

RAPPORT de CONTROLE le 22/01/2025

EHPAD CHARLES ANDRAUD à SAUXILLANGES_63

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD

Nombre de places : 72 places dont 54 places HP - 14 places en UVP - 4 places en HT

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	Il est pris bonne note de l'organigramme de l'établissement.					
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	L'établissement déclare de nombreux postes vacants : 3 ASD, 3 ASH, 1 IDE, 1 adjoint des cadres finances, 1 MEDEC. De plus, un changement de direction était prévu en décembre 2024. Les postes soignants sont remplacés par des CDD. L'établissement se retrouve dans une situation de turnover des effectifs pour un EHPAD de 72 places.	Remarque 1 : L'équipe de soin est fragilisée par le nombre de postes vacants (ASD, IDE, ASH, MEDEC, ...), ce qui ne permet pas de garantir une prise en charge du résident de qualité.	Recommandation 1 : Veiller au remplacement des postes vacants de façon pérenne, afin de garantir une prise en charge de qualité des résidents et stabiliser les équipes.		Des recrutements ont été effectués, exemple IDE, Si CDD ce qui est le cas par exemple de l'infirmière en question c'est en application de l'article L. 332-19 du Code de la santé publique, pour assurer le remplacement momentané d'agents titulaires ou contractuels. Le contrat est conclu pour une durée déterminée et renouvelé dans la limite de la durée de l'absence de l'agent remplacé ; En l'espèce il s'agit de remplacer une infirmière en CLM.	L'établissement déclare avoir recruté une infirmière en remplacement d'une IDE en CLM. Une copie d'un mail des cadres administratif le confirme. Ce recrutement permettra d'assurer la qualité de la prise en charge des résidents en attendant la stabilisation de l'équipe. Cependant, aucun élément concernant les autres postes vacants (ASD ASH, ...). Toutefois, la recommandation 1 est levée.
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	L'arrêté de l'ARS du 28 avril 2023 atteste que la directrice, Mme , appartient au corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. Cette dernière est nommée directrice adjointe des CH de Thiers et d'Ambert et des EHPAD de Courpière, Saint Germain l'Herm et Saint Amant Roche Savone (63) et également de l'EHPAD Charles Andraud à Sauxillanges en intérim jusqu'à la nomination d'un nouveau directeur.					
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 ?	NON	La directrice fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Elle 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	Un document intitulé "organisation des astreintes", daté de mars 2022, est transmis. Ce document présente l'organisation des astreintes administratives, qui couvrent la période allant du lundi 17 heures au lundi suivant 8h30. Ces astreintes sont assurées par la directrice de l'EHPAD, la cadre de santé et le responsable hébergement. Ce document détaille également les astreintes techniques et les gardes de direction. Les gardes de direction se tiennent en semaine de 17 heures à 8 heures le lendemain, et le week-end du vendredi 17 heures au lundi 8 heures. Il est noté que "seule l'astreinte administrative contacte la garde de direction". Un logigramme illustrant les modalités de recours à l'astreinte administrative et à la garde de direction est présenté. Il est très clair et permet aux professionnels de comprendre l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte. Toutefois, il est observé que les gardes de direction sont communes avec 9 autres établissements, les EHPAD de Vivierols, Courpière, Cunlhat, Ardes sur Couze, Brassac les Mines, St-Germain-Lembron, Vic le Comte, Saint Amant Tallende et d'Arlanc. L'organisation de cette astreinte commune est bien détaillée. Les plannings de répartition de l'astreinte de l'année 2024 sont remis. Ces derniers rappellent notamment les coordonnées et établissements d'origine des directeurs.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	Les comptes rendus de CODIR des 06/04/2023, 05/05/2023 et du 07/09/2023 ont été remis. L'établissement a donc organisé que trois CODIR sur la période d'avril 2023 à octobre 2024. Aucun compte rendu sur l'année 2024 n'ayant été transmis, l'établissement n'atteste donc pas de temps d'échange récents et réguliers en présence des membres de l'équipe de direction. À la lecture des comptes rendus, il est observé que le CODIR réunit la directrice, la cadre de santé et le responsable hébergement. Ces réunions traitent de la gestion de proximité et du pilotage stratégique de l'établissement.	