

RAPPORT de CONTROLE le 17/02/2025

EHPAD DE NEULISE à NEULISE_42

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD DE NEULISE

Nombre de places : 84 lits dont 1 lit en HT

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 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 de Neulise est nominatif, il est daté du 1er aout 2024. Cet organigramme porte sur la direction commune entre l'EHPAD du CH de St Just la Pendue et l'EHPAD de Neulise. Les professionnels communs aux deux EHPAD sont clairement identifiés. Le contrôle sur pièces porte sur l'EHPAD de Neulise.					
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 2024, 12 postes vacants : -5 postes d'ASD, -3 postes d'AES, -3 postes d'ASH, -1 poste d'AEQ. Il est précisé que tous les postes sont assurés par des remplaçants en CDD.					
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	Par l'arrêté du CNG, Mr, est titularisé dans le corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et est affecté en qualité de directeur au CH de St Just la Pendue et de l'EHPAD de Neulise, à compter du 1er janvier 2021.					
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	Le directeur fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. 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 planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	oui	Il a été remis le planning du 1er et 2ème semestre 2024. A la lecture du planning, il est relevé que 5 professionnels y participent, le roulement est équilibré. Toutefois, il n'est pas précisé les fonctions des agents participant à l'astreinte. Il est présenté le périmètre de l'astreinte, elle est composée de 11 EHPAD. -EHPAD La Pacaudière (92 lits), -EHPAD Le Cloître (83 lits), -EHPAD Le Bel Automne (80 lits), -EHPAD de St Nizier sous Charlieu (88 lits), -EHPAD du CH de Charlieu (85 lits), -EHPAD du Pays de Belmont (125 lits), -EHPAD Maison de la Forêt (50 lits), -EHPAD le Parc (80 lits), -EHPAD les Hirondelles (54 lits), -EHPAD du CH de St Just la pendue (96 lits), -EHPAD de Neulise (84 lits), ce qui représente au total 917 lits. Par ailleurs, aucune procédure d'astreinte n'a pas été transmise, ce qui ne permet pas de connaître son organisation et son fonctionnement.	Remarque 1 : L'absence de transmission de la procédure d'astreinte administrative ne permet pas de définir son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, amplitude horaire, modalités de recours, numéro unique, etc.) et d'informer les professionnels des 11 établissements des critères de déclenchement de l'astreinte.	Recommandation 1 : Rédiger une procédure d'astreinte administrative définissant son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, amplitude horaire, modalités de recours, numéro unique, etc.) et informer les professionnels des 11 établissements des critères de déclenchement de l'astreinte.		Une réunion est prévue au cours du 1er semestre 2026 pour définir une convention d'astreinte territoriale à l'échelle de l'ensemble des structures médico-sociales. Elle viendra définir les modalités organisationnelles nécessaires au bon fonctionnement de cette astreinte.	La direction déclare programmer une réunion au cours du 1er semestre 2026 afin d'élaborer une convention d'astreinte territoriale à l'échelle de l'ensemble des structures médico-sociales. Dans l'attente de la transmission de la procédure, la recommandation 1 est maintenue .
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	oui	Il a été transmis 4 CR du comité de direction couvrant la période de juin à septembre 2024. Le CODIR est commun à l'EHPAD du CH de St Just la Pendue et de l'EHPAD de Neulise. A la lecture du CR, il est relevé que 10 professionnels y participent. Il s'agit des responsables de pôle (technique, qualité, RH, finances), du directeur, des secrétaires de direction et des cadres de santé. L'ensemble des sujets inhérents à la vie de l'EHPAD est évoqué.					
