

RAPPORT de CONTROLE le 10/12/2024

EHPAD RESIDENCE MUTUALISTE LES TILLEULS à LA GRAND CROIX_42

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : Aésio Santé / Mutualité française 42 - 43 - 63 SSAM

Nombre de places : 90 places en HP

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analysé	Ecarts / 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 Au préalable, veuillez transmettre l'organigramme pour une meilleure compréhension de l'organisation de l'EHPAD et si nécessaire, joindre tout autre document complémentaire.	Oui	L'organigramme remis est nominatif et il est daté du 14/10/24. L'équipe composant le comité de direction est clairement identifiée. L'EHPAD dispose d'un MEDEC et d'une IDEC.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).	Oui	La direction déclare avoir au 1er juillet, 6 postes vacants soit 4,68 ETP vacants. Depuis, la situation s'est améliorée puisque, au 9 octobre 2024, la direction déclare 1,61 ETP d'ASD et 1 ETP d'IDE vacants.					
1.3 Le directeur dispose-t-il du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	Oui	Mme , directrice de l'EHPAD Mutualiste Les Tilleuls est titulaire d'une maîtrise en management de projet obtenue en 2009. Il s'agit d'un diplôme de niveau 6, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-176-6 du CASF. Par ailleurs, il est noté que Mme est également directrice de pôle ce qui signifie qu'elle a en responsabilité plusieurs EHPAD.	Ecart 1 : La directrice de l'EHPAD qui est également directrice de pôle, n'est pas titulaire d'une certification de niveau 7 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D312-176-6 du CASF.	Prescription 1 : Accompagner et engager la directrice à suivre une formation pour obtenir la qualification requise conformément à l'article D312-176-6 du CASF.		AESIO Santé fait valoir les 20 années d'expérience en direction d'établissement de la directrice actuelle de la résidence mutualiste des Tilleuls, qui par ailleurs est également directrice de pôle depuis 2014. Néanmoins, si nécessaire nous l'accompagnerons dans une démarche de validation d'un diplôme de niveau 7 via une VAE.	Conformément à l'article D312-176-6 du CASF, il est attendu que la directrice de l'EHPAD Les Tilleuls dispose d'un diplôme de niveau 7. Dans l'attente de l'inscription de la directrice à une formation diplômante, la prescription 1 est maintenue .
1.4 Pour les établissements privés à but lucratif, ou associatifs, ou publics territoriaux : Le directeur dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document. Pour les établissements publics autonomes ou hospitaliers : le directeur dispose-t-il d'une délégation de signature ?	Oui	La directrice a reçu en sa qualité de responsable des pôles Vallée du Gier - Puy de Dôme une subdélégation de pouvoirs de Mme directrice de la filière médico-sociale, le 8 juin 2022. La subdélégation porte sur "la législation sociale à l'égard du personnel, le respect de la législation en matière de sécurité des biens et des personnes : hygiène et sécurité des biens et des personnes, relation avec les familles et le respect des règles en matière de gestion budgétaire et financière". Le DUD n'appelle pas de remarque particulière.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	Oui	La procédure d'astreinte remise définit les modalités de recours à l'astreinte, les professionnels assurant l'astreinte et l'amplitude horaire. La direction précise qu'il s'agit d'une astreinte mutualisée. A la lecture du planning d'astreinte pour l'année 2024, il est relevé que 6 professionnels participent à l'astreinte : les directeurs des EHPAD de Val Dorlay, de Myosotis et les Tilleuls ainsi que de leur cadres de santé ou IDEC respectifs. L'astreinte administrative de direction est organisée et formalisée.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	La direction déclare que les réunions de CODIR sont organisées mensuellement à l'exception de la période estivale. Il a été remis 3 CR de CODIR (13/05, 11/09, 09/10/24). Sont présents le MEDEC, l'IDEC, l'animatrice, la psychologue, la secrétaire, la directrice, une alternante de direction et la référente TNM. Lors des CODIR divers sujets sont abordés (RH, finances, résidents, qualité, restauration, activités). Les CR n'appellent pas de remarque particulière.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2023-2027, il a fait l'objet d'une consultation du CVS le 06/06/23 conformément à l'article L311-8 du CASF. A sa lecture, le projet d'établissement ne comporte pas de projet de soins. Il est précisé que celui-ci fait l'objet d'un autre document intitulé "projet médical 2023-2027". En l'absence de transmission du projet médical et de son intégration dans le projet d'établissement, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 1 du CASF.	Ecart 2 : Le projet d'établissement ne comporte pas de projet général de soins, ce qui contrevent à l'article D312-158 du alinéa 1 CASF.	Prescription 2 : Intégrer dans le projet d'établissement un projet général de soins conformément à l'article D312-158 alinéa 1 du CASF.		Nous vous communiquons la mise à jour de notre projet d'établissement 2023-2027, intégrant le projet général de soins, cette mise à jour sera présentée en CVS du 04/03/2025.	La direction a remis le projet d'établissement intégrant le projet général de soins. A sa lecture, le projet général de soins est complet et comporte des fiches actions. Par conséquent, la prescription 2 est levée .
