

RAPPORT de CONTROLE le 17/09/2024

EHPAD LOUIS PASTEUR à LEMPDES_63

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

Thématique: CSP 9 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS LEMPDES

Nombre de places : 80 places - 77 en HP dont 12 en UVP - 3 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecarts / 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 remis est nominatif, mais n'est pas daté. Il présente les liens hiérarchiques entre les professionnels de l'EHPAD et rend bien compte de l'organisation de l'EHPAD.					
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 0,50 ETP vacants de médecin coordonnateur.					
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	L'attestation de réussite au diplôme de Master de droit, économie, gestion mention droit public spécialité droit du secteur sanitaire et social de la Directrice a été remis. Il atteste de ses qualifications (niveau 7) lui permettant d'assurer ses fonctions. Il est relevé que la Directrice du CCAS assure également la direction de l'EHPAD Louis Pasteur.					
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	Pour toute réponse, l'établissement déclare : "non, établissement public". Or, le DUD est nécessaire pour déterminer les missions déléguées à la directrice du CCAS, pour ses fonctions de direction de l'EHPAD.	Ecart 1 : la directrice de l'EHPAD ne dispose pas de document unique de délégation, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : élaborer un document unique de délégation pour la directrice de l'EHPAD, conformément à l'article D312-176-5 du CASF.	1.4 Délégation fonctions S.Maigne	Document unique de délégation pour la directrice de l'EHPAD joint.	La délégation de fonctions donnée à la directrice du CCAS, pour ses fonctions de directrice de l'EHPAD Louis Pasteur, datée du 4 mars 2021, est remise. Ce document n'appelle pas de remarque. La prescription 1 est levée.
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	La procédure d'astreinte administrative à destination de l'équipe de direction a été remise. Elle précise les modalités de saisine de l'astreinte et son organisation : - en semaine de 17h à 9h le lendemain, - en week-end de 17h le vendredi à 9h le lundi suivant, - jours fériés de 17h la veille à 9h le jour suivant le jour férié. Les planning d'astreinte du 2e semestre 2023 et du 1er semestre 2024 ont été remis. Ils attestent que l'astreinte repose sur la directrice adjointe, l'IDEC, la responsable hébergement et deux autres personnes. Il est relevé que la Directrice ne participe pas aux astreintes. Aucune procédure à destination du personnel n'a été remise.	Remarque 1 : l'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel ne permet pas à ces derniers d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de survenue d'un événement indésirable, ce qui peut les mettre en difficulté.	Recommandation 1 : formaliser une procédure retraçant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD.		Les procédures relatives à l'astreinte administrative seront intégrées au plan de continuité de l'activité. Le PCA est intégré au plan d'action suite à l'évaluation externe 2024.	Il est bien compris que la procédure relative à l'astreinte administrative n'est pas encore en place et qu'elle le sera dans le cadre du plan de continuité de l'activité en 2024 ou 2025, suite à l'évaluation externe de 2024. La recommandation 1 est maintenue dans l'attente de la formalisation de la procédure retraçant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Un "CODIR restreint" réunissant la Directrice et la Directrice Adjointe et mis en place chaque semaine. Le compte rendu se présente sous forme de tableau complété après chaque CODIR restreint. Il y est renseigné les décisions et actions en cours, classées par thématiques (exemple : jardin thérapeutique, évaluation, etc.). Des COTECH thématiques (soins, hébergement, etc.) réunissent aussi les cadres de l'EHPAD de manière régulière, sans périodicité préétablie. Ces lieux d'échanges sont dédiés à un secteur d'activité et n'y sont conviés que les professionnels concernés. En dehors de ces réunions, il n'a pas été mis en place de temps d'échanges institutionnel, de type CODIR, réunissant l'ensemble des responsables/professionnels clés de l'EHPAD, la directrice et la directrice adjointe, ce qui peut fragiliser le pilotage stratégique de l'EHPAD et ne permet pas l'échange et l'information en transversalité entre tous les responsables de services/professionnels clés de la structure sur les problématiques de l'EHPAD et les projets en cours.	Remarque 2 : l'absence de réunion institutionnelle, de type CODIR, réunissant l'ensemble des responsables/professionnels clés de l'EHPAD de manière régulière ne contribue pas à la transversalité des échanges et des décisions, ce qui peut fragiliser le pilotage stratégique de l'EHPAD.	Recommandation 2 : organiser des réunions institutionnelles régulières, de type CODIR, réunissant l'ensemble des responsables des services/professionnels clés et la direction de l'EHPAD.	1.6 CODIR gestion du risque infectieux 1.6 COPIL PAP ; 1.6 COPIL PRAP ; 1.6 CODIR Evaluation HAS ; 1.6 CODIR QVT ; 1.6 CODIR RH ; 1.6 CODIR Réunion équipe de nuit	Des réunions institutionnelles avec l'ensemble des responsables de service de l'EHPAD sont organisées régulièrement en fonction de thématiques précises (DAMRI, PRAP2S, PAP, QVT, Projets, RH). C-joint des exemples de comptes rendus : DAMRI, PRAP2S, RH)	Il est acté que des réunions sont organisées par thématique et réunissent les responsables des différents pôles de l'EHPAD. Les documents remis permettent de lever la recommandation 2 .
