription 4 est maintenue. Transmettre la nouvelle composition du CVS, suite à l'élection des représentants des résidents et des familles, intervenue en janvier 2024, et la désignation du représentant de l'organisme gestionnaire. |
| 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 | Pour toute réponse, il est remis l'invitation pour le CVS du 04/05/2023, qui précise l'ordre du jour de la séance. Il n'y est pas fait mention d'élections du CVS, ni du règlement intérieur de l'instance. L'établissement n'atteste pas que le CVS dispose bien d'un règlement intérieur et que celui-ci a fait l'objet d'une approbation par le CVS. | Ecart 5 : en l'absence de règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF. | Prescription 5 : doter le CVS d'un règlement intérieur conformément à l'article D311-19 du CASF. | 1.18 Convocation du CVS au 15-02-2024 | Le règlement intérieur du CVS sera vu après les élections du nouveau CVS répondant aux obligations légales. | Il est pris bonne note de l'engagement de l'EHPAD d'établir le règlement intérieur du CVS une fois ce dernier élu, et soumis à la validation du CVS du 15/02/2024. Le règlement intérieur du CVS est à l'ordre du jour. Le compte rendu de ce CVS pourra être valablement transmis. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente de l'actualisation du règlement intérieur du CVS. |

| | | | | | | | |
|--|-----|--|---|--|---|--|--|
| 1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023 | Oui | L'établissement a transmis cinq comptes rendus de CVS : 29/04/2022, 04/08/2022, 22/12/2022, 11/02/2023 et 04/05/2023. Le CVS du 11/02/2022 est consacré à l'UVP. Les échanges et les sujets abordés en CVS sont nombreux. La Directrice de l'établissement signe les comptes rendus. Il est rappelé que seul le Président en a la capacité. | Ecart 6 : en faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice en plus du Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF. | Prescription 6 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF. | 1.19.1 Compte Rendu CVS du 29.04.2022 1.19.2 Compte Rendu CVS du 04.08.2022 1.19.3 Compte Rendu CVS du 22.12.2022 1.19.4 Compte Rendu CVS du 11.02.2023 1.19.5 Compte Rendu CVS du 04.0.20235 | | Les comptes rendus des CVS en 2022 et 2023 ont été remis. Les signatures de la Directrice ont été retirées. Seule celle de la Présidente du CVS y est maintenant inscrite. La prescription 6 est levée. |
| 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 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. | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |