

RAPPORT de CONTROLE le 22/01/2025

EHPAD LES BRUYERES à BOURG LASTIC_63

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS BOURG LASTIC

Nombre de places : 75 places 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	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 les postes suivants vacants : - médecin coordonnateur - psychomotricien (0,75 ETP) - kinésithérapeute (0,75 ETP). L'établissement précise qu'il s'agit de postes vacants non-pourvus.					
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	La directrice dispose d'un certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), ce qui atteste de sa qualification de niveau 7.					
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	L'établissement déclare que la directrice ne dispose pas de DUD. Il est rappelé que la délégation du secteur communal est obligatoire au titre de l'article D312-176-5 du CASF. La délégation donne de la lisibilité dans la gestion des établissements. Elle éclaire les relations entre l'association gestionnaire (conseil d'administration) et le chargé de direction.	Ecart 1 : La directrice ne dispose pas de document unique de délégation du Conseil d'administration de l'EHPAD Les Bruyères et par conséquent contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : Se mettre en conformité et élaborer le document unique de délégation de la directrice de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 du CASF.		A ce jour, et depuis le 31 janvier 2025, nous ne disposons plus de directeur(trice). La procédure de recrutement est en cours. Un CODIR a été mis en place avec l'IDE coordonatrice, Monsieur le Président du CCAS, le vice-président du CCAS et la Directrice Adjointe. Dès qu'un directeur sera nommé, ce document sera rédigé,	L'établissement déclare que l'EHPAD ne dispose plus de directrice. L'établissement ajoute que le DUD sera rédigé dès le recrutement d'un directeur. La prescription 1 est levée. L'établissement n'étant pas doté d'un directeur.
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	L'astreinte est répartie entre quatre professionnels : la directrice, l'IDEC, la directrice adjointe et un agent administratif. L'astreinte est assurée du lundi 8 heures au lundi suivant 8 heures. Les planning de l'année 2023 transmis confirment cette organisation. Toutefois, aucune procédure relative à l'astreinte administrative de direction à l'attention des professionnels n'a été remise. Sans procédure expliquant les modalités du dispositif de l'astreinte administrative, notamment les situations dans lesquelles les professionnels doivent avoir recours au cadre d'astreinte, les professionnels peuvent se trouver en difficulté.	Remarque 1 : L'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté.	Recommandation 1 : Formaliser et transmettre la procédure d'astreinte, à l'attention du personnel de l'EHPAD, définissant les modalités du dispositif et retraçant notamment les actions à réaliser durant l'astreinte de direction et les modalités de saisine du cadre d'astreinte.			Aucun élément n'a été apporté. La recommandation 1 est maintenue.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	L'établissement déclare ne pas réaliser de CODIR. Il convient de rappeler que les réunions de CODIR permettent un temps d'échange et de réflexion collective, afin d'assurer une gestion de proximité au sein de l'établissement.	Remarque 2 : Il n'existe pas de CODIR ce qui est préjudiciable pour la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommandation 2 : Mettre en place des CODIR, contribuant à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations.		CODIR mis en place depuis le départ de la Directrice, La continuité de ce dernier sera mise en place après le recrutement d'un Directeur(trice)	Les éléments de réponse ne permettent pas d'attester que l'établissement assure une gestion et un pilotage stratégique de l'établissement au travers de la mise en place d'un CODIR. La recommandation 2 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'établissement déclare que le projet d'établissement est en cours de finalisation avant sa soumission aux instances. Le document couvre la période 2024-2029. A la lecture du document, il est constaté que le document ne comporte ni de projet de soin ni de volet concernant les soins palliatifs.	Ecart 2 : Le projet d'établissement ne comporte pas un projet général de soins, ce qui contrevient à l'article D312-158 du alinéa 1 CASF.	