

RAPPORT de CONTROLE le 17/02/2025

EHPAD RESIDENCE QUIETUDE à RIORGES_42

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS RIORGES

Nombre de places : 78 lits 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 remis est daté du 22 janvier 2024. Il est nominatif et les liens hiérarchiques entre les différents agents sont représentés. Il est relevé, sur le pôle soins, que presque la moitié des postes soignants est occupé par des agents non diplômés. En effet, sur un effectif total (jour et nuit) de 37,2ETP d'agents intervenants sur le soins, il y a 16,8ETP d'agents de service "ATT".	Remarque 1 : La proportion d'agents de service affectée au pôle soins est importante, ce qui nécessite une action importante d'accompagnement des professionnels non diplômés.	Recommandation 1 : Veiller à recruter des professionnels diplômés et accompagner les agents de service vers un diplôme d'ASD ou toute autre formation diplômante (AMP, AES).	1,1	Une politique ressources humaines a été mise en place, favorisant la VAE ASD. A ce jour 3 ATT et 1 AMP sont dans le cursus de formation VAE. 8 ATT ont suivi la formation ASHQ (Agent de service hospitalier qualifié) en partenariat avec le GCS Roannais jusqu'en 2023.	La direction déclare avoir inscrit 3 agents de soins et 1 AMP dans le cursus de formation VAE ASD. Suivant l'organigramme mis à jour le 20/02/25, le pôle soins est composé de 38,1 ETP soignants parmi lesquels il y a 17 ETP de soignants non diplômés dont 3 en cours de VAE ASD. La direction atteste avoir mis en œuvre une politique de formation diplômante des équipes soignantes, la recommandation 1 est levée.
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, 0,3ETP de psychologue vacant.					
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 V, directrice de l'EHPAD est titulaire d'un Master en direction, organisation et stratégie des structures sanitaires et médico-sociales, obtenu en 2018.					
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	Il a été remis l'arrêté de délégation de signature du président du CCAS de Riorges en faveur de Mme V, directrice de l'EHPAD Quiétude, à compter du 1er juin 2023.					
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 CR du conseil d'administration du CCAS de Riorges. Lors de sa séance ordinaire du 9 février 2022, une astreinte administrative de direction a été établie et des modifications ont été apportées par un avenant daté du 13 février 2023 pour l'EHPAD Quiétude. Il est relevé que l'astreinte repose sur la directrice, l'adjointe de direction, la cadre de santé et la secrétaire. Une permanence est assurée en semaine par la direction du lundi 8h30 à vendredi 16h, puis le week-end à tour de rôle, un membre de l'équipe de direction et la secrétaire assure l'astreinte. Toutefois, le numéro unique d'astreinte et les modalités de recours à l'astreinte ne sont pas précisés, par conséquent ce document est incomplet. Le planning d'astreinte pour l'année 2024 a été transmis. Il est relevé que, depuis le mois de juillet 2024, l'adjointe de direction ne participe plus à l'astreinte de direction. Il convient de mettre à jour la liste des professionnels participants à l'astreinte de direction.	Remarque 2 : En l'absence de précision des modalités de recours à l'astreinte, de l'absence du numéro unique d'astreinte et de l'actualisation des professionnels assurant l'astreinte de direction, la procédure d'astreinte est incomplète.	Recommandation 2 : Compléter la procédure d'astreinte en précisant les modalités de recours à l'astreinte, le numéro unique d'astreinte et mettre à jour la liste des professionnels assurant l'astreinte de direction.	1,51 1,52 1,53 1,54	La procédure d'astreinte a été formalisée dans la gestion documentaire. Elle précise les modalités de recours à l'astreinte, le numéro unique d'astreinte, la liste des professionnels et les plannings prévisionnels	La direction a remis la procédure d'astreinte modifiée. Il est intégré les modalités de recours à l'astreinte et le numéro unique d'astreinte. Par ailleurs, les plannings d'astreinte ont été actualisés avec le noms des professionnels assurant l'astreinte de direction. Par conséquent, la recommandation 2 est levée.