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 traite de l'activité d'EHPAD et du SMR de St Just la Pendue et de l'EHPAD de Neulise. S'agissant de la consultation du CVS sur le projet d'établissement, le document fait état d'aucune date attestant de l'association des membres du CVS au projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article D311-15 alinéa 2 du CASF. Par ailleurs, le contenu du projet d'établissement apparaît peu développé. En effet, au sein du projet médical, il n'est pas précisé les actions de coopération mises en place avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Roanne, notamment leurs fréquences et modalités d'intervention. En commun avec l'activité de SMR, une fiche spécifique à la réalisation des soins palliatifs apparaît pertinente.	Ecart 1 : En l'absence de date de consultation du CVS sur le projet d'établissement, l'EHPAD de Neulise contrevient à l'article D311-15 alinéa 2 du CASF. Remarque 2 : En l'absence d'élaboration d'une fiche spécifique aux actions de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs, le projet médical apparaît peu développé.	Prescription 1 : Indiquer la date de consultation du CVS concernant le projet d'établissement et ses mises à jour, conformément à l'article D311-15 alinéa 2 du CASF. Recommendation 2 : Elaborer une fiche spécifique aux actions de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs.		Le projet d'établissement sera présenté au prochain CVS prévu le 18/03/2025	La direction déclare que le projet d'établissement sera présenté au CVS lors de la réunion prévue le 18/03/25. Dans l'attente de la transmission du CR de CVS, la prescription 1 est maintenue . Concernant l'élaboration d'une fiche spécifique aux actions de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs, la direction n'a pas apporté d'élément de réponse. Par conséquent, la recommendation 2 est maintenue .
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.	non	En l'absence de réponse, l'EHPAD n'atteste pas avoir développé une politique de lutte et de prévention contre la maltraitance, ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF. Il est attendu que le projet d'établissement "précise les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance (...). Sont également précisées 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".	Ecart 2 : L'absence de politique de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein du projet d'établissement du CH de St Just la Pendue, l'EHPAD de Neulise contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 2 : Définir une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein de l'EHPAD, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.		Une procédure de signalement de cas de maltraitance a été rédigée en janvier 2025. Une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance en EHPAD sera clairement définie au cours de l'année 2025,	La direction déclare disposer d'une procédure de signalement de cas de maltraitance. Toutefois, en l'absence de transmission de cette procédure l'établissement ne peut attester de son existence. Par ailleurs, la direction précise définir clairement sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance au cours de l'année 2025. Dans l'attente de la transmission de la partie du projet d'établissement définissant la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par l'EHPAD, la prescription 2 est maintenue .
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	oui	Le règlement de fonctionnement remis est daté du 1er aout 2023. A sa lecture, il n'est pas précisé la date de consultation des membres du CVS, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Concernant le contenu, il est incomplet. En effet, les items relatifs aux mesures liées à la sûreté des personnes et des biens ainsi que les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles sont manquants, ce qui contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Ecart 3 : En l'absence de date de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 du CASF. Ecart 4 : En l'absence des items relatifs aux mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ainsi que les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, le règlement de fonctionnement contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 3 : Consulter les membres du CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ainsi que les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, le règlement de fonctionnement contrevient à l'article R311-35 du CASF.		Règlement de fonctionnement du CVS a été présenté à séance du 27/11/2024	La direction déclare que le "règlement de fonctionnement du CVS" a été présenté lors de la séance du 27/11/24. Or, il était demandé de présenter le règlement de fonctionnement de l'EHPAD aux membres du CVS. En l'absence de réponse à la demande initiale, la prescription 3 est maintenue . Concernant l'actualisation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD, la direction n'a pas apporté d'élément de réponse. Par conséquent, la prescription 4 est maintenue .
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	Par la décision n°2016/159 portant sur une mutation, Mme ... est cadre de santé à l'EHPAD de Neulise, à temps complet, depuis le 21 novembre 2016.					
1.11 L'IDEC ou le cadre de santé dispose-t-il d'une formation spécifique à l'encaissement : relative au parcours de formation d'IDEC en EHPAD ou le diplôme de cadre de santé ? joindre le justificatif.	oui	Mme P est titulaire du diplôme de cadre de santé obtenu en 2005.					
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	Il a été remis le contrat de travail de Dr ... daté du 30 janvier 2004. A sa lecture, il intervient à l'EHPAD de Neulise à hauteur de 0,1ETP soit 3H30 par semaine. Or, conformément à l'article D312-156 du CASF et au regard de la capacité de l'établissement, il est attendu un temps d'intervention de MEDEC à hauteur de 0,6ETP.	Ecart 5 : En l'absence d'un temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.		Il est impossible d'augmenter le temps de médecin coordonnateur, si vous avez des solutions je suis bien évidemment preneur.	La direction déclare être dans l'impossibilité d'augmenter le temps d'intervention du MEDEC. Par conséquent, la prescription 5 est maintenue .