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement 2021-2026 remis ne fait pas état de sa consultation par le CVS. Il développe plusieurs thématiques (soins, hébergement, qualité, UVP, PASA, etc.). Des objectifs sont présentés et déclinés par des fiches actions qui s'y rapportent. La thématique sur l'accompagnement des résidents en situation de fin de vie est peu développée, notamment les soins palliatifs.	Ecart 2 : en l'absence de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Ecart 3 : l'absence de développement dans le projet d'établissement sur l'organisation et le fonctionnement des soins palliatifs mis en place au sein de l'EHPAD contrevient à l'article D311-38 du CASF.	Prescription 2 : présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté, conformément à l'article L311-8 du CASF. Prescription 3 : compléter le projet de soins, intégré dans le projet d'établissement, sur l'organisation et le fonctionnement des soins palliatifs, en précisant notamment les actions de coopération nécessaires à la réalisation des soins palliatifs, comme le prévoit l'article D311-38 CASF.	1.7 2021-01-21 CVS Procès verbal ; 1.7 Projet d'établissement	Le projet d'établissement a été présenté au CVS le 21/01/2021 (cf. PV). La date de consultation du CVS a été inscrite au projet d'établissement (cf. Projet d'établissement modifié)	Le projet d'établissement de l'EHPAD a bien fait l'objet d'une présentation en CVS en 2021. L'information est intégrée dans le document. Concernant la prescription 3, les mesures correctives sont attendues dans le cadre du prochain projet d'établissement. La prescription 2 est levée. La prescription 3 est maintenue, dans l'attente de l'actualisation du projet d'établissement qui intégrera, dans le projet de soins, des éléments sur l'organisation et le fonctionnement des soins palliatifs, précisant notamment les actions de coopération nécessaires à leur réalisation.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis est en application depuis le 06/03/2023, mais il ne fait pas état de sa consultation par le CVS alors qu'il a été révisé le 04/04/2023 par l'instance (cf. compte rendu du CVS remis à la question 1.19). Il est très complet, mais sa lecture appelle toutefois les remarques suivantes : - le délai de 4 jours imposé pour libérer la chambre du résident suite à son décès paraît relativement cours notamment en raison de l'éloignement géographique possible des familles ou encore sachant que certaines situations obligent à conserver le corps du défunt parfois au-delà de ce délai. - l'entretien et le marquage du linge sont exclus pour les personnes en hébergement temporaire alors que les prestations socles obligatoires leur sont applicables.	Remarque 3 : l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS ne permet pas de savoir si le CVS est régulièrement consulté pour les mises à jour du document. Remarque 4 : la mention dans le règlement de fonctionnement du délai de 4 jours imposé pour libérer la chambre suite au décès du résident, relativement cours, peut mettre en difficulté la famille et les proches du défunt. Ecart 4 : en excluant les prestations d'entretien et marquage du linge personnel des personnes séjournant en hébergement temporaire, l'établissement ne respecte pas l'annexe 2-3-1 du CASF.	Recommandation 3 : inscrire la date de consultation du règlement de fonctionnement par le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement. Recommandation 4 : supprimer la mention du délai de 4 jours pour libérer la chambre du défunt de ses effets personnels. Prescription 4 : inclure les prestations d'entretien et de marquage du linge personnel des personnes séjournant en hébergement temporaire dans les prestations socles de l'EHPAD, conformément à l'annexe 2-3-1 du CASF.			Aucune réponse n'est apportée. Les recommandation 3, et 4 ainsi que la prescription 4 sont maintenues.
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	Il a été remis le contrat à durée déterminée portant nomination d'un agent contractuel dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire. Il atteste du recrutement d'une IDE à temps complet sur les fonctions d'IDEC pour la période allant du 01/01/2024 au 31/12/2024.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'attestation de professionnalisation tout au long de sa carrière de l'IDEC a été remise. Elle atteste que l'IDEC a bénéficié d'une formation de 12 heures : "stage Intra - l'entretien professionnel : un acte de management". Cette formation portant sur les entretiens professionnels ne suffit pas à garantir ses compétences managériales.	Remarque 5 : la formation suivie par l'IDEC en poste, "stage Intra - l'entretien professionnel : un acte de management" ne permet pas de garantir qu'elle dispose des compétences managériales suffisantes pour encadrer une équipe soignante.	Recommandation 5 : soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.			En l'absence de réponse, la recommandation 5 est maintenue.
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	L'établissement ne dispose pas de MEDEC. Pour rappel, au regard de sa capacité autorisée, le temps de présence du MEDEC réglementaire est de 0,60 ETP.	Ecart 5 : en l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : doter l'établissement d'un médecin coordonnateur diplômé à hauteur de 0,60 ETP, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.			En l'absence de réponse, la prescription 5 est maintenue.