1.8 Est-ce qu'au sein du projet d'établissement, vous avez identifié une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance comme le prévoit le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant.	Oui	La direction a remis plusieurs documents : -une procédure rédigée par le groupe Aésio santé relative à la prévention, le repérage, le signalement et le traitement d'une maltraitance, -La conduite à tenir en cas de situation de maltraitance avérée ou suspectée rédigée par le groupe Aésio santé, -La charte de bientraitance du groupe Aésio santé. Cependant, ces documents restent génériques au groupe Aésio Santé et ne sont pas spécifiques à la situation de l'EHPAD résidence mutualiste Les Tilleuls. Il serait intéressant d'adapter ces documents aux spécificités de l'établissement afin de garantir leur mise en œuvre effective et en particulier les moyens de repérage des risques de maltraitance. Par ailleurs, au sein du projet d'établissement, un axe spécifique à la bientraitance a été rédigé intégrant un bilan de la situation actuelle de l'établissement ainsi qu'une fiche action correspondante. Enfin, il a été transmis le PowerPoint de la psychologue autour de la maltraitance, il s'agit d'une formation suivie par l'ensemble du personnel de l'EHPAD courant l'année 2024 (cf. feuilles d'émergences).	Remarque 1 : En l'absence d'adaptation de la procédure relative à la prévention, le repérage, le signalement et le traitement de la maltraitance ainsi que la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance avérée ou suspectée, les documents ne sont pas suffisants.	Recommendation 1 : Adapter les documents internes au groupe Aésio Santé relatifs à la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, aux spécificités de l'EHPAD Les Tilleuls, assurant la réalisation d'actions concrètes telles que le repérage des risques de maltraitance, les formations du personnel ainsi que les modalités de traitement des situations de maltraitance et leur communication.		Nous avons réalisé la cartographie sur les risques de maltraitance le : 14/08/2024. Nous avons donc listé les différents risques et des actions ont été identifiées et intégrées dans notre plan d'action qualité. La cartographie a été présentée en réunion de COPIL le 10/09/2024. Nous vous transmettons la cartographie, le PAC correspondant, le compte-rendu du COPIL et la feuille d'émergence. Par ailleurs, nous vous communiquons une affiche travaillée en équipe pluridisciplinaire afin de définir la bientraitance au sein de la résidence mutualiste Les Tilleuls.	La direction a remis la cartographie des risques de l'établissement ainsi que le plan d'action qui découle des risques identifiés. De plus, un COPIL a eu lieu avec les équipes afin de présenter les risques de l'établissement et les actions à mettre en œuvre attestant d'un travail en équipe pluridisciplinaire. Par conséquent, la direction a défini sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance spécifique à l'EHPAD Mutualiste Les Tilleuls, la recommendation 1 est levée .
