

RAPPORT de CONTROLE le 16/12/2024

EHPAD LA COLOMBE à BLANZAT_63

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

Thématique: CSP11 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION "LA COLOMBE"

Nombre de places : 54 places dont 52 places HP et 2 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart(s) / 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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	OUI	L'organigramme de l'établissement est partiellement nominatif et non-daté, ce qui ne permet de savoir si le document est régulièrement mis à jour. Le document présente les liens hiérarchiques et fonctionnels et rend compte de la structure interne de l'établissement.	Remarque 1 : L'absence de date sur l'organigramme de l'EHPAD ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour.	Recommandation 1 : S'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	Organigramme	Une date a été apposée sur l'organigramme. Celui affiché à l'entrée de l'établissement a été mis à jour.	L'organigramme transmis est daté au 18/11/2024, ce qui permet de s'assurer de sa mise à jour récente. La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	OUI	L'établissement déclare n'avoir aucun poste vacant au 1er mars 2024.					
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 est titulaire du diplôme "master of business administration" spécialisé en management des structures de santé et de solidarité urbaines et du diplôme "programme général de management option manager directeur des structures médico-sociales". Tous deux sont inscrits au titre RNCP et sont de niveau 7, ce qui atteste du niveau de qualification de la directrice.					
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.	OUI	Le DUD est effectif depuis le 01/10/2018. Le DUD est complet et reprend bien les quatre grands domaines de délégation.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	OUI	L'établissement a remis le planning d'astreinte de l'année 2023. A la consultation du planning, il est observé que l'astreinte repose sur trois professionnelles : la coordinatrice d'hébergement, la coordinatrice des soins, et la directrice. L'astreinte est assurée sur la semaine complète, du lundi au lundi. En revanche, aucune procédure, expliquant le dispositif de l'astreinte administrative de direction mis en place et précisant les situations déclenchant la saisine du cadre d'astreint, n'est transmise.	Remarque 2 : L'absence de procédure organisant l'astreinte administrative de direction ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté.	Recommandation 2 : Formaliser une procédure expliquant le dispositif global de l'astreinte administrative de direction, retraçant notamment les actions à réaliser durant l'astreinte de direction et la transmettre.	NS Organisation en l'absence de la directrice	La procédure est jointe au présent envoi	L'établissement a rédigé une "note de service" précisant l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte. La note précise que l'astreinte est réservée aux situations d'urgence qui ne relèvent pas des procédures déjà établies. Les professionnels responsables de l'astreinte sont présentés, et le numéro d'astreinte est également rappelé. La recommandation 2 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	OUI	Les comptes rendus de CODIR des 15/06/2024, 27/06/2024, 01/07/2024 et du 09/07/2024 ont été remis. A la consultation des comptes rendus, il est observé que les sujets abordés traitent de la gestion et du pilotage stratégique de l'établissement. Le support des comptes rendus de CODIR utilisés identifie les thématiques abordées en réunion, le responsable de l'action à mettre en place et les délais de mise en œuvre, ce qui permet le suivi des décisions prises.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2019-2023. L'établissement déclare que la révision du document est en cours, sans toutefois apporter d'élément pour étayer cette information. Par ailleurs, à la lecture du projet d'établissement il est observé que le document est globalement complet. Cependant, il est souligné qu'il n'existe pas de volet concernant les soins palliatifs dans le projet de soin.	Ecarts : Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Ecart 2 : En l'absence d'identification des mesures de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs, l'EHPAD contrevient à l'article D311-38 CASF.	Prescription 1 : Transmettre tout élément permettant d'attester de la mise en conformité de l'établissement avec l'article L311-8 du CASF. Prescription 2 : Intégrer dans le projet de soins du prochain projet d'établissement les actions de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs, comme le prévoit l'article D311-38 CASF.	PIE - - PROPOSITION REVISION PE EHPAD LA COLOMBE PIE - Réunion de cadrage du COPIL - 22.10.2024 PIE - Réunion famille et salariés - 2024	La réécriture du projet d'établissement a été initiée en partenariat avec le cabinet Le détail de l'accompagnement, le support de la 1ère réunion du COPIL et la présentation faite aux salariés et familles sont joint au présent envoi	L'établissement déclare être accompagné par un cabinet de conseil pour l'élaboration de son projet d'établissement (PE). À l'appui de cette déclaration, l'établissement a transmis le support de la 1ère réunion de COPIL, daté au 22/10/2024, avec le cabinet, ainsi que le détail de l'accompagnement. De plus, une réunion de présentation a été organisée à l'attention des familles et des salariés, en atteste le document de présentation. À la consultation de ce document, il est observé l'existence du rétroplanning d'élaboration du PE. Il est bien noté que la constitution du COPIL a bien eu lieu en octobre 2024 et que des groupes de travail sont prévus jusqu'en février 2025 pour une finalisation du document en juin 2025. Ainsi, l'établissement justifie de l'élaboration en cours de son projet d'établissement. La prescription 1 est levée. Par ailleurs, à la consultation des documents, il est bien relevé que le cabinet s'appuie sur les dispositions du CASF et sur les recommandations de l'HAS dans l'élaboration du projet d'établissement. Il est donc attendu que le projet de soin comporte une partie sur la fin de vie. La prescription 2 est levée.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été validé en 2017. Il n'est donc plus d'actualité depuis environ 2 ans. L'établissement précise que la révision du document est prévue pour début 2025. Le document n'appelle pas de remarque.					

