

RAPPORT de CONTROLE le 18/04/2024

EHPAD LES TERRASSES DE LA SURE à MOIRANS_38

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

Thématique: CSP 8 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD LES TERRASSES DE LA SURE

Nombre de places : 108 places soit 97 en HP + 5 lits en HT et 6 places en AJ

| Questions | Fichiers dépos | Analyse | Ecarts / Remarques | Prescriptions/Recommandations envisagées | Nom de fichier des éléments | 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'EHPAD Les Terrasses de la Sure est titulaire d'une autorisation de 102 lits d'EHPAD et de 6 places d'accueil de jour. Il a été remis l'organigramme de l'EHPAD daté du 23 novembre 2023. L'EHPAD est dirigé par une directrice déléguée, Mme F. Par recoupement, il est observé que _____ est le directeur du _____ . L'EHPAD Les Terrasses de la Sure est en convention de direction commune avec le _____. Toutefois, cette information n'est pas tracée dans l'organigramme de l'EHPAD et dans la réponse apportée par l'établissement au contrôle sur pièces. L'organigramme met en évidence l'équipe de direction de l'EHPAD. Il est noté que seul les aspects de prise en charge médicale sont détaillés ainsi l'organigramme ne mentionne pas la partie accompagnement des résidents avec les fonctions d'animateur, de psychologue, d'ergothérapeute. | Remarque 1 : En l'absence de précision des professionnels relevant de la partie accompagnement des résidents, l'organigramme est incomplet. | Recommandation 1 : Compléter l'organigramme en faisant apparaître les fonctions d'animateur, d'ergothérapeute et de psychologue. | 1.1 Organigramme | Organigramme complété : postes psychologue, animateur, psychomotricienne et EAPA ; pas de poste d'Ergothérapeute à l'EHPAD de Moirans | L'organigramme a été complété des postes para-médicaux. La recommandation 1 est levée. |
| 1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? | oui | La direction déclare avoir 11,66 ETP de postes vacants soit : -0,56ETP de kinésithérapeute, -0,5ETP d'animateur, -10,60 ETP d'aides soignants. Concernant le nombre important de postes vacants d'aides soignants, la direction précise être en cours d'organisation de nomination/titularisation. | Remarque 2 : Le nombre important de postes vacants des aides-soignants peut fragiliser l'équipe soignante. | Recommandation 2 : S'assurer de l'effectivité des recrutements des postes vacants d'AS comme annoncés par la direction. | | A l'issu de l'avis de vacances de postes ayant donné lieu à la réunion d'un jury le 17.04.2024 ; 2 Aide soignantes ont été nommées et 4 Agents des Services Hospitaliers faisant fonction ont été nommés également. | Il est noté les démarches entreprises par l'établissement pour pourvoir les postes d'AS. Dans l'attente du recrutement des autres postes vacants d'AS, la recommandation 2 est maintenue. |
| 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 | La directrice déléguée de l'EHPAD est titulaire du CAFDES obtenu en 2015. Il était toutefois attendu l'arrêté de nomination du directeur du _____ , responsable de la direction commune de l'EHPAD et du _____ . | Remarque 3 : L'absence de transmission de l'arrêté de nomination du directeur du _____ dans le cadre de la direction commune avec l'EHPAD Les Terrasses de la Sure, ne permet pas de justifier de la qualification requise. | Recommandation 3 : Transmettre l'arrêté de nomination du directeur du _____ dans le cadre de la direction commune avec l'EHPAD Les Terrasses de la Sure permettant de justifier de la qualification requise. | 1.3 Arrêté de nomination | | L'arrêté du CNG en date du 20 août 2029 nomme _____ , directeur du _____ et de l'EHPAD de Moirans dans le cadre de la direction commune. La recommandation 3 est levée. |
| 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. | non | Le directeur du _____ fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Il exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du CSP. | | | | | |
| 1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2024. | oui | Il a été transmis une procédure d'astreinte administrative. La procédure est complète, elle définit les objectifs de l'astreinte, l'amplitude horaire, le numéro d'astreinte, l'existence d'un cahier de rapport d'astreinte ainsi que le guide d'astreinte sur le fonctionnement de l'EHPAD. Il a été transmis le planning du premier trimestre de l'astreinte administrative. Le roulement est bien établi, 4 professionnels y participent. Il s'agit de l'assistante de direction, la gestionnaire des ressources humaines, la directrice déléguée et la cadre de santé. | | | | | |
| 1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV | oui | Il a été remis 3 CR de CODIR (11/12/23, 8/01/5/02/24) qui attestent d'une réunion mensuelle des membres du CODIR. Le CODIR est composé du responsable du service technique et logistique, la responsable du service lingerie et hôtellerie, la directrice déléguée, du responsable ressources humaines, de l'assistante de direction et de la cadre de santé. Les sujets abordés sont riches (RH, travaux, investissements, formation, projets...). Les CR de CODIR n'appellent pas de remarque particulière. | | | | | |