Prescription 2 : Intégrer dans le projet d'établissement un projet général de soins conformément à l'article D312-158 alinéa 1 du CASF.		Nous allons reprendre le projet d'établissement afin de pallier à ce manque	L'établissement s'engage à retravailler son projet d'établissement afin d'y intégrer un projet de soin. Ce dernier constitue l'un des volets essentiels du projet d'établissement. Même en l'absence de médecin coordonnateur, l'équipe soignante peut élaborer le projet de soin. Cela permettra de définir des objectifs de prise en charge et de faire du projet d'établissement un outil de pilotage et de suivi pertinent. La prescription 2 est maintenue. Dans l'attente de l'élaboration d'un projet de soin s'intégrant dans le PE.
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 déclare ne pas avoir de chapitre bien défini sur le sujet de la lutte contre la maltraitance. L'établissement explique que cette thématique est intégrée dans une approche multifactorielle, abordée à travers plusieurs axes du projet d'établissement (formation au care, travail d'équipe, démarche qualité, ...). Il est bien noté que ces éléments sont traités dans le projet d'établissement et qu'ils contribuent à la lutte contre la maltraitance. Toutefois, il est rappelé que l'établissement doit développer dans le projet d'établissement un chapitre dédié à la démarche de lutte contre la maltraitance afin de lui donner de la lisibilité.	Ecart 3 : Le projet d'établissement ne dispose pas de volet spécifique à la lutte contre la maltraitance, ce qui contrevient aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.	Prescription 3 : Intégrer et développer un volet portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement, conformément aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.		Une charte de bientraitance sera travaillée et instaurée au sein de l'établissement	La charte de bientraitance s'inscrit dans la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, mais n'est pas suffisante. Il est attendu les autres aspects réglementaires en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle, de désignation d'une autorité extérieure à l'établissement à laquelle les personnes accueillies peuvent faire appel en cas de difficulté etc. La prescription 3 est maintenue. Dans l'attente de la rédaction de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement est daté au 9 octobre 2014. Il n'a pas été actualisé depuis au moins 5 ans. Il n'est donc plus valide. Par ailleurs, l'établissement veillera à intégrer : - la référence au décret du 25 avril 2022 relatif au CVS - Les dispositions de la loi du 8 avril 2024, concernant le droit de visite en EHPAD et l'accueil des animaux de compagnie.	Ecart 4 : Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé conformément à l'article R311-33 du CASF.	Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF.		Fait, il ne manque que la présentation au CVS et au Conseil d'administration	L'établissement déclare que les éléments relevés dans l'analyse ont été pris en compte. Or, aucun élément probant n'a été transmis à l'appui de cette déclaration. La prescription 4 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	L'IDEC a été recrutée à compter du 28/11/2024 sur des fonctions d'infirmière en soins généraux coordonnatrice des soins, en atteste l'arrêté de nomination par voie de mutation.					
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	L'établissement n'a pas transmis d'attestation de formation à l'encadrement et à la coordination de l'IDEC. L'IDEC étant récemment arrivée à son poste, il convient de l'intégrer dans un processus de formation afin d'éviter de la mettre en difficulté dans ses missions de management. Par ailleurs l'établissement déclare que l'ancienne IDEC, qui a quitté ses fonctions en septembre 2024, a bien suivi un formation, en atteste le certificat de réalisation de la formation datant de 2023.	Remarque 3 : L'IDEC en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement sans difficulté.	Recommandation 3 : Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.		Une nouvelle infirmière vient de prendre ses fonctions, Elle est déjà inscrite à plusieurs formations avec le	Une nouvelle infirmière vient de prendre ses fonctions. L'établissement déclare que plusieurs formations sont prévues pour celles-ci, sans préciser le contenu ni apporter d'élément probant. La recommandation 3 est toutefois levée.