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 remis 3 CR de CODIR (14/05, 4/07 et 19/09/24) qui attestent d'une réunion bimestrielle. Sont présents la directrice, le MEDEC, la cadre de santé, la secrétaire, le responsable technique, la qualicienne et la diététicienne. Lors de ces réunions, il est évoqué les animations à venir et le suivi de l'élaboration du projet d'établissement. Il est constaté que les CR de CODIR n'abordent pas les thématiques telles que les RH, les admissions, le traitement des EI ou encore la restauration.	Remarque 3 : L'absence de CR relatant des sujets tels que les RH, les admissions, la restauration et le traitement des EI, ne permet pas de s'assurer de leur suivi.	Recommandation 3 : Etoffer davantage les sujets abordés lors des CODIR et notamment sur les RH, les admissions, la restauration et le traitement des EI.		Effectivement jusqu'à ce jour, nous n'avons pas aborder la restauration car nous avons une commission de restauration, une cellule événement indésirable trimestrielle. Je vais tenir compte des recommandations et organiser différemment le CODIR en incluant les thèmes suggérés	La direction s'engage à étoffer les sujets abordés lors des réunions de CODIR afin d'assurer un meilleur pilotage de proximité. Par conséquent, la recommandation 3 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	La direction a remis l'ancien projet d'établissement couvrant la période 2018-2022. Un nouveau PE est en cours d'élaboration. Elle précise que sa finalisation est prévue pour le 31/12/24. Par ailleurs, il a été transmis le rétroplanning de 2024 et des échanges au sein de l'équipe de direction. En l'absence d'un projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Ecart 1 : En l'absence d'un projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Finaliser les travaux d'élaboration du projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF et le transmettre.	1,71 1,72	L'établissement a fait face à des difficultés RH de l'équipe de direction , à partir du mois d'aout 2024 Départ de la cadre de santé pour raison professionnelle (promotion professionnelle) Absence pour raison de santé du médecin coordonnateur J'ai pris du retard dans la rédaction du projet d'établissement, toutefois les groupes de travail ont été menés à termes et ont produit les ressources nécessaires à la rédaction du projet d'établissement. Celui-ci sera présenté aux instances et validés au plus tard le 30 juin 2025. (En pièce jointe vous trouverez la présentation de la méthodologie suivie et le calendrier des groupes de travail)	La direction déclare avoir pris du retard sur la rédaction du projet d'établissement dû à des difficultés RH au niveau des postes de direction. Toutefois, il a été transmis le planning des groupes de travail et la méthodologie de travail suivie dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet d'établissement. Par ailleurs, la direction précise qu'il sera présenté aux instances au plus tard le 30 juin 2025. Dans l'attente de la finalisation du projet d'établissement, la prescription 1 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.	oui	La direction a remis la partie du projet d'établissement de 2018-2022, intitulée "culture de bientraitance et une prévention des risques de maltraitance". A sa lecture, son contenu n'est pas conforme au décret n° 2024-166 du 29 février 2024. En effet, contrairement à ce que prévoit l'article D311-38-3 du CASF, l'établissement ne dispose pas d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Il est attendu que le nouveau projet d'établissement prévoit l'identification des "moyens de repérage des risques de maltraitance, des modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées et les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle".	Ecart 2 : En l'absence de définition de sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, l'EHPAD Quiétude contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 2 : Se doter d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein du projet d'établissement et en particulier identifier les moyens de repérage des risques de maltraitance, des modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées et les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	1,8	Le projet d'établissement en cours de rédaction comporte notre politique en matière de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance.	Il a été remis la partie relative à la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD. A sa lecture, il n'est pas renseigné les moyens de repérage des risques de maltraitance, par conséquent la politique développée par l'EHPAD résidence Quiétude est incomplète. 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 a été mis à jour le 16 septembre 2024. A sa lecture, il n'est pas précisé la date de consultation des membres du CVS, ce qui contrevient à l'article L311-7 CASF. Concernant le contenu du règlement de fonctionnement, celui-ci est conforme à l'article R311-35 du CASF.	Ecart 3 : En absence de date de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 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.		Suite à ce rappel de réglementation, nous prévoyons de consulter le CVS, au sujet de la mise à jour du règlement de fonctionnement. (Prochain CVS le 19 juin 2025)	La direction s'engage à procéder à la consultation des membres du CVS au sujet des mises à jour du règlement de fonctionnement lors du CVS prévu le 19 juin 2025. Par conséquent, la prescription 3 est levée.