| 1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document. | non | La direction n'a pas répondu à la question. En l'absence de transmission du projet d'établissement, l'EHPAD ne peut attester être en conformité avec l'article L311-8 du CASF. | Ecart 1 : En l'absence de transmission du projet d'établissement, l'EHPAD ne peut attester être en conformité avec l'article L311-8 du CASF. | Prescription 1 : Elaborer le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 du CASF et le transmettre. | | | L'établissement n'a pas répondu. En conséquence, la prescription 1 portant sur l'élaboration du PE est maintenue. |
| 1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document. | oui | Le règlement de fonctionnement remis a été mis à jour le 24 avril 2023. Il n'est pas fait référence à la consultation du CVS pour l'élaboration du règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Concernant le contenu du règlement de fonctionnement, celui-ci est conforme à l'article R311-35 du CASF. | Ecart 2 : En absence de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 du CASF. | Prescription 2 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. | | Les modifications du règlement de fonctionnement évoquées ont été soumises pour approbation au CVS du 26.04.2023. Ces modifications concernées : - Une information sur l'évaluation de l'EHPAD tous les 5 ans - La mise en place du DMP - La réservation des repas accompagnateurs 5 jours ouvrables avant la date souhaitée. La consultation du CVS n'a soulevé aucune opposition à ces 3 points | Dont acte, le PV du CVS s'y rapportant a été transmis. La prescription 2 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 | Il a été transmis la décision de mutation du _____ vers l'EHPAD Les terrasses de Sure de _____ en qualité de cadre | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----|---|--|--|----------------|---|---|
| 1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif | oui | est titulaire du diplôme de cadre de santé obtenu en 2017. | | | | | |
| 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 | Le contrat de travail du MEDEC a été transmis. est recrutée le 1er juillet 2023 à l'EHPAD Les Terrasses de la Sure en qualité de médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, en atteste son planning remis. Le contrat de travail détaille les missions du médecin. Au regard de la capacité de l'établissement (103 lits) et conformément à l'article D312-156 du CASF, il est attendu que le MEDEC intervienne à l'EHPAD à hauteur de 0,8ETP. | Ecart 3 : Le temps de travail du MEDEC à l'EHPAD les Terrasses de la Sure est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevent à l'article D312-156 du CASF. | Prescription 3 : Augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur à hauteur de 0,8ETP afin qu'il soit en capacité d'assurer l'ensemble des missions qui lui incombe conformément à l'article D312-156 CASF . | | La signature du CPOM le 31.12.2023 a donné lieu à des échanges avec la DT38 ARS concernant l'augmentation de la dotation soins en lien avec cette orientation de 0,6 à 0,8 du temps de médecin coordonnateur. La régularisation devrait se faire dans le courant de l'année 2024. | Dans l'attente de sa mise en œuvre, la prescription 3 est maintenue . |
| 1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs. | oui | Le médecin coordonnateur est titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie obtenu en 2012. | | | | | |
| 1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV. | oui | Il a été remis uniquement le PV de la commission gériatrique du 12 décembre 2023. Or, il était attendu les 3 derniers PV. En l'absence de transmissions d'autres PV de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD ne peut attester réaliser la commission gériatrique chaque année conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. De plus, à la lecture du PV de la commission il est relevé qu'un unique sujet est évoqué, celui de la pharmacie. Or, la commission de coordination gériatrique a pour objectif de réunir l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux intervenant sur l'EHPAD afin d'échanger autour du projet de soins de l'établissement, de la politique du médicament, de l'élaboration du RAMA, de la politique de formation des professionnels ainsi que de la promotion des échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques conformément à l'article 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011. | Ecart 4 : En l'absence de transmission de PV pour 2021 et 2022, la commission de coordination gériatrique ne se réunit pas régulièrement contrairement