

RAPPORT de CONTROLE le 18/12/2023

EHPAD MDR BEVIERE à GRENOBLE_38

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

Thématique: CSP 5 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION ARBRES DE VIE

Nombre de places : 95 places : 84 places HP dont 28 Alzheimer, mal. appar. + 3 places en HT dont 2 Alzheimer, mal. appar. + 8 places AJ Alzheimer et mal. appar.

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart(s) / 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 partiellement nominatif et a été mis à jour le 02/11/2022. Il identifie la structuration de l'organisme gestionnaire, de l'EHPAD « Bévière » et de l'accueil de jour « Les Dahlias ». Il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents personnels de l'association et de l'EHPAD.					
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare 5,44 ETP vacants : - 2 postes d'IDE à 0.80 ETP, donc 1,60 ETP au total - 4 postes d'AS à 0.71 ETP, donc 2,84 ETP au total - 1 ETP d'AVS. Il indique également que deux départs sont prévus, en raison d'une démission à venir d'une IDE et d'une procédure en inaptitude d'une AVS en cours. Deux recrutements sont également prévus : 1 contrat d'apprentissage en vue de l'obtention du DEAS et 1 ETP d'AS de nuit.					
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	Le Directeur adjoint, qui est dénommé "directeur de proximité", ne dispose pas du niveau de qualifications requis pour exercer ses fonctions. Néanmoins, celui-ci est en cours de formation de Master 2 "management des organisations de santé – direction et pilotage stratégique des parcours et organisations sociales et médico-sociales". Son certificat de scolarité pour l'année 2022-2023 a été transmis.					
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 subdélégation de pouvoirs et de signatures au Directeur Adjoint. Ce document, qui fait office de DUD, est conforme à la réglementation.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	L'établissement a remis la procédure d'astreinte administrative et technique ainsi que les plannings du premier et deuxième semestre 2023 pour les 2 modalités d'astreintes. A la lecture de ces documents, il est relevé que l'astreinte fonctionne de manière continue et qu'elle repose sur plusieurs cadres de l'association et agents techniques, qui effectuent une semaine de garde à tour de rôle.					
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement a transmis 4 comptes rendus de CODIR : 19/06/2023, 26/06/2023, 28/08/2023, 04/09/2023. Les CODIR n'ont pas été réguliers sur la période. Cette absence de régularité des réunions de CODIR si elle est continue dans le temps peut fragiliser la continuité de l'organisation de l'établissement. Par ailleurs, les comptes rendus n'identifient pas qui assiste aux réunions et le contenu des comptes rendus ne rend pas compte des échanges entre les professionnels présents au CODIR et des décisions prises, ce qui peut gêner le suivi des décisions prises en CODIR.	Remarque 1 : l'absence de régularité du CODIR peut fragiliser la continuité de l'organisation de l'établissement et l'absence de retranscription des échanges et des décisions prises en réunion peut gêner le suivi des décisions.	Recommandation 1 : réunir le CODIR de manière régulière afin de contribuer à une meilleure continuité de l'organisation de l'établissement et retranscrire l'ensemble des échanges et suivi des décisions prises dans les comptes rendus des CODIR.		Le CODIR de l'établissement a lieu le lundi matin de 9h30 à 11h30, il est suivi de la Commission d'admission à compter de 11h30. Nous maintiendrons ce jour du lundi pour le CODIR car tous les membres du CODIR sont présents. Une attention particulière sera portée pour la rédaction des CR.	Il est pris note de l'engagement de l'établissement de réunir le CODIR le lundi matin. Il veillera à la formalisation des comptes rendus du CODIR, ce qui contribuera à conserver une trace des échanges et décisions prises en CODIR. La recommandation 1 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis est ancien. Il couvre la période 2010-2015 et aurait dû être mis à jour il y a 8 ans. La consultation du document met en évidence que les thématiques obligatoires qui définissent un projet d'établissement ne sont pas présentes : absence de projet de soins, de la définition de la coopération et de la mise en place de soins palliatifs, projet relatif à l'accueil de jour, à l'hébergement temporaire. De plus, il n'est pas finalisé sur plusieurs points : - Plusieurs thématiques ne sont pas complétées, voire vides : convention tripartite, évaluation interne, projets de soins/ architectural/social ; - Certaines mentions sont inscrites : "merci de renseigner les données ci-dessous", "à compléter par mes soins"; - Des tableaux sont vides et des données chiffrées non renseignées avec comme indication : "XXX"; - Les avis du CE et CVS ainsi que la validation du CA ne sont pas indiqués.	Ecart 2 : en n'ayant pas actualisé son projet d'établissement depuis 2015, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : réactualiser le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 du CASF.		Le projet d'établissement sera réactualisé en 2024. Une première réunion de pilotage a eu lieu le 30/11/2023 composé de la CDS, la psychologue, la Medco, La comptable, l'animatrice, une IDE et une AS et du Directeur Adjoint. Un planning des dates de groupe de travail réécriture du projet d'établissement a été établi (Cf.1.7)	Le document intitulé "dates prévisionnelles groupe de travail réécriture du projet d'établissement" établit le calendrier des réunions du COPIL, composé du Directeur Adjoint, CDS, psychologue, Médecin Coordinateur, animatrice, Agent Comptable, une IDE, une AS et le préventeur. Les réunions du COPIL sont programmées entre le 16/02 et le 10/06/2024. A certaines réunions seront invités les partenaires (le 1er mars 2024), les membres du CVS (18 mars 2024), des résidents (2 avril 2024) et des élus (3 mai 2024). Il n'est pas évoqué l'organisation de groupes de travail réunissant les professionnels de l'EHPAD pour travailler sur des thématiques identifiées. Or, il est essentiel d'assurer la participation des professionnels de l'EHPAD à la construction du projet d'établissement afin qu'ils se l'approprient et que celui-ci devienne un outil de pilotage pour la direction. Cette absence de participation des professionnels est en décalage avec les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de la HAS qui explique "qu'il est recommandé que ce projet collectif soit construit avec le concours de tous les professionnels de l'établissement ou du service, pour qu'il soit fédérateur et mobilisateur et qu'ils puissent s'y reconnaître". L'établissement veillera à assurer leur participation à l'élaboration du projet d'établissement. La prescription 2 est levée.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour de l'EHPAD. Il n'a pas transmis le règlement de fonctionnement global de l'EHPAD, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'existence de ce document.	Ecart 3 : en l'absence de transmission du règlement de fonctionnement, l'établissement n'atteste pas être en conformité avec l'article L311-7 du CASF.	Prescription 3 : transmettre le règlement de fonctionnement de l'EHPAD afin d'attester de la conformité de l'établissement à l'article L311-7 du CASF.		(Cf. 1.8)	Le règlement de fonctionnement commun à 3 EHPAD gérés par le même organisme gestionnaire a été remis. 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. En atteste son avenant au contrat de travail à durée indéterminée, daté du 16/12/2013, remis.					