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	L'avenant au contrat de travail à durée indéterminée de l'IDEC est transmis. A la lecture du document il est noté que l'IDEC a initialement été recruté en qualité d'aide-soignant en 2012, puis a évolué en qualité d'infirmière, pour être promue en qualité d'infirmière coordinatrice en juin 2018, avec un statut cadre.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	L'établissement a transmis l'attestation de formation de l'IDEC. Celle-ci a suivi une formation intitulée <i>"IDE coordinatrice en secteur médico-social"</i> , d'une durée de 4 jours en 2021. Ainsi, l'établissement justifie que l'IDEC dispose d'une formation spécifique à l'encadrement.					
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 MEDEC a été embauché en CDI en 2008, en atteste son contrat de travail remis. Un avenant a ensuite été transmis, augmentant son temps de travail de 37,92 heures à 45,5 heures par mois, soit un passage de 0,25 ETP à 0,3 ETP.					
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le MEDEC est titulaire d'une capacité de médecine en gériatrie, obtenue en mai 2010. Le médecin dispose donc des qualifications nécessaires pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare ne plus organiser de commission gériatrique depuis 2019 et qu'elle sera programmée en fin d'année 2024. Toutefois, aucun élément probant n'est apporté afin de confirmer cette déclaration (invitation, ordre du jour,...). Il est rappelé que la tenue de la commission gériatrique est une obligation réglementaire. Elle doit se tenir au moins une fois par an, avec l'ensemble des professionnels (salarié et/ou libéraux) intervenants au sein de l'établissement.	Ecart 3 : En l'absence de la tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : Remettre en place la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 CASF et transmettre le compte rendu de la commission gériatrique de l'année 2024.	Invitation - Réunion de coordint* Gériatologique - 2024	La commission de coordination gériatrique est programmée pour le 17 décembre prochain. L'invitation envoyée aux professionnels et prestataires extérieurs conviés est jointe au présent envoi	L'établissement a remis l'invitation envoyée aux professionnels de soin pour la tenue de la commission de coordination gériatrique, tenue le 17 décembre 2024. L'ordre du jour est fixé et communiqué. Ainsi, l'établissement justifie organiser une CCG pour l'année 2024. L'établissement veillera à conserver la dynamique engagée en maintenant l'organisation de la commission chaque année. La prescription 3 est levée.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	OUI	Les RAMA 2022 et 2023 ont été remis. Les documents n'appellent pas de remarques.					
