

RAPPORT de CONTROLE le 28/08/2024

EHPAD CLOS BESSON VIF à VIF_38

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

Thématique: CSP 9 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS VIF

Nombre de places : 45 places dont 33 places HP et 12 places en UV

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart / 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'organigramme de l'établissement est nominatif mais non-daté, ce qui ne permet pas de vérifier s'il est à jour. L'organigramme présente les liens hiérarchiques et fonctionnels.	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.	Recommendation 1 : S'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	Organigramme EHPAD au 20240101.pdf	Le document a été daté	L'organigramme remis est bien daté. La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	NON	Aucun document n'a été remis.	Remarque 2 : En l'absence de transmission d'élément concernant le nombre de postes vacants ainsi que la nature et la qualification des postes, la mission ne peut porter une appréciation sur la stabilité des équipes et sur la prise en charge pluridisciplinaire des résidents.	Recommendation 2 : Transmettre tout élément permettant d'identifier les postes vacants au sein de l'établissement.	TABLEAU DES EMPLOIS EHPAD juillet 2024 SP.pdf	Le tableau des emplois a été mis en jour en faisant apparaître les postes vacants et en situation particulière	Le tableau des emplois remis détaille les postes occupés et vacants, pour la plupart remplacés. La recommandation 2 est levée.
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 est titulaire d'un master 2 "Direction, organisation et stratégies des structures sanitaires et médico-sociales", ce qui atteste d'un niveau 7.					
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 déclare ne pas disposer de DUD, soulignant que le contrat de travail est de droit public. Or, il convient de rappeler que la délégation du secteur communal est obligatoire au titre de l'article D312-176-5 du CASF. La délégation donne de la lisibilité dans la gestion des établissements. Elle éclaire les relations entre l'association gestionnaire et le chargé de direction.	Ecart 1 : Le directeur ne dispose pas de document unique de délégation du Conseil d'administration de l'EHPAD Clos Besson Vif et par conséquent contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : Se mettre en conformité et élaborer un document unique de délégation du Conseil d'administration de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 du CASF.		Un DUD sera proposé aux instances du CCAS en septembre 2024	Il est bien compris que l'établissement s'engage à rédiger le DUD pour le directeur de l'EHPAD. Toutefois, aucun document probant n'est transmis comme le projet de DUD. La prescription 1 est donc maintenue. Il est attendu la transmission du DUD du directeur, dans le cadre du suivi.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé le 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	OUI	L'établissement déclare qu'il n'existe pas d'astreinte administrative de direction et qu'il existe uniquement une astreinte technique via l'astreinte des élus de la commune. L'absence d'une astreinte de direction (nuit et week-end) pose la question de la continuité de la Direction.	Remarque 3 : L'absence d'astreinte de direction (soirs/nuits et week-end) ne permet pas d'assurer la continuité de la fonction de direction, ce qui peut mettre en péril la sécurité des résidents.	Recommendation 3 : Veiller à mettre en place une astreinte de direction, permettant d'assurer la continuité de la fonction de direction et d'assurer la sécurité des résidents.		La mise en place d'astreintes de direction + un règlement seront proposés au Comité Social Territorial du mois de Septembre, puis délibération au conseil d'administration le 26 septembre et démarrage des astreintes le 01/10/2024	Il est bien pris note de l'engagement pris de mettre en place à partir du 1er octobre 2024 un dispositif d'astreinte. Néanmoins, en l'absence d'éléments probants à l'appui de la déclaration, la recommandation 3 est maintenue. Transmettre tous les éléments de preuve attestant de la mise en place du dispositif d'astreinte (dont les documents soumis au Comité Social Territorial en septembre 2024 et au CA le 26 septembre).
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	OUI	L'établissement déclare organiser des "staff" administratif et médicaux, incluant l'infirmière, chaque mardi. Les comptes rendus des staff administratifs des 27/02/2024, 05/03/2024 et 19/03/2024 ont été remis. Sont présents le directeur, l'IDEC, la psychologue et l'assistante administrative. La lecture des compte rendus montre que ces réunions traitent de la gestion de proximité de l'établissement et de la qualité de prise en charge des résidents.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2023-2028. Le document est très complet, il comprend notamment des objectifs à 5 ans déclinés en actions à mettre en œuvre, permettant une vision prospective ainsi qu'un suivi régulier des objectifs. Toutefois, il est noté que le document ne présente pas de volet spécifique à "la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance" comme prévu par la réglementation.	Ecart 2 : Le projet d'établissement ne traite pas de la lutte contre la maltraitance, contrairement à ce qui est prévu à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Intégrer au projet d'établissement la définition de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, conformément à l'article L311-8 du CASF.	202407 Charte de sensibilisation à la maltraitance.pdf & Projet d'établissement 2023-2028 - EHPAD Clos Besson VIF V juillet 2024 V2 ARS.pdf	Les modifications ont été apportées page 20 du projet d'établissement titre 3.13 + Charte de sensibilisation à la maltraitance. Les documents modifiés devront être présentés au cours du 4ème trimestre 2024 au CA du CCAS. Les modifications sont en rouge dans le document.	Le document remis, complété des éléments sur la politique de lutte contre la maltraitance au sein de l'EHPAD, permet de lever la prescription 2 .