1.10 L’IDEC dispose-t-il/elle d’une formation spécifique à l’encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L’IDEC de l’établissement a bénéficié d’une formation en Manager dans le secteur de la santé et du médico-social, sur la période du 22/03/2023 au 08/06/2023, pour un total de 28h de formation. L’attestation de présence et de fin de formation de l’IDEC 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 dispose d’un MEDEC, présent à hauteur de 0,50 ETP. En atteste son contrat de travail à durée indéterminée, daté du 01/01/2023. Son temps de présence est légèrement en-deçà du temps réglementaire requis, qui est de 0,60 ETP pour un EHPAD d’une capacité autorisée de 95 places.	Ecart 4 : le temps de travail du MEDEC, légèrement en dessous du temps réglementaire prévu pour un EHPAD de 95 places, contrevient à l’article D312-156 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 D312-156 du CASF.		Notre médecin coordonnateur travaille à 0,50 ETP et ne souhaite pas passer à 0,60 ETP actuellement.	Il est pris note du refus du MEDEC d’augmenter son temps de travail, qui reste toutefois très proche du temps de présence de MEDEC requis. La prescription 4 est levée.
1.12 Dispose-t-il d’une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	L’établissement a remis un certificat provisoire de la faculté de médecine de Nancy précisant que le MEDEC est titulaire d’une capacité en gérontologie.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	En réponse, l’établissement a remis un échange de mail, datés du 17/10/2022, entre le MEDEC de l’époque et le Directeur, qui informent que le MEDEC annule la "réunion avec les médecins" faute de participant, un seul médecin gériatre sur les 29 invités avait répondu positivement à l’invitation. Les modalités d’organisation de la commission de coordination gériatrique sont peut-être à revoir afin de mobiliser le plus de professionnels possible. L’établissement doit poursuivre ses efforts pour réunir la commission.	Ecart 5 : en l’absence de commission de coordination gériatrique, l’EHPAD contrevient à l’article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : organiser la commission de coordination gériatrique à minima une fois par an conformément à l’article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Une commission de coordination gériatrique sera organisée en 2024 et sera tenue même en cas d’absences de médecins traitants. Un CR sera rédigé.	Il est pris note de la déclaration de l’EHPAD. La tenue prochaine de la commission de coordination gériatrique en 2024 contribuera à l’organisation de l’intervention de l’ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l’établissement. La prescription 5 est levée.
1.14 Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	L’établissement a remis le RAMA 2022.					
1.15 L’établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des évènements indésirables (EI) et ou évènements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EI/EIG des 6 derniers mois.	Non	L’établissement ne répond pas à la question. Il n’atteste donc pas de son information sans délai aux autorités administratives compétentes, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des personnes accueillies.	Ecart 6 : en l’absence de transmission des signalements d’EIG sur les 6 derniers mois, l’EHPAD n’atteste pas de l’information sans délai, aux autorités administratives compétentes, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des résidents, tel que prévu par l’article L331-8-1 du CASF.	Prescription 6 : informer sans délai, les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d’affecter la prise en charge des résidents, conformément à l’article L331-8-1 du CASF.		L’établissement informera sans délai tout dysfonctionnement grave susceptible d’affecter la prise en charge des résidents par mail via l’adresse: ars69-alerte@ars.sante.fr	Il est pris bonne note de l’engagement de l’établissement à informer sans délai les autorités de contrôle en cas de survenue d’EIG. 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’évènement, 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 remis une série de documents nommée "Plans d’actions exemple analyse EI". Plusieurs EI/EIG sont présentés ainsi que plusieurs méthodes de traitement. La réponse de l’EHPAD n’est pas satisfaisante. En l’absence de transmission de tableau de bord EI/EIG 2022 mentionnant la déclaration en interne, le traitement de l’évènement, la réponse apportée à l’analyse des causes de l’évènement, l’EHPAD n’atteste pas avoir mis en place un dispositif de gestion global des EI/EIG.	