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 2023 et 2024.	OUI	L'établissement déclare ne pas avoir de pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des EI/EIG. Toutefois, l'établissement précise qu' <i>"une révision du process allant jusqu'à la déclaration aux autorités est en cours"</i> . De plus, l'établissement ajoute qu'il utilise le logiciel qualité et le logiciel soins et que des modifications sont en cours afin d'intégrer les chutes des résidents comme EI/EIG. Des extraits des logiciels sont également transmis. Il est repéré que l'établissement s'est fixé des objectifs d'amélioration continue sur divers points de vigilance qualité (manutention, équipements, protocoles, affichages, ...). Enfin, des données concernant les chutes déclarées en interne sont transmises. Ces éléments participent à assurer la sécurité des résidents et des professionnels.	Ecart 4 : L'absence de déclaration des EIG survenus au sein de l'EHPAD aux autorités de contrôle ne garantit pas le respect des obligations prévues à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 4 : Assurer la déclaration des EIG aux autorités de contrôle, afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l'article L331-8-1 du CASF.		Une nouvelle procédure se met en place au sein de l'établissement	Dans l'attente d'une uniformisation des procédures et d'une pratique régulière des signalements des EI/EIG, la prescription 4 est maintenue.
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'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, en 2023 et 2024.	OUI	Les documents remis en réponse à la question précédente sont à nouveau joints en réponse. Or, il était attendu les tableaux de bords répertoriant l'ensemble des EI/EIG survenus en 2022 et 2023, récapitulant l'ensemble des étapes de gestion/suivi des EI/EIG au sein de l'EHPAD, afin d'attester de l'effectivité d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG (signalement, action immédiate, analyse, réponse apportée par l'établissement, réunion de synthèse) en place.	Ecart 5 : En l'absence de transmission du tableau de bord de gestion et de suivi des EI/EIG, l'établissement n'atteste pas avoir mis en place un dispositif de gestion globale des EI/EIG (déclaration interne des EI/EIG, traitement des événements, réponses apportées à l'analyse des causes, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 5 : Transmettre le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024 (déclaration en interne, traitement de l'évènement et réponse apportée à l'analyse des causes) afin d'attester de la déclaration en interne des EI/EIG conformément à l'article L331-8-1 du CASF et que les EI/EIG font l'objet d'une gestion et d'un suivi global, participant de la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement.	TdB - EIG - 2023 2024	En 2023, nous avons commencé à utiliser pour la déclaration , l'analyse et le traitement des EIG. Toutefois, les accidents de travail n'y ont été intégrés qu'à compter de janvier 2024 (ils étaient auparavant recensés dans des tableurs Excel). Les chutes des résidents, jusqu'alors enregistrées uniquement dans , sont désormais déclarées également dans (depuis septembre 2024). Le tableau de bord est joint au présent envoi.	L'établissement a remis le tableau de bord des EI/EIG des années 2023 et 2024. A la consultation du tableau, il est observé que les EI font l'objet d'un descriptif, de mesures immédiates et d'actions correctives. Ces éléments attestent de l'existence d'un dispositif de gestion global des EI/EIG. La prescription 5 est levée.