Remarque 2 : En l'absence de temps d'échanges réguliers sur la période 2023/2024 avec les membres de l'équipe de direction, l'EHPAD Charles Andraud n'atteste pas que la gestion de proximité et le pilotage stratégique de l'établissement sont assurés.	Recommandation 2 : Organiser un CODIR régulier, en associant l'équipe de direction, afin de traiter de l'ensemble des sujets de l'EHPAD.			L'établissement déclare que la mise en place de CODIR est "en cours de réalisation depuis ce début d'année 2025". Une feuille d'émargement d'une réunion intitulée "réunion de service", datée du 21/01/2025, a été transmise. Il est observé que de nombreux professionnels clés y participent, ce qui permet d'assurer une gestion de proximité et le pilotage stratégique de l'établissement en transversalité. Il est pris note de l'engagement de l'établissement à mettre en place un CODIR régulier en présence des membres de l'équipe de direction de l'EHPAD. La recommandation 2 est donc levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'établissement a remis le projet d'établissement (PE) 2024-2028. Sa validation par les instances était prévue pour octobre 2024. À sa lecture, il apparaît globalement complet. Il expose les objectifs stratégiques de l'établissement sur les cinq prochaines années. Son élaboration s'inscrit dans une démarche participative, associant l'ensemble des parties prenantes. Le PE 2019-2023 est également transmis.				En cours de réalisation depuis ce début d'année 2025.	
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	L'établissement a transmis la partie du projet d'établissement consacrée à sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. À la lecture de ce document, il est souligné que l'établissement s'engage à intégrer des formations spécifiques sur ce sujet dans son plan de formation. Par ailleurs, l'établissement dispose d'une procédure interne dédiée, intégrée au circuit de gestion des évènements indésirables.					
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour en novembre 2023. Il est observé que la date de consultation du règlement par le CVS n'apparaît pas dans le document, n'attestant pas que l'instance a été consultée. Par ailleurs, le document est globalement complet.	Ecart 1 : 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 1 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.			L'établissement déclare que le règlement de fonctionnement sera consulté par l'instance lors du prochain CVS. Aucun document probant n'est transmis. La prescription 1 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	La décision du 15 janvier 2008 nomme Mme , cadre de santé stagiaire, à l'EHPAD de Sauxillanges. Il était attendu un document plus récent positionnant la cadre de santé sur ses fonctions actuelles en qualité de stagiaire.	Remarque 3 : En l'absence de transmission de décision de nomination récente de la cadre de santé sur son poste, l'établissement n'atteste pas de la titularisation de celle-ci.	Recommandation 3 : Transmettre la décision de titularisation de la cadre de santé.			La cadre de santé est titularisée à compter du 01 janvier 2009, en atteste sa décision de titularisation. Ainsi, la recommandation 3 est levée.
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 dispose du diplôme de cadre de santé, ce qui atteste de sa formation spécifique à l'encadrement.				Fait (pièce jointe)	
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	L'établissement déclare ne plus disposer de MEDEC depuis le décès de celui-ci, survenu fin août 2024. Ce MEDEC était en poste depuis 2008 à l'EHPAD, sur un temps de travail de 0,4 ETP. L'établissement ajoute que les démarches pour lui trouver un successeur ont d'ores et déjà été engagées. En attendant, le cabinet médical de Sauxillanges assure le suivi de l'ensemble des résidents, en collaboration avec les professionnels de l'établissement.	Ecart 2 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 2 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur, conformément à l'article D312-156 du CASF.		En cours de recrutement, il s'agit aussi de s'assurer de la qualité de ce recrutement. Que ce médecin connaisse bien les attendus de l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui précise les 14 rôles du médecin coordonnateur en Ehpad. De surcroit en limitant la surenchère sur sa rémunération, l'établissement se trouvant en situation de PRE. Ci joint courriel échangé avec ce médecin.	L'établissement déclare être en cours de recrutement de MEDEC. Un échange de mail avec un possible MEDEC rencontré est transmis. Il est rappelé que l'établissement doit se doter d'un MEDEC à hauteur de 0,5 ETP. La prescription 2 est maintenue dans l'attente du recrutement d'un MEDEC.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Cf. réponse précédente.					