Ecart 7 : en l’absence de transmission du tableau de suivi des EI justifiant de la déclaration systématique en interne des EI et EIG au sein de l’EHPAD et de toutes les actions permettant le développement de la démarche qualité et gestion des risques, l’EHPAD contrevient aux l’article L311-3 et L331-8-1 du CASF.	Prescription 7 : transmettre le tableau de bord des EI et EIG de 2022, afin de s’assurer de la déclaration et de la prévention des EI/EIG, conformément aux articles L311-3 et L331-8-1 du CASF.		L’année 2022 a été une année de transition, avec l’absence du Directeur de l’établissement à compter d’avril 2022 et la mise en place d’un logiciel pour améliorer le traitement et le suivi des E.I. A titre de bonne foi, en pj le tableau de bord des E.I pour 2023 via le logiciel .	Il est dommage que la pièce jointe n’ait pas été remise. Pour autant, il est bien relevé que l’établissement a connu une année de transition en 2022 et que l’établissement s’est doté du logiciel . La prescription 7 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 a remis la liste des personnes élues au CVS, suite à son élection du 31/03/2023. Ont élus aux CVS : - 3 représentants des personnes accueillies, dont un suppléant, - 2 représentantes des familles, dont une suppléante, - une représentante des professionnels. L’établissement n’a pas indiqué le(s) représentant(s) de l’organisme gestionnaire.	Ecart 8 : en l’absence de précision sur le représentant de l’organisme gestionnaire, l’établissement n’atteste pas que la composition du CVS est conforme à l’article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : transmettre la compositions complète des membres du CVS, incluant le représentant de l’organisme gestionnaire, afin d’attester de la conformité du CVS à l’article D311-5 du CASF.		Cf.1.17	L’établissement a remis la liste complète des membres du CVS. Toutefois, le directeur de l’établissement est mentionné comme le représentant de l’organisme gestionnaire. Or, le directeur est membre du CVS, au titre de l’article D 311-9 du CASF, avec voix consultative. Il ne peut pas représenter également l’organisme gestionnaire, dont la représentation est assurée au titre de l’article D 311-5 du CASF, avec voix délibérative. Un (ou des) représentant(s) de l’association Abres de Vie doit(vent) être désigné(s) par son Conseil d’Administration. L’établissement veillera à se conformer à la réglementation sur ce point. La prescription 8 est toutefois 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.	Non	L’établissement ne répond pas à la question. La mission relève que suite au CVS d’installation du 27/04/2023, le CVS n’a pas établi son règlement intérieur dès sa première réunion.	Ecart 9 : en l’absence de validation du règlement intérieur du CVS, suite aux dernières élections, l’EHPAD contrevient à l’article D311-19 du CASF	Prescription 9 : valider le nouveau règlement de fonctionnement du CVS afin de se conformer à l’article D311-19 du CASF.		Cf. 1.18	Le règlement de "fonctionnement" du CVS a été validé par le CVS le 28/09/2023. Pour autant, à la lecture de ce dernier, il est relevé qu’il n’a pas été actualisé depuis l’application du décret du 25/04/2022, notamment sur les point relatifs à la communication de l’ordre du jour (délai non réglementaire) et sur les compétences ainsi que les fonctions du CVS (trop restrictives au regard du nouveau décret). L’établissement veillera à se mettre en conformité sur ce point. La prescription 9 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	4 comptes rendus ont été remis à la mission : 22/09/2022, 27/04/2023 et 12/06/2023. Un troisième CVS en 2023 est prévu le 28/09/2023. L’établissement n’ayant transmis qu’un seul compte rendu de CVS en 2022, il n’atteste pas que trois CVS se sont tenus cette année-là.	Ecart 10 : en l’absence d’organisation de 3 CVS en 2022, l’EHPAD contrevient à l’article D311-16 du CASF.	Prescription 10 : organiser 3 CVS par an, conformément à l’article D311-16 du CASF.		L’année 2022 a été une année de transition, avec l’absence du Directeur de l’établissement à compter d’avril 2022. 4 CVS ont été organisés en 2023.(Cf.1.18 + 1.19). 3 seront réalisés en 2024,	L’établissement a remis 4 comptes rendus de CVS tenus en 2023. Dont acte. La prescription 10 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.	Oui	L’établissement a remis son arrêté de renouvellement d’autorisation. Il est autorisé pour : - 84 places en hébergement permanent dont 28 Alzheimer et maladies apparentées, - 3 places en hébergement temporaire dont 2 Alzheimer et maladies apparentées, - 8 places en accueil de jour Alzheimer et maladies apparentées.					