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? joindre le ou les justificatifs.	oui	Dr D est titulaire d'un DU en coordination médicale d'EHPAD obtenu en 2005.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? joindre les 3 derniers procès-verbaux.	non	En l'absence de réponse à la question, l'établissement ne peut attester réaliser de commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 6 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Cette commission sera créée en 2025.	La direction déclare créer la commission de coordination gériatrique courant 2025. Dans l'attente de la réunion de la commission, la prescription 6 est maintenue .

1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	oui	Il a été remis un document intitulé "indicateurs de suivi" pour l'année 2023. A sa lecture, le document n'a pas été remis dans son intégralité. En effet, il a été remis 30 pages, or, il est indiqué que le document contient 60 pages. De plus, au regard de son contenu celui-ci ne peut s'apparenter à un RAMA puisque son contenu ne retrace pas les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. En effet, les éléments transmis ne permettent pas un suivi annuel du projet de soins, de l'évolution des bonnes pratiques de soins et le suivi des caractéristiques de la population accueillie. En l'absence de rédaction du RAMA 2023, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Ecart 7 : En l'absence de rédaction d'un RAMA 2023 complet, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 7 : Elaborer le RAMA 2024 conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.		Suite au nouveau logiciel ... en juillet 2024, un RAMA pour être établi sur l'année 2025	La direction déclare qu'un nouveau logiciel a été installé au mois de juillet 2024. Il précise que le RAMA 2024 pourra être établi sur l'année 2025. Dans l'attente de la transmission du RAMA 2024, la prescription 7 est maintenue .	
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 2 fiches de signalements aux autorités de tutelle : -El daté du 20/03/24 relatif à l'impossibilité pour l'établissement de respecter les directives anticipées d'une résidente décédée, -El daté du 19/04/24 au manque de personnel récurrent. Par ailleurs, à la lecture des tableaux de bord 2023-2024 remis à la question 1.17, il est relevé que plusieurs EI n'ont pas été signalés, ou ils faisaient partie des événements à signaler aux autorités de tutelle conformément à l'article L331-8-1 du CASF. Il s'agit des EI/EIG : - El n°50 du 12/07/23 relatif à la chute du plafond de la chambre d'une résidente entraînant une blessure au tibia de la résidente concernée. - El n°76 du 7/12/23 relatif à l'administration par un résident d'un produit à risque (dossiteix) laissé sans surveillance entraînant l'appel au centre antipoison et à la surveillance du résident. - El n°232, 233 et 234 en date du 05/05/24 relatif à l'inondation de plusieurs chambres de résidents suite à une forte importante de la toiture survenue après des intempéries. En l'absence de transmission de la fiche de signalement de ces EI/EIG, l'EHPAD n'atteste pas signaler, sans délai, 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 CASF. Par ailleurs, en l'absence de plan d'action suite à ces EI et en particulier l'affondrement du toit sur une résidente, l'EHPAD n'assure pas la sécurité des résidents, conformément l'article L311-3 du CASF.	Ecart 8 : En l'absence de signalement, sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, l'EHPAD contrevent à l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 8 : Signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.	Ecart 9 : En l'absence de transmission des mesures immédiates prises par l'établissement à la suite de l'affondrement du toit sur une résidente, l'EHPAD n'assure pas la sécurité des résidents, conformément l'article L311-3 du CASF.	Prescription 9 : Apporter toutes les garanties nécessaires à la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 du CASF, suite à l'affondrement du plafond dans une des chambres d'un résident.	Une qualificienne à pris le poste dans l'établissement en octobre 2023. Une Cellule d'événement indésirable a été mis en place au mois mars de 2024. Nous avons élaboré une procédure de signalement externe en septembre 2024.	La direction déclare qu'à l'aide de la qualificienne une procédure de signalement des EI/EIG a été élaboré au mois de septembre 2024. Toutefois, l'établissement n'a pas transmis les fiches de signalement des EIG, ce qui ne permet pas d'atteindre du signalement aux autorités de tutelle de tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des usagers. En l'absence, la prescription 8 est maintenue . S'agissant de l'EIG relatif à l'affondrement du plafond dans une des chambres des résidents, l'établissement n'a pas remis d'éléments de réponse. En effet, les actions conduites pour remédier à cette absence de sécurisation de la chambre du résident n'ont pas été précisées. Par conséquent, la prescription 9 est maintenue .