1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	L'établissement n'a transmis qu'un seul compte rendu de commission de coordination gériatrique (CCG) celui du 12/12/2023. À la lecture du document, il est observé que cette réunion rassemble la directrice, la cadre de santé, le pharmacien, le MEDEC et l'apprentie adjointe de direction. De plus à la lecture du projet d'invitation de la CCG prévue en novembre 2024, il apparaît que de nombreux professionnels externes sont aussi invités. L'établissement n'atteste pas de la tenue annuelle de la CCG.	Ecart 3 : La commission de coordination gériatrie ne se réunit pas régulièrement contrairement à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 3 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF et transmettre le compte rendu de l'année 2024.		En perspective	La commission de coordination gériatrique n'est pas en place. L'établissement déclare qu'elle est en <i>"perspective"</i> . La prescription 3 est maintenue, dans l'attente de la mise en place de la commission de coordination gériatrique, dès le recrutement d'un MEDEC.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	Le RAMA 2023 est remis. Le document n'appelle pas de remarque.					
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	Plusieurs fiches de signalement d'EIG transmis aux autorités de contrôle pour des EIG survenus en 2022 et 2023 ont été transmis. Ce qui atteste de la pratique de signalement aux autorités de contrôle.					
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	L'établissement a remis le tableau de bord de suivi des EI depuis 2018. À la consultation du document, il est observé que les EI sont classés par <i>"type d'évènement"</i> et <i>"sous catégorie"</i> , avec une colonne indiquant la réponse apportée par l'établissement. Cependant, ces tableaux sont succincts : ils ne présentent pas d'analyse des causes, ni de mesures correctives, afin d'éviter qu'une même situation ne se reproduise. L'établissement n'atteste pas disposer d'un dispositif de gestion global des EI/EIG. Par ailleurs, l'établissement dispose d'une procédure de gestion des EI, notamment la procédure intitulée <i>"déclaration d'EI"</i> qui est claire et complète. Un document de RETEX vierge, datant de juillet 2024. Ces documents doivent permettre de renforcer la démarche d'amélioration continue de l'établissement.	Remarque 4 : En l'absence d'indication de l'analyse des causes pour les EI/EIG déclarés dans le tableau de bord des EI/EIG, l'établissement n'atteste pas disposer d'un dispositif de gestion global des EI/EIG prenant en compte une analyse des causes de chaque EI survenu.	Recommandation 4 : Transmettre tout document attestant que l'analyse des causes des EI/EIG est bien réalisé pour chaque EI/EIG déclaré.		Un rappel sera effectué auprès des équipes , et à partir du 01 mars cette transmission de fera depuis le nouveau formulaire de déclaration dématérialisé.	Au regard de la recommandation posée, la réponse de l'établissement ne permet pas de savoir si l'établissement assure bien l'analyse des causes des EI/EIG. Par conséquent, la recommandation 4 est maintenue.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	Les élections des représentants des résidents, des familles et des professionnels ont eu lieu en novembre 2022. De plus, en juillet 2024, de nouvelles élections des représentants des résidents se sont tenues. Il est constaté qu'aucun représentant de l'organisme gestionnaire (conseil d'administration) n'a été désigné.	Ecart 4 : En l'absence de désignation du représentant de l'organisme gestionnaire, l'établissement contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 4 : Nommer au moins un représentant de l'organisme gestionnaire, conformément à l'article D311-5 du CASF.		Cela sera effectué lors de la tenue des prochaines instances, [à savoir si le Directeur de l'EPSMS peut être "représentant de l'organisme gestionnaire"]	L'établissement déclare que la désignation d'un membre de l'organisme gestionnaire comme représentant du CVS sera effectuée lors <i>"des prochaines instances"</i> . Aucun élément probant ni aucune date précise ne sont apportés. Par ailleurs, il est rappelé que le directeur est membre du CVS avec voix consultative et que le représentant de l'organisme est présent avec voix délibérative. Par conséquent, il convient de désigner le Président ou un administrateur du Conseil d'Administration comme représentant de l'organisme gestionnaire. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente de la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire au CVS.
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	Le règlement intérieur du CVS prend bien en compte les modifications apportées par le décret du 25 avril 2022. Le document est conforme et a été validé en instance lors de la séance du 06/04/2023.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	Les comptes rendus des 06/04/2023, 22/06/2023, 17/10/2023, 12/12/2023, 09/04/2024, 09/07/2024 ont été remis. L'invitation à la séance du 22/10/2024 est également transmise. Le CVS se tient donc bien au moins trois fois par an. Les comptes rendus témoignent que les sujets évoqués en réunion sont variés et que les échanges sont riches. Toutefois, il est constaté que les comptes rendus sont signés par la directrice et la stagiaire de direction en plus de la présidente du CVS.	Ecart 5 : En faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice et la stagiaire de direction en plus de la présidente du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 5 : Faire signer les comptes rendus par la seule présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		à régulariser lors du prochain CVS	L'établissement s'engage à <i>"régulariser"</i> la signature des comptes rendus par le seul président du CVS, lors du prochain CVS. La prescription 5 est levée.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Si <u>hébergement temporaire</u> : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si <u>accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	OUI	L'établissement a remis un extrait du tableau de bord de l'activité de l'EHPAD. Il est observé un taux d'occupation satisfaisant de l'hébergement temporaire (4 places) : 87,36% sur le premier semestre 2024 et 97,94% en 2023.					
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	OUI	L'hébergement temporaire dispose d'un projet de service spécifique intégré dans le projet d'établissement.					
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 fiche de poste du référent hébergement temporaire.	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire (HT). L'établissement ajoute que les résidents sont pris en charge par les équipes présentes et que la cadre de santé est coordinatrice de cette activité. De plus, une assistante de service social présente à 5% au sein de l'EHPAD, participe également à l'accompagnement des résidents en HT, en atteste sa fiche de poste. Enfin, la psychologue et l'ergothérapeute rencontrent systématiquement les résident concernés.					