

EHPAD RESIDENCE LA CROIX DE L'ORME à SAINT-ETIENNE_42

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS DE SAINT-ETIENNE

Nombre de places : 80 places en HP

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 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 de l'EHPAD "Résidence La Croix de l'Orme" a été remis. Il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels des professionnels de l'EHPAD et a été mis à jour le 31/03/2025.					
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	Le tableau des effectives remis présente un poste vacant, celui du psychologue territorial pour 0,60 ETP. Cependant, le courriel du 05/03/2025 présente une promesse d'embauche à un candidat pour le poste de psychologue, ce qui atteste du recrutement en cours.					
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	L'attestation de réussite au Master 2 management des organisations de santé de Saint-Etienne de la Directrice a été remis. Ce qui atteste de son niveau de qualification.					
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	L'extrait de registre des délibérations du conseil d'administration du CCAS, séance du 28/05/2024 portant sur l'approbation de signatures déléguées au Vice-Président dans les domaines du Conseil d'Administration a été remis ainsi que le document unique de délégation applicable aux EHPAD, résidence sénior du CCAS de Saint-Etienne. Ce dernier document est complet et conforme aux attentes réglementaires. En revanche, le document ne semble pas encore en vigueur, celui-ci présentant la mention "document de travail" en filigrane et étant donné l'absence de date de vérification, d'approbation et application.					
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	Le planning 2024 des astreintes de directeurs a été remis ainsi que la procédure d'astreinte des directeurs des résidences pour personnes âgées (EHPAD et Résidences Autonomie) mis à jour le 05/03/2024. Cette procédure présente les modalités de fonctionnement (notamment en mode dégradé) et de saisine de l'astreinte selon les situations présentées (disparition inquiétante, décès, relogement d'urgence, etc.). Elle est organisée du vendredi 12h au vendredi suivant même heure. Le planning d'astreinte remis concorde avec les périodes d'astreintes inscrites dans la procédure remise.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	Trois comptes rendus de réunions staff ont été remis : 05/02/2025, 12/02/2025 et 12/03/2025. La Directrice, l'assistante de direction, le MEDEC, la psychologue ainsi que l'animateur sont membres de ce staff. 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.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2019-2024. Il est donc arrivé à échéance. Aucun élément se rapportant à l'actualisation du projet d'établissement n'a été transmis. Il est commun aux 5 EHPAD et aux 3 résidences autonomes du CCAS de Saint-Etienne. Il reprend et évalue le précédent projet d'établissement, puis présente un plan d'action global pour l'ensemble du Service Séniors pour 2019-2024.	Ecart 1 : En l'absence d'actualisation du projet d'établissement, l'EHPAD contrevent à l'article L311-8 du CASF.	Prescription : Se doter d'un projet d'établissement actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF et transmettre tout élément attestant de l'actualisation du projet d'établissement.	1.7PE - Rencontre du 11-06-2025	Le prestataire a été retenu pour accompagner l'établissement dans l'actualisation de son projet. Une première réunion de lancement a eu lieu le 11/06/2025 avec le prestataire pour présenter la démarche.	Il est bien pris note de l'engagement de l'établissement dans le processus d'actualisation de son projet d'établissement.
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	Plusieurs documents ont été remis, dont deux comptes rendus (19/06/2024 et 27/09/2024) du groupe de repérage de la maltraitance de la filière de Saint-Etienne (composé de plusieurs EHPAD implantés sur la commune et relevant de plusieurs groupes gestionnaires). Le CCAS de la ville y est représenté par la qualité/mme du CCAS. Ce groupe contribue à échanger sur la thématique de la maltraitance entre les acteurs du grand âge de la ville. Il a également permis l'organisation de la réunion d'information "maltraitance : mieux la connaître pour mieux agir auprès des personnes âgées" qui est à destination des professionnels amenés à faire des signalements. L'affiche de promotion de cette formation a été transmise. La feuille d'émergence de la réunion du 13/02/2025 portant sur : "Grande relève : déclaration et gestion d'une maltraitance" ainsi que la procédure de déclaration d'un acte ou fait de maltraitements ont été remis.	Ecart 2 : Les actions de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place par l'EHPAD ne sont pas formalisées dans le projet d'établissement la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place par l'EHPAD, conformément à l'article D311-38-3 alinéa 2 du CASF.	Prescription 2 : Incrire dans le prochain projet d'établissement la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place par l'EHPAD, conformément à l'article D311-38-3 alinéa 2 du CASF.	1.7PE - Rencontre du 11-06-2025	p9 de la pièce jointe Présentation du 11/06/2025 par du projet qualité et gestion des risques dont Lutte contre la maltraitance et promotion de la bientraitance qui seront formalisées dans le projet d'établissement en cours de réécriture	Il est bien pris note de l'engagement de l'établissement dans le processus d'actualisation de son projet d'établissement. Le document remis mentionne effectivement le contenu minimal du projet d'établissement s'agissant de la présentation de la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement.