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis est daté du 1er juillet 2024, il a fait l'objet d'une consultation du CVS lors de la séance du 12 mars 2024, conformément à l'article L311-7 du CASF. Il est rappelé que chaque modification du règlement de fonctionnement nécessite une consultation du CVS. Concernant le contenu du règlement de fonctionnement, celui-ci est conforme à l'article R311-35 du CASF.					
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	Oui	Mme a été recrutée en qualité de cadre infirmier en CDI, à temps plein, à compter du 1er juin 2012. A la lecture du contrat de travail, elle est affectée à l'EHPAD mutualiste les Tilleuls.					
1.11 L'IDEC ou le cadre de santé dispose-t-il d'une formation spécifique à l'encadrement : relative au parcours de formation d'IDEC en EHPAD ou le diplôme de cadre de santé ? Joindre le justificatif.	Oui	Mme a réalisé une formation de 38H30, intitulée "manager au quotidien son équipe", le 25 janvier 2024. Par conséquent, elle dispose d'une formation spécifique aux fonctions d'IDEC en EHPAD. Par ailleurs, il est noté que l'organigramme identifie Madame sur les fonctions de "cadre de santé" alors qu'elle ne dispose pas du diplôme de cadre de santé. Il est attendu que l'organigramme soit modifié en précisant que Mme comme IDEC et non comme cadre de santé.	Remarque 2 : L'organigramme identifie Madame sur les fonctions de cadre de santé alors qu'elle ne dispose pas du diplôme correspondant.	Recommendation 2 : Modifier l'intitulé des fonctions de Madame au sein de l'organigramme en cohérence avec son diplôme et sa formation d'IDEC.		Nous vous communiquons l'organigramme modifié.	L'intitulé de poste de Mme a été modifié dans l'organigramme, elle n'apparaît plus comme cadre de santé mais comme IDEC conformément à son diplôme. En conséquence, la recommendation 2 est levée .
1.12 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 le contrôle sur pièces).	Oui	Dr a été recruté le 1er juin 2022, en CDI, à temps complet pour deux établissements du groupe AESIO. Elle exerce à hauteur de 0,5ETP sur la Résidence Mutualiste Les Tilleuls et à hauteur de 0,5ETP sur la Résidence Mutualiste Bernadette, en atteste son planning remis.					
1.13 Dispense-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? joindre le ou les justificatifs.	Oui	Dr est titulaire d'une capacité en gérontologie obtenue le 23 mai 2013.					

1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	La direction déclare que la commission de coordination gériatrique est commune aux trois EHPAD Mutualistes de la vallée du Gier (Résidences Mutualistes les Tilleuls ; Val Dorlay ; Myosotis). Par ailleurs, la commission a repris récemment son activité, en attesté le PV du 8 décembre 2023. La direction annonce l'organisation d'une commission de coordination gériatrique le 3 décembre 2024. S'agissant du contenu du CR de la commission de coordination gériatrique de 2023, peu de sujets sont abordés, malgré un ordre du jour concernant 3 EHPAD. Par ailleurs, cette commission rassemble une grande diversité de professionnels intervenant au sein des 3 établissements. Enfin, l'absence de transmission d'un CR de commission de coordination gériatrique pour 2024, ne permet pas d'attester la tenue annuelle de la commission. En conséquence, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 3 : En l'absence de transmission d'un CR de commission de coordination gériatrique pour 2024, l'EHPAD n'atteste pas réunir annuellement la commission et contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF et transmettre le CR 2024.	Nous vous communiquons le CR de la commission gériatrique du 03/12/2024. Ainsi que la fiche de présence.	Le CR de la commission de coordination gériatrique commune aux trois EHPAD Mutualistes de la vallée du Gier (Résidences Mutualistes les Tilleuls ; Val Dorlay ; Myosotis) a été transmis ainsi que la feuille d'émargement. De nombreux sujets sont évoqués et plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux sont représentés. Par conséquent, la prescription 3 est levée .
