

RAPPORT de CONTROLE le 28/08/2024

EHPAD LES MESANGES BLEUES à CHARENSAT _63

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

Thématique: CSP 9 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS CHARENSAT

Nombre de places : 45 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 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 nominatif et non daté, ce qui ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour. Le document rend compte de l'organisation de la structure. Toutefois, il est observé que l'organigramme n'indique aucun lien hiérarchique et/ou fonctionnel entre les infirmiers avec l'équipe soignante (ASD et agent de soins/de service).	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. Remarque 2 : L'absence de liens hiérarchiques et fonctionnels entre les infirmiers et le reste de l'équipe soignante sur l'organigramme ne permet pas d'identifier leur rôle au sein de l'équipe soignante.	Recommandation 1 : S'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant. Recommandation 2 : Faire apparaître les liens hiérarchiques et/ou fonctionnels entre les IDE et le reste de l'équipe soignante.	1.1 ORGANIGRAMME2024.pdf	Le document a été daté. Le lien hiérarchique entre les IDE et le reste l'équipe soignante a été matérialisé. Cependant de part leur grade les IDE sont obligatoirement supérieures aux AS et à fortiori aux ASH.	L'organigramme remis intègre les mesures correctives attendues. Les recommandations 1 et 2 sont levées.
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 ne pas disposer de poste vacant. Le document répertoriant le détail de l'ensemble des ETP de l'établissement est transmis.					
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 de <i>"manager du développement commercial"</i> , option secteur médico social dans le cadre d'une VAE réalisée en 2013. Ce diplôme atteste du niveau de qualification 7, anciennement niveau I.					
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 portant délégation de compétences du président du CCAS de Charensat à la directrice de l'EHPAD Les Mésanges Bleues datant de janvier 2014 est remis. Le document est complet et conforme aux exigences réglementaires.					
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	Un document intitulé <i>"modalités des astreintes"</i> a été transmis. Il est indiqué que l'astreinte repose sur la directrice et l'adjointe de direction pour les week-end, à raison de 3 week-ends pour la directrice puis deux week-end pour l'adjointe de direction. Il est également précisé que la directrice assure une permanence de direction en continue la semaine (soir et nuit), <i>"en dehors des horaires de bureau"</i> et également lors de ses congés. Il est également précisé la personne à joindre en cas de problèmes de planning (IDE) et de problèmes technique (agent technique). L'astreinte est organisée et formalisée. Cependant, les motifs de recours à l'astreinte ne sont pas précisés. Il est mentionné <i>"tout autre problème"</i> sans plus de précision, ce qui peut mettre en difficulté les professionnels sans définition claire des situations qui nécessitent un recours à l'astreinte.	Remarque 3 : En l'absence, dans la procédure de l'astreinte de direction, de précision sur les situations que recouvre la mention "tout autre problème", l'établissement ne permet pas aux professionnels d'avoir une vision claire des situations qui nécessitent le recours à l'astreinte, ce qui peut les mettre en difficulté.	Recommandation 3 : Compléter la procédure en précisant l'ensemble des situations qui nécessitent le recours à l'astreinte de direction, en remplacement de la rubrique "tout autre problème".		Il est impossible de lister toutes les situations de manière exhaustive. Cependant, le personnel est capable de faire la part des choses et nous appelle si besoin sachant que nous sommes toujours joignable et à l'écoute. Dans le doute, ils appellent.	Dont acte. La recommandation 3 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 des réunions du CODIR des 19/10/2023, 14/12/2023 et du 21/03/2024 ont été remis. Sont présents la directrice, le MEDEC, l'adjointe de direction et l'équipe infirmier. A la lecture des comptes rendus, il est relevé que le CODIR traite de la gestion de l'établissement et de la qualité de prise en charge des résidents.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement (PE) couvre la période 2016-2020. Il n'est plus valide depuis plus de trois ans. L'établissement déclare que le PE doit être mis à jour en 2024 dans le cadre du CPOM en cours. Toutefois, aucun document probant attestant de l'actualisation à venir de ce document n'a été transmis.	