		L'ensemble de ces documents attestent que l'établissement porte une attention particulière à la prévention et à la lutte contre les actes de maltraitance. Pour autant, les actions mises en place par l'EHPAD ne sont pas formalisées dans le projet d'établissement arrivé à échéance fin 2024. En effet le projet d'établissement ne précise pas les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement. Également absentes du projet, les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Enfin, le projet d'établissement ne désigne pas l'autorité administrative et ne précise pas les modalités dans lesquelles les personnes accompagnées peuvent faire appel à elle en cas de difficulté.					La prescription 2 est levée.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été remis. Il a été validé par le conseil de la vie sociale le 26/03/2025. Le document est complet et répond aux exigences réglementaires.					
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	Une lettre du 11/03/2025 concernant la demande de mobilité interne de Mme ... pour le poste de cadre territorial de santé a été remise. Cette lettre précise que Mme ... intègre ce poste à compter du 31/03/2025, mais ne précise pas son lieu d'affectation. D'après la lecture de l'organigramme mis à jour le 31/03/2025, Mme ... est identifiée en qualité de cadre de santé.					
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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question et n'atteste pas que la cadre de santé est titulaire du diplôme de cadre de santé ni qu'elle a bénéficié d'une formation à l'encadrement des soins.	Remarque 1 : En l'absence de transmission du diplôme de cadre de santé ni de la cadre de santé de l'établissement n'atteste pas qu'elle dispose des qualifications requises.	Recommendation 1 : Transmettre de diplôme de cadre de santé de la cadre de santé.	1.11 DEI	Mme ... est faisant fonction de cadre de santé et n'a donc pas de diplôme correspondant à cadre de santé. Elle a les qualifications d'infirmière.	Il est déclaré que Mme ... ne dispose pas du diplôme de cadre de santé et il n'est pas précisé si elle a bénéficié par ailleurs d'une formation lui permettant d'acquérir des compétences managériales pour l'accompagner sur son poste. Par ailleurs, le statut de cadre de santé étant réservé aux titulaires du diplôme de cadre de santé, il convient de l'identifier comme faisant fonction de cadre de santé ou IDEC au sein de l'organigramme de l'établissement.
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	Le contrat de travail à durée déterminée du 23/09/2024 au 22/09/2027 du MEDEC a été remis. Ce document atteste que Madame la Docteure ... a été recrutée au niveau de la ville de Saint-Etienne à temps plein sur les fonctions de MEDEC en résidence pour personnes âgées à la direction sociale EHPAD. Son planning a été transmis et atteste que le MEDEC intervient au sein de deux EHPAD. Concernant l'EHPAD Résidence Croix de l'Orme, elle est présente les lundis, les mercredis matin et les jeudis.					
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le diplôme interuniversitaire de coordination gériatrique du MEDEC a été remis et atteste qu'elle dispose des qualifications requises pour exercer ses missions.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	Deux comptes rendus de commission de coordination gériatrique ont été remis : 21/10/2020 et 12/05/2023. La commission de coordination gériatrique est commune aux EHPAD du CCAS de Saint-Etienne.	Ecart 3 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique en 2024, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Une commission de coordination gériatrique sera programmée au cours du 4ième trimestre 2025.	Il est pris acte de l'engagement à organiser une commission de coordination gériatrique au cours du 4ème trimestre 2025.
		L'absence de commission de coordination gériatrique en 2021, 2022 a été expliquée dans le cadre de la réponse au contrôle sur pièce de l'EHPAD "Résidence Bel Horizon" (EHPAD du CCAS) : il avait été déclaré que suite à la dernière commission gériatrique de janvier 2020, l'organisation de la commission avait été freinée par la crise sanitaire.					La prescription 3 est maintenue dans cette perspective.