à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. Ecart 5 : En réduisant la commission gériatrique à un seul sujet, l'établissement contrevent aux missions de consultation de la commission gériatrique définies à l'article 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission gériatrique. | Prescription 4 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. Prescription 5 : Elargir les sujets abordés lors de la commission de coordination gériatrique conformément à l'article 2 de l'arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission gériatrique. | | En 2021 et 2022, le médecin coordonnateur également médecin libéral, n'a pas pu réunir cette commission gériatrique dans les temps qui lui étaient impartis au sein de l'Etablissement. | Dont acte. La prescription 4 est levée . En revanche, l'établissement n'apporte pas d'éléments sur la composition de cette commission. La prescription 5 est donc maintenue . |
| 1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022). | oui | Il a été remis le RAMA 2022. Il est présenté les modalités de prises en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents, ainsi que les objectifs pour 2023. Toutefois, il est relevé que le RAMA n'est pas signé conjointement par le MEDEC et la directrice de l'EHPAD ce qui contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. | Ecart 6 : En absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 CASF. | Prescription 6 : Signer conjointement le RAMA 2022 par le MEDEC et la directrice d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 CASF. | 1.14 RAMA 2022 | Les RAMA 2022 et 2023 ont été signés | Dont acte, la prescription 6 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 en 2022 et en 2023. | oui | La direction a transmis le récapitulatif d'un signalement réalisé auprès des autorités de tutelles le 19 décembre 2023. Toutefois, étaient également attendus les signalements pour l'année 2022. Le signalement réalisé porte sur un refus de soins et de prise en charge de la part d'un résident Alzheimer entraînant son décès à l'hôpital. | | | | En 2022, aucune déclaration d'EIG n'a été réalisée par l'EHPAD de Moirans auprès des autorités de tutelle. | |
| 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 2022 et en 2023. | oui | Il a été remis une extraction du logiciel qualité " " de 2023 retraçant les EI/EIG survenus sur l'EHPAD. Il était attendu le tableau de bord des EI/EIG pour 2022 et 2023, or il n'a été transmis que celui de 2023. Le tableau de bord de 2023 mentionne la date de l'EI, la personne concernée, l'état de l'EI, la description de l'EI, les actions entreprises immédiatement et les propositions d'actions d'amélioration. Toutefois, il est relevé que peu d'EI font l'objet de propositions d'actions d'amélioration et aucune analyse des causes n'est réalisée. De plus, il n'est pas précisé la date de clôture de l'EI ce qui ne permet pas de s'assurer d'un délai de traitement raisonnable des EI. Par conséquent, l'EHPAD ne dispose pas d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG allant de la description de l'EI aux mesures correctives. | Remarque 4 : En l'absence de l'élaboration de plans d'action, pour la majorité des EI/EIG, et de la mise en place d'une analyse des causes, processus de gestion globale des EI/EIG est insuffisant, cela ne permet pas de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité. Remarque 5 : L'absence de précision de la date de clôture des événements indésirables ne permet pas de s'assurer du traitement des EI/EIG dans un délai raisonnable. | Recommendation 4 : Mettre en place un dispositif de gestion des EI/EIG afin de garantir la déclaration, le traitement et l'analyse EI/EIG dans le cadre d'une démarche continue de la qualité. Recommendation 5 : S'assurer de la clôture de l'EI dans un délai raisonnable en intégrant dans le tableau de bord une colonne "date de clôture de l'EI". | 1.16 FEI 2022 | A l'EHPAD DE Moirans, une FEI est clôturée dès l'instant où la case « TRAITÉ » a été cochée. Donc nous clôturons bien nos FEI lorsque nous avons apporté une réponse. L'EHPAD de Moirans se réunit en copil qualité réunissant la Direction, le médecin coordonnateur, la responsable qualité, la cadre de santé et l'aide au cadre une fois par mois. Lors de ce copil qualité chaque FEI est discutée au cours d'une analyse des causes, qui n'est à ce jour pas automatiquement tracée. A l'avenir, le copil qualité tracera toutes les analyses de causes réalisées et va modifier le paramétrage de son logiciel qualité en conséquence. | Les éléments apportés sont pris en compte. Les recommandations 4 et 5 sont levées . |
| 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 | Il a été remis un extrait du registre des délibérations du conseil d'administration. Lors de la séance du 22 avril 2021, les membres du CVS ont été élus. Le CVS est composé de deux représentants des résidents et deux représentants des familles, ainsi que d'un représentant de l'organisme gestionnaire et un représentant du personnel, conformément à l'article D311-5 du CASF. | | | | | |