1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Au vu de la réponse à la question 1.11, l'établissement n'est pas concerné par la question 1.12.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	Pour toute réponse, l'établissement déclare : "non". Il est rappelé que la réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique est obligatoire. En l'absence de MEDEC, la commission de coordination gériatrique peut malgré tout être réunie afin d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	Ecart 6 : en l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, chaque année, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : organiser chaque année la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.			En l'absence de réponse, la prescription 6 est maintenue.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	Oui	L'établissement déclare que le RAMA n'est pas élaboré. Il est rappelé que le RAMA n'est pas le rapport du MEDEC mais que c'est le rapport des activités médicales de l'établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. De plus, il a pour objectif de retracer notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. En son absence, l'établissement se prive d'un outil d'amélioration de la santé des résidents.	Ecart 7 : en l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : rédiger le RAMA, conformément à l'article D312-158 du CASF. Et transmettre le RAMA 2023.			En l'absence de réponse, la prescription 7 est maintenue.
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'ensemble des fiches de signalement transmis, 5 au total sur 2023, attestent du signalement aux autorités administratives des événements indésirables graves.					
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	Le tableau des EI/EIG 2023 et 2024 a été remis. Il est relevé que seulement 10 événements ont été déclarés en 2023 et aucun sur le premier trimestre 2024. Le formulaire de signalement d'EI mis en application au 13/02/2024 démontre la mise en place récente de la culture de signalement. Les autres documents remis tels que le schéma du circuit de déclaration des EI, la charte de confiance de signalement d'un EI, une FEI vierge et la procédure devraient participer de l'amélioration du dispositif de signalement en interne.					
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	Le procès-verbal du 30/10/2023 relatif aux élections des membres du CVS présente la composition suivante : - 3 représentants des résidents, dont un suppléant, - 2 représentants des familles, - 2 représentants des professionnels, dont un suppléant. Il n'est pas mentionné la désignation du ou des représentants de l'organisme gestionnaire.	Ecart 8 : en l'absence de désignation du représentant de l'organisme gestionnaire, l'établissement contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : nommer au moins un représentant de l'organisme gestionnaire, conformément à l'article D311-5 du CASF.	1.17 Règlement Intérieur CVS 2023	Le représentant de l'organisme gestionnaire est membre de droit au sein du CVS, il s'agit du vice-président du Centre Communal d'Action sociale (cf. règlement intérieur du CVS). A ce titre, son nom n'a pas été remis sur le procès verbal des dernières élections.	La réponse mentionne que le vice-président du CCAS assure la représentation de l'organisme gestionnaire au sein du CSV. Le règlement intérieur du CVS le confirme. La prescription 8 est levée.
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 a été établi lors du CVS du 04/12/2023 (cf. compte rendu remis). Le document n'appelle pas de remarque.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	Oui	8 comptes rendus de CVS ont été remis : 14/03/2022, 17/06/2022, 21/11/2022, 30/01/2023, 04/04/2023, 06/06/2023, 04/12/2023 et 08/02/2024. A leur lecture, il est relevé que la vice-présidente du CCAS signe systématiquement les comptes rendus à partir du 21/11/2022 au nom du président du CCAS. Pour rappel, seul le président du CVS, ou son vice-président en remplacement, signe les comptes rendus.	Ecart 9 : en faisant signer le compte rendu du CVS par la vice-présidente du CCAS à la place du président du CVS, 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.			En l'absence de réponse, la prescription 9 est maintenue.
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 d'autorisation du Département du Puy-De-Dôme, daté de 2016, remis atteste que l'EHPAD est autorisé pour : - 77 en hébergement permanent, dont 12 en UVP ; - 3 places en 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	Le taux d'occupation des trois places d'hébergement temporaire en 2023 et 2024 est globalement faible : 31,05% en 2023 et 43,59 % au premier trimestre 2024.	Remarque 6 : avec un faible taux d'occupation de l'hébergement temporaire en 2023 et 2024, l'établissement n'atteste pas qu'il utilise son dispositif de manière efficiente.	Recommandation 6 : pourvoir l'ensemble des 3 places disponibles en hébergement temporaire afin de garantir une offre de soins et d'accueil efficiente.			En l'absence de réponse, la recommandation 6 est maintenue.
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Oui	Pour toute réponse, l'établissement déclare : "non". L'hébergement temporaire (HT) dont dispose l'EHPAD n'est donc pas défini dans un projet de service spécifique. Or, l'HT doit disposer d'un projet de service spécifique, construit autour de la personne accueillie et prévoir ses modalités d'organisation et de fonctionnement.	Ecart 10 : il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 10 : rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.			En l'absence de réponse, la prescription 10 est maintenue.
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-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 n'a pas mis en place d'équipe dédiée à l'accompagnement des personnes en hébergement temporaire.	Remarque 7 : l'absence de personnel dédié pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 3 places d'hébergement temporaire, n'atteste pas que la prise en charge pour ce public est organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Recommandation 7 : organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 3 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.			En l'absence de réponse, la recommandation 7 est maintenue.
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Au regard de la réponse apportée à la question 2.4, l'établissement n'est pas concerné par la question 2.5.					
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	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD ne prévoit pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire.	Ecart 11 : 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 11 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.			En l'absence de réponse, la prescription 11 est maintenue.