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	Il a été remis l'arrêté par voie de détachement de Mme J, à compter du 14/12/23, en qualité de cadre de santé à l'EHPAD Quiétude.					
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 J est titulaire du diplôme de cadre de santé obtenu en 2014.					
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 la prolongation de contrat de travail du Dr L. Elle exerce en qualité de MEDEC, à temps partiel soit 0,6ETP pour la période du 01/01/24 au 31/12/24. La prolongation à son contrat prévoit une quotité de travail équivalente à 21h hebdomadaires. Or, à la lecture du planning mensuel du 1/09 et 30/09, le MEDEC a travaillé 71 heures mensuelles au lieu de 84 heures mensuelles comme prévues dans son contrat de travail.	Ecart 4 : En l'absence d'un temps d'intervention du MEDEC équivalent à 21 heures hebdomadaires, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4 : S'assurer de l'intervention du MEDEC à 21 heures hebdomadaires, conformément à l'article D312-156 du CASF.	1,12	En effet, le planning de septembre 2024 fait apparaître des jours de congés maladies (CM). Ce qui explique l'écart d'heures travaillées.	Il a été remis le planning annuel du temps de présence du MEDEC à l'EHPAD. Cela atteste d'un temps d'intervention effectif de 21h hebdomadaires à l'EHPAD. Par conséquent, la prescription 4 est levée.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	Dr L est titulaire d'un DIU de coordination gérontologique obtenu en 2023.					
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 ne pas avoir mis en œuvre la commission de coordination gériatrique faute de participation des médecins généralistes. En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 5 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 CASF.		Une commission de coordination gériatrique sera mise en œuvre dès le retour du MEDEC.	La direction déclare mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique au retour d'arrêt maladie du MEDEC. Dans l'attente de la réunion de la commission, la prescription 5 est maintenue.
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 développé les axes d'améliorations pour 2024. De plus, un bilan de l'année écoulée est réalisé. Par ailleurs, le RAMA est co-signé par le MEDEC et la directrice d'EHPAD conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.					
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 un échange de mails entre la direction et la DD42 relatif à une TIAC survenue au sein de l'EHPAD en date du 13 février 2024. Le CR d'échanges avec les professionnels lié à cet évènement a été transmis, des actions ont été retenues. De plus, il y a été remis la fiche d'un EIG relative au décès d'une résidente suite à un défaut de mise en place de la ceinture abdomino-pelvienne en date du 12 octobre 2023. Les volets 1 et 2 de ce signalement a été transmis ainsi que le CR du CREX réalisé.					