2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	Oui	Au 01/01/2023 l’établissement déclare que 17 personnes sont inscrites en accueil de jour et deux personnes sont accueillies en hébergement temporaire sur les trois places autorisées.					
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.	Oui	L’établissement a remis le projet de service de l’accueil de jour, mais pas de l’hébergement temporaire.	Ecart 11 : il n’existe pas de projet spécifique de service pour l’hébergement temporaire, ce qui contrevient à l’article D312-9 du CASF.	Prescription 11 : rédiger un projet de service spécifique pour l’hébergement temporaire, qui s’intégrera dans le prochain projet d’établissement en vertu de l’article D312-9 du CASF.		Le projet de service spécifique à l’hébergement temporaire s’intégrera dans la nouvelle rédaction du prochain projet d’établissement prévu en 2024.	La réponse fait état de l’intégration du projet de service de l’hébergement temporaire dans le projet d’établissement. La prescription 11 est levée.
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.	Oui	L’établissement a mis en place une équipe spécifique à l’accueil de jour. L’hébergement temporaire n’a pas de professionnels dédiés, ce qui ne garantit pas une réponse adaptée aux besoins spécifiques des personnes accueillies en hébergement temporaire.	Remarque 2 : l’absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 3 places d’hébergement temporaire n’atteste pas que la prise en charge pour ce public est organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Recommandation 2 : organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 3 places d’hébergement temporaire, avec du personnel dédié.		Impossible de mettre en place du personnel dédié car les 3 places d’hébergements temporaires sont situés dans les mêmes locaux/unités que les chambres d’hébergements permanentes et ne font pas l’objet d’une dissociation architectural, physique ou géographique.	Il est bien noté que l’établissement n’arrive pas à identifier du personnel dédié à l’accompagnement des personnes accueillies sur les places d’HT. Néanmoins, un référent de l’HT pourrait être valablement identifié avec des temps dédiés de personnels médicaux et paramédicaux, afin de suivre le projet de l’HT et d’en assurer la lisibilité en interne, structurer les liens et les coordinations avec les partenaires en amont et en aval de l’HT et assurer le lien et l’articulation avec l’entourage de la personne âgée. La recommandation 2 est levée.

2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	L'équipe de l'accueil de jour est composée de deux professionnels. Seule une intervenante est diplômée aide-soignante.					
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.	Oui	L'établissement a remis le règlement de fonctionnement de l'accueil de jour, mais pas celui de l'hébergement temporaire. Le règlement de l'accueil de jour est rédigé à part du règlement de fonctionnement, à sa lecture la mission relève qu'il est ancien, "il a été approuvé par le Bureau du Conseil d'Administration du 26/06/2012" et il ne fait pas mention de sa consultation par le CVS.	Ecart 12 : en l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour , dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 12 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour et les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D311-9 du CASF.		Cf.1.8 Règlement de fonctionnement,	Le règlement de fonctionnement remis présente de manière globale les modalités d'accueil des 3 établissements auxquels il se rapporte, sans précision sur les possibles spécificités en matière d'offre, notamment l'HT. L'organisme gestionnaire veillera à introduire dans ce règlement de fonctionnement les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire de l'EHPAD. La prescription 12 est levée.