Ecart 1 : En l'absence de transmission d'éléments attestant l'actualisation en cours du projet d'établissement, l'EHPAD n'atteste pas de mise en conformité avec l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Transmettre tout élément (par exemple : rétroplanning, CR des groupes de travail, comité de pilotage, etc.) permettant d'attester de la mise en conformité de l'établissement avec l'article L311-8 du CASF.		Les réunions seront mises en place à l'automne 2024.	Il est bien compris que les travaux d'actualisation du projet d'établissement n'ont pas encore démarrés et commenceront donc à l'automne 2024. Toutefois, des documents auraient pu être transmis afin d'attester de du lancement de la démarche. La prescription 1 est maintenue.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement est transmis. Le document n'est pas daté mais l'établissement déclare que sa mise à jour est prévue en 2024. Par ailleurs, le document ne présente pas les éléments suivants : - L'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation - Les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens. - Les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles. - Les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues. De plus, il n'est pas précisé sa date de consultation par le CVS, ce qui ne permet pas d'attester de sa consultation par ce dernier.	Ecart 2 : En l'absence d'une date d'actualisation du règlement de fonctionnement, la mission n'est pas en mesure d'apporter une appréciation sur la périodicité de modification du document, ce qui contrevient à à l'article R311-33 du CASF. Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement ne correspond pas aux attentes de l'article R311-35 du CASF. Ecart 4 : En l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS, le document n'est pas conforme à l'article R. 311-33 du CASF.	Prescription 2 : Renseigner la date d'actualisation du règlement de fonctionnement dans le prochain règlement de fonctionnement, conformément à l'article R311-33 du CASF. Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF. Prescription 4 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.		Les points précisés seront intégrés dans la nouvelle version du règlement de fonctionnement.	La déclaration faite en réponse est dépourvue d'éléments probants. Les prescriptions 2, 3 et 4 sont maintenues dans l'attente de l'actualisation effective du projet d'établissement de l'EHPAD.
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'établissement déclare ne pas disposer d'IDEC et que les trois IDE de l'EHPAD se coordonnent sous la responsabilité du MEDEC. Il est expliqué que les IDE <i>"ont fonction à tour de rôle"</i> , selon les plannings respectifs. Il est supposé qu'il s'agit de la fonction d'IDEC. Pour autant, il est rappelé que les missions de l'IDEC en EHPAD sont nombreuses. Il s'agit principalement d'assurer la coordination de la prise en soins des résidents, en collaboration avec le médecin coordonnateur. L'IDEC est garant de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins des résidents et qu'il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques. L'organisation retenu pour assurer l'encadrement de l'équipe soignante peut mettre en difficulté les IDE qui assurent cette fonction à tour de rôle (cf. question suivante/remarque).					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	NON	Aucun élément n'a été remis. L'établissement a fait le choix de retenir une organisation d'encadrement de l'équipe soignante qui repose sur les trois IDE. Celles-ci assurent donc des missions de coordination. Cette situation nécessite que les IDE présentent les prérequis en management pour être à même de réaliser leurs missions. Or, aucun document relatif aux formations suivies par les IDE en lien avec l'encadrement d'équipe et la coordination des soins n'a été transmis.	Remarque 4 : En l'absence de transmission des documents relatifs aux formations en management suivies par les IDE, l'établissement ne justifie pas soutenir les IDE dans leurs missions de coordination.	Recommandation 4 : Transmettre tout document justifiant de la formation des IDE aux fonctions d'encadrement et/ou de coordination d'équipe.		Les IDE n'ont pas fait de formation d'encadrement ou de coordination - Cela devra être inscrit au prochain plan de formation.	L'engagement de l'établissement pour que les IDE en poste bénéficient de formation à l'encadrement et au management d'équipe est pris en compte. Toutefois, aucun élément probant n'est transmis. La recommandation 4 est maintenue, dans l'attente de la transmission de tout document justifiant de la formation des IDE aux fonctions d'encadrement et/ou de coordination d'équipe, dans le cadre du prochain plan de formation 2025.