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Il a été remis le RAMA 2023. A sa lecture, il est relevé l'absence de signature conjointe du MEDEC et de la directrice d'établissement, ce qui contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Ecart 4 : En l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Signer conjointement le RAMA 2023 par le MEDEC et la directrice d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Ci-joint le RAMA 2023 signé par le MEDEC et la Directrice d'établissement.	La direction a remis le RAMA 2023 signé conjointement par le MEDEC et la directrice d'établissement. Par conséquent, la prescription 4 est levée .
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	Oui	Il a été remis 4 fiches de signalements réalisées auprès des autorités de tutelle : -1EI le 14/07/24 au sujet d'une tentative de fugue d'un résident, -1EI le 13/03/24 concernant une erreur d'administration de médicaments sans conséquence grave pour le résident, -1EI le 23/11/23 lié à une intrusion d'une visiteur dans le local pharmacie sans vol de médicament constaté, -1EIG le 03/06/23 concernant une tentative de suicide d'un résident. Cela atteste d'une pratique du signalement aux autorités de tutelle, conformément à l'article L331-8-1 CASF.				
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	Oui	Il a été transmis plusieurs documents : -une fiche de déclaration d'EI/EIG exportée d'AGEVAL, -une procédure de gestion des EI/EIG. -la conduite à tenir lors d'une déclaration des EI/EIG. Le tableau de bord des EI/EIG sur l'année 2023 et 2024 remis relate le nom du déclarant, l'heure de l'EI, la description des faits, les conséquences, les mesures immédiates, les actions correctives, l'analyse des causes, la gravité, la fréquence, la criticité, s'il a fait l'objet d'un signalement et la date de clôture de l'EI/EIG. Toutefois, il est relevé que les colonnes relatives aux actions correctives et à l'analyse des causes ne sont pas remplies. Par ailleurs, de nombreux EI pour 2023 et aucun EI pour 2024 ne sont en statut clôturés, par conséquent la direction n'atteste pas d'un suivi régulier des EI/EIG.	Remarque 3 : Les EI/EIG ne font pas l'objet d'une analyse des causes ni d'analyse des actions correctives afin d'éviter qu'une même situation ne perdure ou se reproduise.	Recommendation 3 : Veiller à organiser un suivi régulier en mettant en place notamment un plan d'actions adapté en réponse aux EI/EIG et une analyse des causes de ces événements.	Effectivement, les événements indésirables ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse écrite des causes et des actions correctives. Cependant, tous les EI sont abordés en fonction de leur nature. Cela peut se faire lors des relèves pluridisciplinaires avec le personnel médical, en CODIR avec l'équipe de direction, en COPIL qualité avec la direction et les soignants référents qualité, ou encore lors des réunions générales réunissant l'ensemble des équipes administratives et soignantes. Vous trouverez ci-joint les PPT des deux derniers COPIL où vous pourrez voir que l'ensemble des EI/EIG sont abordés. Concernant les EIG/EIGS, depuis décembre 2024, ils font tous l'objet d'un CREX en utilisant la méthode ALARM. Ci-joint les copies des 3 CREX réalisés. --- En ce qui concerne la clôture des EI/EIG nous vous assurons que ceux-ci sont traités régulièrement sur notre logiciel . Toutefois, nous avons constaté une anomalie lors de la transmission du fichier, un bug s'est produit au moment de l'extraction des données. C'est pourquoi vous trouverez ci-joint une nouvelle extraction du tableau des EI/EIG indiquant les dates de clôture pour chacun. Également, nous vous communiquons un document complémentaire issu du logiciel attestant de notre temps moyen de traitement des EI, qui est de : 14,75 jours.	La direction déclare que les événements indésirables ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse écrite des causes et des actions correctives. Toutefois, l'ensemble des EI est revu en équipe lors de diverses réunions. Il a été remis 2 CR de COPIL qualité permettant d'attester de l'analyse des EI. Il serait intéressant de préciser les professionnels présents à ces réunions. Par ailleurs, 3 CR de CREX ont été transmis attestant de l'analyse des EI les plus graves et la mise en œuvre d'actions correctives afin que ces EI ne se reproduisent plus. En conséquence, la recommendation 3 est levée .