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement a été validé par le CVS le 15/12/2022 et approuvé par le conseil d'administration le 02/02/2023. Le document est globalement complet. Cependant, il manque le volet réglementaire concernant "l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation."	Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement ne correspond pas aux attentes de l'article R311-35 du CASF concernant "l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation."	Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement en intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF.	2024 - Règlement de fonctionnement Clos Besson modif V3.pdf	Les modifications ont été apportées page 13 du Règlement de fonctionnement Niveau 6. Les documents modifiés devront être présentés au cours du 4ème trimestre 2024 au CA du CCAS. Les modifications sont en rouge dans le document.	Dont acte. 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'IDEC a été recruté en CDD pour une période de 2 ans, du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2026, à temps plein. Son contrat de travail remis le confirme.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	L'établissement déclare que l'IDEC n'a pas de formation spécifique à l'encadrement. Ce qui peut la mettre en difficulté dans ses fonctions d'encadrement.	Remarque 4 : L'IDEC en poste ne dispose pas de formation pour assurer ses missions d'encadrement, ce qui peut la mettre en difficulté.	Recommendation 4 : Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.		Un plan de formation axé sur le management sera mis en place pour l'IDEC dès septembre 2024.	L'engagement de l'établissement pour accompagner l'IDEC dans un cursus de formation n'est pas assorti de la transmission du projet de plan de formation axé sur le management concernant l'IDEC, qui sera mis en place à partir de septembre 2024. La recommandation 4 est maintenue. Les documents probants sont attendus.
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 déclare ne pas disposer de MEDEC.	Ecart 4 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.		Nous avons passé plusieurs annonces de recrutement et ce régulièrement qui sont restées sans réponses	Il est acté que l'établissement est toujours en recherche de MEDEC. Le tableau des emplois remis en réponse à la question de travail est-il conforme à la réglementation concerne les effectifs vacants précise à ce sujet, que le poste de MEDEC est vacant depuis 3 ans. La prescription 4 est maintenue dans l'attente du recrutement effectif d'un MEDEC par l'établissement.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Cf. réponse précédente.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare que la commission gériatrique n'est pas mise en place au sein de l'établissement.	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 annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Nous organiserons cette commission en début d'année 2025 et ceci tous les ans ce qui nous permettra de faire un bilan de l'année et de préparer la nouvelle année.	Il est bien relevé la volonté de l'établissement de mettre en place la commission de coordination gériatrique (CCG). Toutefois, la mise en place de la commission est conditionnée par le recrutement d'un MEDEC, qui préside l'instance. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente de l'organisation effective de la commission de coordination gériatrique, une fois le recrutement d'un nouveau MEDEC assuré.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	OUI	L'établissement n'a pas élaboré de RAMA. Or, il est rappelé que le RAMA, qui n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, est le rapport des activités médicales de l'établissement. A ce titre sa rédaction est pluridisciplinaire. L'équipe soignante, encadrée par la cadre de santé, était donc en mesure de renseigner partiellement en l'absence du MEDEC. Le Directeur de l'EHPAD cosigne d'ailleurs le rapport.	Ecart 6 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 6 : Rédiger le RAMA 2023, même partiellement en l'absence de MEDEC, conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre.		Le RAMA 2023 a été rédigé document doit être complété par Mme	Aucun document n'est remis comme élément probant. La prescription 6 est donc maintenue, dans l'attente de la transmission du RAMA 2023.
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 en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a transmis deux fiches de signalement aux autorités de contrôles pour des EIG survenus en 2023, ce qui atteste de la pratique régulière de signalement des EIG aux autorités de contrôle.					