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	L'établissement déclare avoir lancé une campagne d'élections des représentants du CVS en janvier 2023, sans grand succès, la carence en candidatures étant importante pour les résidents et les professionnels. L'établissement précise avoir été actif et avoir sensibiliser les familles et les professionnels. En conséquence, l'établissement a dressé un procès-verbal de carence et le CVS n'a pas été investi. A ce jour, l'établissement ne dispose donc pas de CVS. L'EHPAD doit poursuivre ses efforts d'information et de communication auprès des résidents et familles pour les sensibiliser à l'intérêt de mettre en place un CVS, qui est une obligation réglementaire. Cette situation ne favorise pas l'expression des résidents/familles au sein de l'EHPAD.	Ecart 6 : En l'absence de la mise en place effective du CVS, l'EHPAD contrevient aux article D311-3 à D311-20 du CASF.	Prescription 6 : Constituer un CVS conformément aux articles D311-3 à D311-20 du CASF.		Une nouvelle campagne sera organisée prochainement.	Aucun élément probant n'a été remis. La prescription 6 est maintenue, dans l'attente de la mise en place effective d'un CVS au sein de l'EHPAD.
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	Les documents remis en réponse à la question précédente sont joints en réponse. L'établissement n'a donc pas de règlement intérieur du CVS.	Ecart 7 : En l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 7 : Doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 du CASF.			Aucun élément de réponse n'a été transmis. La prescription 7 est maintenue. L'établissement veillera à doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	Le même document que celui remis à la question précédente est joint. Les comptes rendus des réunions organisées en 2022 ne sont pas transmis, ce qui ne permet pas d'attester qu'avant les élections de janvier 2023 le CVS se réunissait bien.	Renvoi à l'écart 7.	Renvoi à la prescription 7.			
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 2023 ? Joindre le justificatif.	OUI	L'arrêté conjoint ARS/CD du 03/01/2023 autorise l'établissement pour 2 places d'hébergement temporaire.					
2.2 <u>Si hébergement temporaire</u> : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. <u>Si accueil de jour</u> : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	OUI	L'établissement déclare un taux d'occupation de 0% en 2023 et de 41% au premier semestre 2024. Pour 2023, l'établissement n'apporte aucune explication pour justifier l'absence d'utilisation des places d'HT en 2023.	Remarque 3 : L'absence d'utilisation des places d'HT en 2023 interroge sur la capacité de l'établissement à utiliser de manière effective ses places d'HT.	Recommandation 3 : Utiliser les deux places d'hébergement temporaire de manière optimale et apporter tout élément de justification concernant l'absence d'utilisation de ces places sur l'année 2023.		En 2023, Nous avons eu très peu de demande. Nous avons accueillis un résident pour du répit familial. Ce résident a souhaité poursuivre son accueil en hébergement permanent à l'issue de ses 90 jours en temporaire. L'intégralité de son séjour a été déclaré en hébergement permanent, réaffectation en raison de la reclassification par le CD63 de l'HT en HP. En 2024, faisant suite à la visite de l'ARS et du CD63 au mois de mai, et prenant en compte les conseils en matière de visibilité, le taux d'occupation de l'année devrait avoisiné les 30%. Les efforts seront poursuivis sur l'année 2025.	L'établissement déclare qu'un résident a effectué de l'hébergement temporaire en 2023, et que son séjour a été poursuivi par un hébergement permanent. Ce qui a entraîné une classification en hébergement permanent pour l'ensemble du séjour. Par ailleurs, l'établissement rapporte avoir reçu une visite de l'ARS et du Département du Puy-de-Dôme au mois de mai 2024, au cours de laquelle des recommandations ont été formulées pour améliorer le taux d'occupation (TO) de l'hébergement temporaire. Bien qu'aucun résident n'ait actuellement recours à ce dispositif (TO de 0 %), l'établissement reconnaît cette faiblesse et s'engage à poursuivre ses efforts en 2025. Ainsi, la recommandation 3 est levée.
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	L'établissement déclare ne pas disposer de projet de service spécifique aux 2 places d'hébergement temporaire.	Ecart 8 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 8 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le prochain projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		Sera inclus dans le prochain projet d'établissement (en cours de réécriture)	Dont acte. La prescription 8 est levée.
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	L'établissement déclare ne pas disposer d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire (2lits).					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	OUI	Cf. réponse précédente.					
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.	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer de volet spécifique à l'hébergement temporaire dans son règlement de fonctionnement.	Ecart 9 : En l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 9 : Définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.		Sera inclus dans le prochain règlement de fonctionnement (en cours de révision)	Dont acte. La prescription 9 est levée.