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	Il a été transmis la dernière décision instituant les membres du CVS datée de 2022. Ont été élus des représentants des résidents, des familles et un représentant du personnel. Toutefois, il n'est pas identifié le représentant de l'organisme gestionnaire, ce qui contrevent à l'article D311-5 du CASF.	Ecart 5 : En l'absence d'identification d'un représentant de l'organisme gestionnaire, la composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 5 : Procéder à l'identification d'un représentant de l'organisme gestionnaire, conformément à l'article D311-5 du CASF et modifier la décision instituant le CVS.	De nouvelles élections ont été organisées en novembre 2024, vous trouverez en pièce jointe la liste des membres du CVS ainsi que l'identification du représentant de l'organisme gestionnaire.	Il a été remis la décision instituant les membres du CVS datée de décembre 2024. A sa lecture, il est relevé que la directrice de l'EHPAD est la représentante de l'organisme gestionnaire. Or, la directrice n'a qu'une voix consultative et non délibérative. Par conséquent, la directrice ne peut être représentante de l'organisme gestionnaire. Par conséquent, la prescription 5 est maintenue .
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	Oui	La direction déclare ne pas disposer de règlement intérieur conforme au décret de 2022. Il est précisé qu'une réactualisation du règlement intérieur du CVS est programmée à la suite des élections du CVS prévue en octobre 2024. En l'absence d'un règlement intérieur actualisé et approuvé par les membres du CVS, l'EHPAD contrevent à l'article D311-19 du CASF.	Ecart 6 : En l'absence de transmission du PV de CVS se prononçant sur le règlement intérieur, l'EHPAD n'atteste pas avoir procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS, ce qui contrevent à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 6 : Transmettre le PV du CVS attestant de l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF.	Veuillez trouver ci-joint, le nouveau règlement intérieur du CVS, ainsi que le PV du CVS du 10/12/2024 attestant de son approbation.	Dont acte. Le règlement intérieur du CVS a été présenté aux membres du CVS lors de la séance du 10/12/24. Par conséquent, la prescription 6 est levée .
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	Il a été remis 3 CR de CVS en 2023 et 1 CR de CVS pour 2024. Était prévue une seconde réunion du CVS le 10/09/24, or faute d'un quorum suffisant, un PV de carence a été établi. Toutefois, l'établissement ne précise pas la tenue d'une 3ème séance de CVS. Par conséquent, en l'absence de transmission de 3 CR de CVS pour 2024, l'EHPAD contrevent à l'article D311-16 du CASF. Par ailleurs, à la lecture des CR de CVS, les personnes présentes lors des réunions de CVS ne sont pas identifiées sur les CR, il est alors impossible de s'assurer que les règles du quorum soient respectées.	Ecart 7 : En l'absence de transmission de 3 CR de CVS pour 2024, l'EHPAD n'atteste pas réunir au minimum 3 fois par an les membres du CVS, ce qui contrevent à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 7 : Réunir le CVS 3 fois par an, conformément à l'article D311-16 du CASF et transmettre les deux derniers CR de CVS pour 2024.	En 2024 3 CVS ont été organisés : le 12.03.2024, le 10.09.2024 et le 10.12.2024. Nous vous communiquons les comptes rendu et les fiches de présence du 12.03 et du 10.12 et le PV de carence du 10.09.	Il a été remis 2CR de CVS et un PV de carence pour 2024. Ce qui atteste de la réunion des membres du CVS 3 fois dans l'année. En conséquence, la prescription 7 est levée .
			Remarque 5 : En l'absence d'identification des personnes présentes en CVS, il est impossible de s'assurer que les règles de quorum, permettant de rendre les avis, soient respectées.	Recommendation 5 : Préciser les personnes présentes au CVS et les personnes excusées.		Par ailleurs, les CR de CVS sont accompagnés des feuilles d'émergences permettant de connaître les personnes présentes aux réunions du CVS. Par conséquent, la recommendation 5 est levée .