		En revanche, aucun compte rendu de commission de coordination gériatrique n'a été remis pour l'année 2024, et aucun élément explicatif n'a été apporté.					
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Le RAMA 2023 remis est très complet et conforme aux attentes réglementaires. En revanche, il n'est pas signé par la Directrice d'établissement.	Ecart 4 : En l'absence de signature du RAMA par la Directrice d'établissement (à défaut de signature conjointe avec le MEDEC dans le cadre d'une vacance de poste), l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 4 : Signer conjointement le RAMA par le MEDEC et la Directrice d'établissement conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	1.15 RAMA 2023 SIGNE	Gi-joint le RAMA 2023 signé par la directrice, il s'agit de la version papier que nous avons scannée pour attester de la signature.	Le RAMA 2023 a été retourné signé par la Directrice.
							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	Un signalement du 23/03/2023 a été remis. Ce signalement atteste du signalement des EIG aux autorités administratives compétentes, 3 jours après sa survenu.						
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	Ont été transmis : la feuille d'émargement : "présentation EI" du 23/05/2024, la fiche de déclaration d'un EI" (vierge), la procédure de déclaration et de gestion d'un EI, ainsi que les présentations statistiques des EI de 2023 et de 2024. D'après ces deux derniers documents, 17 EI ont été suivis en 2023 et 49 en 2024 (dont 5 encore en cours de traitement). La transmission de ces éléments atteste de la déclaration interne des EI et de leur traitement. Pour autant, la réponse de l'établissement est incomplète. En effet, il n'a pas été transmis le tableau de bord des EI et des EIG de 2023 et de 2024.	Remarque 2 : En l'absence de transmission du tableau de bord comportant l'ensemble des déclarations internes à l'EHPAD des EI/EIG, il n'est pas possible de vérifier les modalités de gestion et de suivi des EI/EIG.	Recommendation 2 : Transmettre le tableau de bord comportant les déclarations internes des EI/EIG de l'EHPAD sur l'année 2023 et 2024 présentant la déclaration en interne de l'événement, son traitement, l'analyse de ses causes et le plan d'action pour y remédier.	1.17-a tableau de bord EI 2023 1.17-b tableau de bord EI 2024 1.17-c EI 892 et analyse	Nous utilisons le logiciel , pour la déclaration, le traitement et l'analyse des EI internes. Nous avons extrait d'ageval les tableaux de bord des EI 2023 et 2024; La déclaration d'EI fait l'objet d'un traitement individuel. Dans l'EI 892 joint on peut voir que l'analyse est un document annexe à la déclaration. L'établissement va mettre en place un tableau de suivi des EIG;	Deux captures d'écran du logiciel ont été remises. Elles correspondent à la liste des EI/EIG de 2023 et de 2024. Par ailleurs, l'établissement déclare qu'il mettra en place le suivi des EIG.	La recommandation 2 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis la décision du 12/03/2025 de la Directrice, référence 2025_1, concernant l'institution du CVS. Ce document précise la composition du CVS. Par ailleurs, ce document appelle les remarques suivantes : - les attributions du CVS mentionnées sont incomplètes au regard de la réglementation, - La durée du mandat des membres du CVS est fixé à 3 ans alors que le règlement intérieur du CVS le fixe à un an.	Ecart 5 : La décision n°2025_1 de la Directrice ne prévoit pas l'ensemble des attributions du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-15 du CASF.	Prescription 5 : Revoir la décision n°2025_1 de la Directrice en incluant l'ensemble des missions du CVS conformément à l'article D311-15 du CASF.	1.18 Décision Institution CVS EHPAD CXO v2	Une nouvelle version de la Décision d'Institution du CVS, incluant l'ensemble des missions du CVS et en cohérence avec le règlement intérieur du CVS (1.19).	La décision d'institution du CVS transmise précise l'ensemble des missions du CVS et établit la durée du mandat en cohérence avec le nouveau règlement intérieur du CVS également remis.	La prescription 5 et la recommandation 3 sont levées.