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 remis les tableaux de bord des EI/EIG pour 2023 et 2024. A leur lecture, il est relaté la date de déclaration, la description des faits, les actions immédiates, l'état d'avancement et les actions correctives qui sont simplement des explications pour les déclarants. Il est relevé que de nombreux EI en 2023 et 2024 font état d'erreurs d'administration médicamenteuses. Toutefois, aucun plan d'action ou d'analyse des causes n'a été réalisé afin d'éviter que ce même événement ne se reproduise.	Remarque 3 : L'insuffisance du plan d'action des EI portant sur les erreurs d'administration médicamenteuses et l'absence d'analyse dans le traitement des causes ne permettent pas de conduire une réflexion complète afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent.	Recommendation 3 : Veiller à réaliser une analyse des causes et un plan d'action adapté en réponse aux EI/EIG portant sur les erreurs d'administration médicamenteuses afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent.		Une analyse approfondie va être réalisée en Cellule d'événement indésirable	La direction déclare qu'une analyse approfondie des EI/EIG va être réalisée en cellule d'EI. Dans l'attente de preuve de la réalisation de cette analyse approfondie des EI/EIG, la recommendation 3 est maintenue .	
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	oui	Il a été remis la décision instituant les membres du CVS datée de novembre 2023. Sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.						
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	oui	Il a été remis le règlement intérieur du CVS daté du 29 novembre 2023. Toutefois, à la lecture du CR de CVS du 29 novembre 2023, l'ordre du jour ne porte pas sur l'approbation du règlement intérieur par les membres du CVS. Or, il est rappelé que les membres du CVS établissent lors de leur première réunion du CVS leur règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF. Par ailleurs, à la lecture du règlement intérieur, il est relevé que celui-ci n'est pas actualisé conformément à l'article D311-16 qui prévoit que l'ordre du jour doit être communiqué 15 jours avant la séance.	Ecart 10 : En l'absence d'élaboration du règlement intérieur du CVS par les membres élus du CVS, l'EHPAD contrevent à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 10 : Etablir le règlement intérieur du CVS par ses membres élus, conformément à l'article D311-19 du CASF et transmettre le PV de CVS.		Il a été présenté le 27/11/2024	Il a été remis le règlement intérieur du CVS daté du 27/11/24. Toutefois, il était demandé la transmission du PV de CVS attestant de l'inscription à l'ordre du jour de l'élaboration du règlement intérieur du CVS par ses membres élus. Par conséquent, la prescription 10 est maintenue . Par ailleurs, le règlement intérieur du CVS remis n'a pas été actualisé conformément à l'article D311-16 du CASF. Par conséquent, la prescription 11 est maintenue .	
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 pour 2023 et 2 CR de CVS pour 2024. Divers sujets sont abordés (animation, investissement, qualité, etc) et un temps d'échanges est laissé aux familles et résidents.						
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)								
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.	oui	La direction déclare un taux d'occupation de 108.77% en 2023 et de 56% pour le 1er semestre 2024.						
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	non	La direction n'a pas répondu à la question et par conséquent n'atteste pas disposer d'un projet de service spécifique à l'hébergement temporaire ou volet dans le PE.	Ecart 12 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire ce qui contrevent à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 12 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement conformément à l'article D312-9 du CASF.		Un projet de service spécifique sera rédigé en 2025.	La direction déclare qu'un projet de service spécifique à l'HT sera rédigé courant 2025. L'établissement est invité à réaliser un projet de service spécifique à l'HT globalisant l'ensemble des autorisations d'hébergement temporaire sur les différents sites. Par conséquent, la prescription 12 est maintenue .	
2.3 L'accueil de jour dispose-t-il d'une équipe dédiée ? L'hébergement temporaire dispose-t-il d'une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la	non	La direction n'a pas répondu à la question. Toutefois, au regard de l'unique lit en hébergement temporaire dont dispose l'EHPAD il n'est pas attendu l'identification d'un référent spécifique à l'HT.						