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 contrat de travail du MEDEC, datant de 2005, est transmis. Son planning est également transmis. Il est présent à l'EHPAD une demi-journée par semaine (13h30-16h30), soit 0,08 ETP. Ce temps de travail est très insuffisant au regard de la capacité d'accueil de l'établissement. D'autant plus, que le MEDEC exerce un rôle d'encadrement de l'équipe soignante qui nécessite particulièrement un lien de proximité.	Ecart 5 : Le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,4 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF afin qu'il soit en capacité d'assurer l'ensemble des missions qui lui incombent.		Le médecin coordonnateur ne peut pas matériellement faire plus d'heures compte tenu qu'il exerce toujours en libéral. Néanmoins, il est joignable par les IDE si besoin. Comme vous le savez, il est très difficile, de trouver un médecin coordonnateur formé en gériatrie.	Le médecin coordonnateur assure également des fonctions de médecin libéral, ce qui ne lui permet pas d'augmenter son temps de travail au sein de l'EHPAD. Pour autant, il est rappelé qu'au vu de la capacité de 45 places de l'EHPAD, celui-ci devrait être doté d'un MEDEC travaillant pour 0,40 ETP. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente de la régularisation du temps de travail du MEDEC, à hauteur de 0,40 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 gérontologie, obtenue en 2004.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare ne pas avoir mis en place de commission gériatrique. L'établissement ajoute qu'il dispose d'un seul médecin traitant qui intervient dans l'EHPAD et qu'il prend en charge deux résidents. Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique a de l'intérêt pour les professionnels soignants de l'EHPAD et qu'elle favorise l'échange et la réflexion pluridisciplinaire (médecin, soignants, pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute ...), ce qui contribue à améliorer l'accompagnement des résidents. De plus, la tenue de cette commission est obligatoire, au moins une fois par an, avec l'ensemble des professionnels (salarié et/ou libéraux) intervenants au sein de l'établissement.	Ecart 6 : 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 6 : Mettre en place la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Le médecin coordonnateur sera sollicité pour mettre en place une commission gériatrique en place, dès que possible.	La déclaration d'intention de l'établissement est dépourvue d'éléments probants. La prescription 6 est maintenue, dans l'attente de la mise en place la commission de coordination gériatrique.
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 sont complets et répondent aux attendus réglementaires.					
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 a transmis trois fiches de signalement d'EIG envoyés aux autorités de contrôle et survenus en 2023. Ainsi, l'établissement justifie d'une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle.					
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	L'établissement a transmis un document intitulé <i>"procédure de déclaration des EI-EIG-EIGS-IAS"</i> . La procédure est très complète et témoigne de la démarche qualité de l'établissement. Il était attendu les tableaux répertoriant les EI/EIG survenus en 2023/2024 au sein de l'établissement faisant apparaître les descriptifs des EI mais également l'analyse des causes et les mesures correctives apportées afin d'attester de la mise en place du dispositif de gestion des EI.	Ecart 7 : En l'absence de transmission du tableau de bord et de suivi des EI/EIG, justifiant de la déclaration systématique des EI/EIG en interne, le traitement de l'évènement et la réponse apportée à l'analyse des causes, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 7 : Transmettre le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024 (de la déclaration en interne, le traitement de l'évènement et la réponse apportée à l'analyse des causes) afin de s'assurer de la déclaration en interne des EI/EIG conformément à l'article L331-8-1 du CASF et afin d'attester que les EI/EIG font l'objet d'une gestion et d'un suivi global des EI/EIG, participant de la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement.		Le tableau de bord des EI/EIG est intégré à ... : il permet la déclaration et le suivi des événements indésirables.	L'établissement est doté du logiciel de soins NETSoins qui permet effectivement d'assurer la déclaration et le suivi des EI/EIG. Une extraction de NETSoins aurait pu être transmise comme élément probant. La prescription 7 est maintenue.