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	Oui	Le règlement intérieur du CVS a été remis, mais pas le procès-verbal attestant de son établissement par l'instance. En effet, le compte rendu du CVS du 26/03/2025 ne mentionne pas l'établissement du règlement intérieur du CVS. Par ailleurs, à la lecture du règlement intérieur il est relevé que la composition du CVS prévoit deux représentants des résidents et un représentant des familles, mais pas de représentants des professionnels ni de l'organisme gestionnaire.	Ecart 6 : En l'absence de transmission du procès verbal attestant de la validation du règlement intérieur du CVS par l'instance, l'établissement contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 6 : Transmettre le procès-verbal attestant de la validation du règlement intérieur du CVS par l'instance en application de l'article D311-19 du CASF.	1.19 Règlement intérieur du CVS EHPAD CXO v2	Le règlement intérieur du CVS a été modifié et sera présenté au CVS DU 9/10/2025 pour validation	Le règlement intérieur du CVS modifié a été remis. Il présente la composition du CVS, cette dernière est conforme aux attentes réglementaires. Le document sera soumis au CVS pour validation par l'instance le 09/10/2025.	Les prescriptions 6 et 7 sont levées.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	Cinq procès-verbaux de CVS ont été remis : 04/05/2023, 28/09/2023, 10/04/2024, 05/12/2024 et 26/03/2025. L'établissement ne réunit pas le CVS trois fois par an. A la lecture des procès-verbaux il est relevé que seul celui du 26/03/2025 est signé par le Président du CVS, les autres le sont par la Directrice et/ou par d'autres représentants en plus du Président. Il est aussi noté que le nombre des professionnels présents lors des réunions est particulièrement important, notamment lors des CVS du 28/09/2023 et du 10/04/2024. Cela crée un déséquilibre par rapport aux représentants des usagers (résidents, familles et représentants légaux). Ces derniers ne sont jamais majoritaires au sein des réunions, excepté celle du 04/05/2023. Cette configuration ne favorise pas des conditions d'échanges équilibrées et peut nuire à la liberté d'expression des usagers. Par ailleurs, depuis la réunion du 10/04/2023, plusieurs échanges relatifs à des personnes accueillies sont mentionnés de manière nominative. Or, en plus d'être une obligation réglementaire, l'anonymisation des propos constitue un préalable essentiel à l'expression libre et sereine des membres du CVS.	Ecart 8 : En l'absence de trois CVS réunis en 2023 et en 2024, l'établissement contrevient à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 8 : Réunir le CVS au moins trois fois par an conformément à l'article D311-16 du CASF.	1.20-a PV CVS 26.03.25 SIGNE	Nous avons programmé 3 cvs pour l'année 2025, le 26/03, le 5/06 et le 9/10.	L'établissement s'engage à réunir le CVS au moins trois fois en 2025. Deux CVS se sont déjà tenus le 26/03/2025 et le 05/06/2025, leur procès-verbaux ont été transmis. Selon la déclaration de l'EHPAD un troisième CVS sera organisé le 09/10/2025.	
			Ecart 9 : En faisant signer les procès-verbaux du CVS par d'autres personnes en plus du Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 9 : Faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.20-b CXO-PV SIGNE CVS 5.06.25-CBE	Les 2 PV joints, attestent de la signature unique par le président du CVS, de l'équilibre entre les professionnels et les représentants et par défaut de l'accord des représentants des résidents et familles. Les 2 PV attestent également du respect de confidentialité des échanges relatifs aux personnes.	A la lecture des procès-verbaux transmis, il est relevé que les documents sont signés par le Président du CVS. En revanche, le contenu des échanges n'est toujours pas anonymisé et le déséquilibre constaté entre les représentants des résidents, des familles et ceux de l'établissement perdure.	Les prescription 8 et 9 sont levées. La prescription 10 et la recommandation 4 sont maintenues.
			Remarque 4 : Le déséquilibre constaté entre les professionnels présents aux réunions CVS et les représentants des résidents/familles ne permet pas de garantir la libre expression de ces derniers.	Recommendation 4 : Veiller à l'équilibre entre les professionnels de l'établissement et les représentants des résidents/familles lors des réunions du CVS.				
			Ecart 10 : En faisant apparaître des informations personnelles relatives à des résidents, notamment sur l'état de santé d'une personne accueillie, l'établissement contrevient à l'article D311-28 du CASF.	Prescription 10: Les informations échangées lors des débats qui sont relatives aux personnes doivent rester confidentielles et ne pas apparaître dans les comptes rendus du CVS, sauf à être anonymisées afin d'être en conformité avec l'article D311-28 du CASF.				