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'évènement, 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	<p>Il a été remis le protocole de "signalement des EI, comprendre pour agir". A sa lecture, il apparaît que l'établissement réalise une confusion entre les termes "signalement" et "déclaration" d'évènement indésirable. En effet, il est nécessaire de signaler un acte de maltraitance auprès des autorités de tutelle. En revanche, pour la perte de matériel (ex : lunettes) il est attendu que cet EI soit déclaré auprès de la direction. Pour rappel, le terme de signalement est défini dans l'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales. Par conséquent et en présence de cette confusion des termes par la direction, le protocole de déclaration des EI/EIG n'est pas correcte.</p> <p>Par ailleurs, il a été remis 3 fiches relatives au bilan statistique des EI/EIG déclarés sur le logiciel Netsoins. Ces bilans permettent de recenser le nombre d'EI/EIG par thématiques. Toutefois, il était demandé la transmission du tableau de bord des EI/EIG déclarés en 2023 et 2024 afin d'attester de la déclaration en interne, du traitement de l'Ei et des réponses apportées à l'analyse des causes.</p>	<p>Remarque 4 : L'établissement n'utilise pas à bon escient le terme de signalement ce qui entraîne une confusion avec la notion de déclaration des EI/EIG.</p> <p>Remarque 5 : En l'absence de transmission du tableau de bord des EI, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG dans le cadre d'une politique de gestion des risques et de la qualité.</p>	<p>Recommandation 4 : Veiller à distinguer les signalements au titre de l'article L331-8-1 CASF et les déclaration des EI/EIG.</p> <p>Recommandation 5 : Transmettre le tableau de bord des EI et EIG 2023-2024, afin de s'assurer de la déclaration des EI/EIG dans le cadre d'une politique de gestion des risques et de la qualité.</p>	1.171 1;172 1.173 1.174	<p>Suite à votre remarque 4 : les termes ont été reprécisés et corrigés dans la procédure de gestion des EI</p> <p>Conformément à votre demande vous trouverez les documents demandé en 1,172</p>	<p>Il a été remis la procédure de gestion des EI ainsi que la charte d'incitation à la gestion des EI et le protocole de "gestion des EI, comprendre pour agir". A leur lecture, la distinction entre la déclaration et le signalement des EI a été réalisé. Par conséquent, la recommandation 4 est levée.</p> <p>Concernant les tableaux de bord des EI/EIG de 2023 et 2024, ils sont incomplets puisque ne sont pas renseignés l'analyse des causes des EI et le suivi réalisé par le service qualité.</p> <p>Notamment, il est relevé de nombreuses erreurs liées à l'administration des traitements. Pour autant, il n'est pas fait état d'une révision de la procédure d'administration des traitements ou de tout autre plan d'action afin d'éviter que ces erreurs perdurent. En l'absence d'analyse des causes et de mise en œuvre de mesures correctives concernant la prise en charge médicamenteuse, l'EHPAD n'atteste pas avoir mis en place un dispositif de gestion globale des EI/EIG. Par conséquent, la recommandation 5 est maintenue.</p>
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	oui	<p>Il a été remis le résultat des élections des résidents et des familles en date du 10 mai 2022. Or, il était demandé la transmission de la décision instituant le CVS, ce qui contrevient à l'article D311-4 du CASF. Par ailleurs, à la lecture du règlement intérieur du CVS, il est relevé que la composition des membres du CVS est renseigné et est daté du 1er janvier 2023. Des représentants des professionnels ont été élus et un représentant de l'organisme gestionnaire a été identifié, conformément à l'article D311-5 du CASF.</p>	<p>Ecart 6 : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-4 du CASF.</p>	<p>Prescription 6 : Transmettre la décision instituant les membres du CVS, conformément à l'article D311-4 du CASF.</p>	1.18	<p>Comme convenu lors de notre échange téléphonique, vous trouverez en pièce jointe, la dernière page du règlement intérieur répondant à votre demande.</p> <p>Nouvelle composition suite aux élections 2025</p>	<p>Il a été transmis la décision instituant les membres du CVS. Par conséquent, la prescription 6 est levée.</p>
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	oui	<p>Il a été remis le règlement intérieur du CVS mis à jour en novembre 2022 afin de se mettre conformité avec le décret du 25 avril 2022. Son contenu a été approuvé par les membres du CVS.</p>					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	oui	<p>Il a été remis 3 CR de CVS pour 2023 et 3 CR de CVS pour 2024. A leur lecture, de nombreux échanges entre familles, résidents et direction sont relatés. Par ailleurs, tous les CR sont signés par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.</p>					