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	Un document daté du 7 décembre 2023 présente la composition du CVS : des représentants des résidents, des familles, des professionnels et de l'organisme gestionnaire (le CCAS). Cette composition est conforme à la réglementation. De plus, le document intitulé <i>"règlement des élections 2024"</i> précise que l'EHPAD prévoit d'organiser des élections partielles concernant les représentants des familles et du personnel. Il est remarqué que les représentants des résidents ne sont pas concernés. Dans le règlement intérieur du CVS, il est mentionné : <i>"les représentants des personnes accueillies sont désignés parmi tous les résidents sur la base du volontariat et renouvelés aussi souvent que nécessaire"</i> . Or, cette organisation n'est pas réglementaire et contrevient aux modalités d'élections prévues par la réglementation concernant les représentants des résidents. Les résidents doivent être élus, tout comme que les représentants des professionnels et des familles.	Ecart 8 : En l'absence d'élection des représentants des résidents, l'établissement contrevient à l'article D311-10 du CASF.	Prescription 8 : Procéder aux élections des représentants des résidents du CVS, conformément à l'article D311-10 du CASF.		A voir lors des prochaines élections du CVS.	Il est bien acté la déclaration d'intention de l'établissement. Sans élément probant à l'appui, la prescription 8 est maintenue.
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	Le règlement intérieur du CVS est daté de 2016. Il n'est plus valide. L'établissement déclare que le document sera modifié lors de la première réunion après les élections de CVS en 2024. La mention <i>"les représentants des personnes accueillies sont désignés parmi tous les résidents sur la base du volontariat et renouvelés aussi souvent que nécessaire"</i> dans le règlement intérieur est non conforme à la réglementation.	Ecart 9 : En l'absence de règlement intérieur de CVS valide, l'établissement contrevient à l'article D311-19 du CASF. Ecart 10 : La mention <i>"les représentants des personnes accueillies sont désignés parmi tous les résidents sur la base du volontariat et renouvelés aussi souvent que nécessaire"</i> dans le règlement intérieur du CVS contrevient à l'article D311-10 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre le nouveau règlement intérieur du CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF. Prescription 10 : Modifier le règlement intérieur du CVS afin de se conformer à l'article D311-10 du CASF concernant l'élection des représentants des résidents.	1.18 règlement intérieur du CVS	Le règlement intérieur du CVS a été modifié et validé lors de la dernière réunion.	Le règlement intérieur du CVS a été modifiée le 30 mai 2024 et applicable au 1er juin 2024. Le document est joint à la réponse. Le point 2.1 indique que "les représentants des personnes accompagnées sont désignés parmi tous les résidents sur la base du volontariat et renouvelés aussi souvent que nécessaire". Cette mention, qui contrevient à la réglementation, n'a pas été modifiée. La prescription 9 est levée. La prescription 10 est maintenue.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	Les comptes rendus du CVS des 08/04/2022, 22/10/2022, 18/03/2023, 08/07/2023, 07/12/2023 ont été remis. Seules deux réunions se sont tenues en 2022, ce qui contrevient à la réglementation. De plus, à la lecture des comptes rendus, il est observé que 4 personnes présentes aux séances ne sont pas identifiées comme membres du CVS ou comme invités. Il convient d'indiquer clairement qui est présent en qualité de membres du CVS, selon les différentes catégories, ou d'invités ainsi que les absents afin de rendre la composition du CVS transparente lors des réunions. Par ailleurs, les comptes rendus témoignent que les sujets abordés en séance sont variés et les échanges riches. Ils sont signés par la présidente du CVS.	Ecart 11 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2022, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Remarque 5 : l'absence d'identification des personnes présentes en CVS ne permet pas d'avoir une information claire sur les personnes présentes en CVS.	Prescription 11 : Veiller à assurer la tenue du CVS au moins 3 fois par an, conformément à l'article D 311-16 du CASF. Recommandation 5 : Veiller à bien indiquer les personnes présentes/catégories d'appartenance, les invités au CVS et les personnes excusées.	1.19 composition du CVS	La composition du CVS est consultable. Il ne nous semble pas nécessaire d'indiquer la qualité des personnes présentes sur chaque PV de réunion.	Aucun élément de réponse n'est apporté sur le respect des 3 CVS minimum par an. Concernant la demande de précision demandée sur les comptes rendus sur les qualités des personnes présentes au CVS, l'argument apporté est recevable. La prescription 11 est maintenue. La recommandation 5 est levée.
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.	NON	Non concerné.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					

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.	NON	Non concerné.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					