| 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 | Il a été remis le PV de CVS du 23 juin 2021. Lors de cette séance le règlement intérieur du CVS a été approuvé à l'unanimité, conformément à l'article D311-19 du CASF. De plus, le président du CVS a été élu conformément à l'article D311-9 du CASF. | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-----|--|--|--|---|--|--|
| 1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et de 2023 | oui | Il a été remis 3 PV de CVS pour 2022 et 3 PV de CVS pour 2023. Il est noté de nombreux échanges entre les familles et le personnel de direction de l'EHPAD lors des séances. De plus, il est relevé la participation du directeur du CH aux CVS en plus de la directrice déléguée. Cependant, aucun CR de CVS n'est signé par le président du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF. | Ecart 7 : En l'absence de signature des CR du CVS par le Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF. | Prescription 7 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF. | 1.19 PV signés | Les procès-verbaux ont été signés. | Dont acte, la prescription 7 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 2024 ? Joindre le justificatif. | oui | Il a été remis l'arrêté d'autorisation n°2016-0128 qui porte autorisation pour 5 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour. | | | | | |
| 2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023. Joindre le justificatif. | oui | Concernant l'accueil de jour, la file active déclarée pour 2023 de 23 patients. Pour l'hébergement temporaire, la direction déclare un TO de 76,71%. | | | | | |
| 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 | Le projet de service remis pour l'hébergement temporaire est complet. Il définit les objectifs ce type d'accueil, le public visé et le fonctionnement de l'hébergement temporaire. Concernant l'accueil de jour, le projet de service remis présente le fonctionnement de l'accueil de jour, les objectifs, le projet de soins, les professionnels intervenant sur l'accueil de jour et les modalités d'admissions. Le projet de service est complet. | | | | | |
| 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 | Il a été remis le planning de l'accueil de jour : 2 AS et 1 AMP sont affectées à l'accueil de jour. Toutefois, concernant l'hébergement temporaire aucun planning de l'équipe dédiée n'a été remis, ne pouvant attester d'une prise en charge spécifique et adaptée aux objectifs du séjour en temporaire. | Remarque 6 : L'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 5 lits d'hébergement temporaire, n'atteste pas que la prise en charge pour ce public soit organisée et adaptée aux objectifs du séjour en temporaire. | Recommendation 6 : Organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 5 lits d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié. | | Lors de l'ouverture des 5 lits d'hébergement temporaire le 1er février 2020, 0,75 ETP d'AS, 0,75 d'ASH et 0,4 ETP d'IDE ont été attribués. 3 lits sont situés au 1er étage et 2 lits au 2ème étage de l'Etablissement. Les résidents occupant ces lits sont pris en charge dans le même flux que les occupants des lits de l'hébergement permanent | Les éléments apportés sont pris en compte. La recommandation 6 est levée. |
| 2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes. | oui | Il a été remis les deux diplômes d'AS et le diplôme d'AMP, de plus, il est relevé que les trois professionnels ont réalisé la formation d'ASG. | | | | | |
| 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. | non | La direction n'a pas répondu à la question. A la lecture du règlement de fonctionnement de l'EHPAD remis au point 1.8, il n'est pas fait mention des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, conformément aux articles L311-7 et D312-9 du CASF. | Ecart 8 : En l'absence de définition des modalités de fonctionnement et 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 8 : Définir les modalités de fonctionnement et d'organisation de l'hébergement temporaire au sein du règlement de fonctionnement de l'EHPAD et créer un règlement de fonctionnement spécifique à l'accueil de jour conformément aux articles L311-7 et D312-9 du CASF. | 2.6 Règlement de fonctionnement de l'accueil de jour | L'accueil de jour dispose d'un règlement de fonctionnement datant de l'année 2017 (ci-joint). Au regard de votre prescription, une programmation de sa mise à jour a été réalisé. Le règlement de fonctionnement concerne à la fois l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire. | Effectivement, le règlement de fonctionnement de l'AJ est à mettre à jour tous les 5 ans. L'engagement de l'établissement de le mettre à jour est pris en compte. Dans l'attente, la prescription 8 est maintenue . |