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, en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer d'un traitement de gestion globale des EI/EIG. Il dispose de fiches EI qui sont ensuite conservées sous forme informatique. Une fiche EI vierge est transmise. Il est observé que ces fiches sont de nature descriptives, portant sur la description, les conséquences et les actions réalisées.	Ecart 7 : les EI ne font pas l'objet d'une analyse des causes ni d'actions correctives afin d'éviter qu'une même situation ne se reproduise, ce qui ne garantit pas la sécurité des résidents prévue par l'article L311-3 du CASF.	Prescription 7 : Mettre en place un dispositif de gestion des EI/EIG afin de garantir la déclaration et le traitement EI/EIG pour sécuriser la prise en charge des résident au titre de l'article L311-3 du CASF.	202407 Charte de sensibilisation à la maltraitance.pdf / 202407 fiche signalement et procédure.pdf	Rédaction d'une charte de confiance pour le signalement des événements indésirables Rédaction d'une nouvelle fiche de signalement événements indésirables et procédure	Il est bien compris que la déclaration des EI/EIG est assurée par les professionnels de l'EHPAD et que des outils ont été mis en place pour encadrer les signalements et sensibiliser les professionnels à signaler. Pour autant, la question portait sur l'existence d'un outil global permettant à la direction de l'EHPAD d'avoir une vision complète de tous les EI/EIG survenus sur une période donnée. Ce document nommé dans le cadre du contrôle sur pièces "tableau de bord EI/EIG " doit être compris comme la base de données regroupant tous les signalements réalisés par les professionnels. Cet outil participe à la mise en place d'une réelle culture de la traçabilité des EI/EIG (nature/origine du signalement, criticité, traitement et analyse des causes, actions correctives mises en place, clôture) et participe du dispositif de gestion des EI/EIG attendu dans les EHPAD.
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	Les élections du CVS ont eu lieu en janvier 2024. En atteste la note instituant les membres du CVS. Il est relevé que le choix de ne pas élire de représentants des résidents a été fait par l'établissement "au regard de la situation de dépendance des résidents". Pour autant, aucun PV de carence n'a été rédigé. Or, la participation des résidents est primordiale dans le cadre de cette instance censée ouvrir le dialogue et permettre aux résidents d'avoir des représentants pour s'exprimer. Par ailleurs, il est relevé que "la psychologue et l'animateur sont reconnus comme porte-parole de la parole des résidents". Cette décision va à l'encontre du principe même du CVS. Les élections des représentants des résidents sont une obligation, et leur absence prive les résidents de voix. Il convient d'impliquer les résidents et de les sensibiliser à l'importance de cette instance.	Ecart 8 : En l'absence de procès-verbal de carence pour l'élection des représentants des résidents, l'établissement contrevert à l'article D311-7 du CASF.	Prescription 8 : Procéder aux élections des représentants des résidents ou le cas échéant rédiger et transmettre le procès-verbal de carence des élections des représentants des résidents, comme le prévoit l'article D311-7 du CASF.	202407 Règlement intérieur du CVS V1.pdf	Modification faite au niveau du règlement intérieur du CVS. Les documents modifiés devront être présentés au cours du 4ème trimestre 2024 au CA du CCAS. Les modifications sont en rouge dans le document.	Aucune information concernant l'élection des résidents n'est remise, ni procès-verbal de carence de ces élections. Il se réunit. Aucune information concernant l'élection des résidents n'est remise, ni procès-verbal de carence de ces élections. Il se réunit. Aucune information concernant l'élection des résidents n'est remise, ni procès-verbal de carence de ces élections. Il se réunit.
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 a transmis le règlement de fonctionnement de l'établissement. Or, il était attendu tout document attestant de l'approbation du dernier règlement intérieur du CVS.	Ecart 10 : En l'absence de transmission du compte rendu du CVS se prononçant sur le règlement intérieur, l'EHPAD n'atteste pas répondre à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 10 : Transmettre le compte rendu du CVS qui s'est prononcé sur le dernier règlement intérieur du CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF.		Il conviendra de faire valider le nouveau RF du CVS avec les modifications à apporter et valider par l'ARS au cours d'une séance spécifique du CVS en octobre, puis faire valider en CA du CCAS.	La réponse fait état de la validation du nouveau règlement intérieur du CVS à partir de septembre 2024. La prescription 10 est maintenue. Il est attendu la transmission du compte rendu du CVS qui se prononcera prochainement sur le règlement intérieur du CVS.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	Les comptes rendus de CVS des 08/12/2021, 28/06/2022, 15/12/2022, 23/03/2023, 23/11/2023 ont été remis. Il est observé que la périodicité du CVS n'est pas régulière.	Ecart 11 : En l'absence d'organisation de 3 CVS par an, l'EHPAD contrevert à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 11 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF.		Une attention particulière sera faite à cette obligation.	Il est bien noté l'engagement de l'établissement. Toutefois, il est constaté que cette obligation est reprise dans le règlement intérieur du CVS qui stipule dans son article 7/fonctionnement de l'instance : "Il se réunit au moins trois fois par an". La prescription 11 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	Non concerné.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	OUI	Non concerné.					
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	Non concerné.					
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	Non concerné.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.	OUI	Non concerné.					
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	Non concerné.					