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 pas disposer de MEDEC.	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, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.			Aucun élément n'a été apporté. La prescription 5 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.	NON	Cf. réponse précédente.					Cf. écart n°5
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 déclare que la commission gériatrique n'est pas mise en place au sein de l'établissement. Or, cette commission, en tant qu'obligation légale, favorise une meilleure coordination des soins entre les professionnels internes et les intervenants libéraux. Elle contribue également à une approche globale de la prise en charge des résidents.	Ecart 6 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, dès le recrutement d'un MEDEC, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.			Aucun élément n'a été apporté. La prescription 6 est maintenue. Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	NON	L'établissement n'a pas répondu à la question. Il est rappelé que le RAMA, n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, mais le rapport des activités médicales de l'établissement. À ce titre sa rédaction est pluridisciplinaire. L'équipe soignante, encadrée par l'IDEC, est donc en mesure de le renseigner partiellement en l'absence du MEDEC. La directrice de l'EHPAD cosigne d'ailleurs le rapport.	Ecart 7 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Rédiger le RAMA, même partiellement en l'absence de MEDEC, conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre.			Aucun élément n'a été apporté. Le RAMA n'étant pas le rapport du médecin coordonnateur mais celui des activités médicales de l'établissement, avec une rédaction pluridisciplinaire, le RAMA de l'EHPAD peut être rédigé au moins partiellement, ce qui permettrait de suivre l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Comme déjà écrit précédemment, en son absence, l'EHPAD se prive d'un outil d'amélioration de la santé de ses résidents. La prescription 7 est maintenue. Rédiger même partiellement le RAMA chaque année.
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	L'établissement a transmis cinq fiches de signalement aux autorités de contrôles pour des EIG survenus en 2024, ce qui atteste de la pratique régulière de signalement des EIG aux autorités de contrôle. À noter qu'aucun EIG n'a été signalé en 2023, l'établissement explique qu'une sensibilisation a été faite aux équipes en 2024.					
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 déclare n'avoir aucun formalisme concernant la déclaration d'évènement indésirable (EI). Il est expliqué que les agents s'adressent directement à la directrice ou à l'IDEC. L'établissement ne dispose donc pas de dispositif de gestion globale des EI/EIG. Néanmoins, l'établissement déclare s'être doté d'un logiciel qualité , en atteste le contrat signé le 30/09/2024, qui sera mis en place en 2024.	Ecart 8 : En ne disposant pas d'outil de recueil et de suivi des EI/EIG, l'EHPAD ne garantit pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	Prescription 8 : Mettre en place un dispositif de gestion des EI/EIG afin de garantir la déclaration et le traitement EI pour sécuriser la prise en charge des résident au titre de l'article L311-3 du CASF et transmettre tout document (déclaration d'EI, formation personnel, procédure, ...) attestant de l'utilisation du logiciel pour assurer la gestion et le suivi des EI/EIG.		Acquisition récente du progiciel qui nous permettra d'avoir une gestion optimum des EI/EIG, En attente de formation avec les formateurs,	L'établissement n'apporte aucun élément nouveau. Il est déclaré que l'établissement est en attente de formation pour le logiciel déjà acquis en septembre 2024. À ce jour, l'établissement n'atteste pas déployer de dispositif de gestion globale des EI/EIG, permettant d'assurer la sécurité des résidents. Par conséquent, la prescription 8 est maintenue.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement a remis le compte rendu de réunion de CVS du 11 juillet 2022. À la lecture du document, il est observé qu'un point de "présentation des membres du CVS" est fait, et que l'élection du président et du vice-président ont eu lieu. La composition du CVS est conforme.					
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 a été validé en instance le 22 novembre 2022, puis modifié lors de la séance de septembre 2024. À la lecture du document, des erreurs règlementaires ont été relevées à l' "article 5 : modalités de désignation/élections". Il y est noté "les représentants des personnes accompagnées [...] sont élus par volontariat en priorité". Cette mention est non conforme : si les représentants peuvent se porter volontaires, ils doivent ensuite être élus, conformément à la réglementation. Les élections des représentants constituent une obligation légale. De plus, l'article précise "en cas de fin de mandat avant le terme, il sera pourvu au remplacement sur acte de volontariat". Cette disposition écarte également l'exigence règlementaire d'organiser des élections. Il revient à la direction de rappeler l'obligation de respecter ce processus. Enfin, il est repéré dans le compte rendu de CVS du 24/062024, au point "9.Election d'un bureau pour le CVS" que la directrice justifie l'absence d'élections en expliquant que "Le règlement intérieur sera modifié afin d'intégrer les familles sur la base du volontariat et éviter l'organisation d'élection chaque année, dans la mesure où cela est chronophage". Si cette contrainte est compréhensible, elle relève néanmoins des missions de la direction, qui ne peut déroger à la réglementation.	Ecart 9 : Les mentions "élus par volontariat" et "pourvu au remplacement sur acte de volontariat" concernant les modalités d'élections des représentants des familles dans le règlement intérieur du CVS suppriment la notion d'élection de ces représentants, ce qui contrevient à l'article D311-10 CASF.	Prescription 9 : Procéder systématiquement aux élections des représentants des familles, conformément à l'article D311-10 CASF.		Renouvellement du bureau CVS en cours, les élections auront lieu début mars 2025	L'établissement déclare que le renouvellement du bureau CVS est prévu pour mars 2025. Or, aucun élément probant n'a été transmis à l'appui de cette déclaration. La prescription 9 est maintenue. Dans l'attente des élections effectives des représentants des familles.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	L'établissement a remis les comptes rendus de CVS des 22/11/2022, 10/03/2023, 05/07/2023, 30/11/2023, 24/06/2024 et du 20/09/2024. Le CVS se tient bien trois fois par an. Les comptes rendus témoignent que les sujets abordés sont variés et les échanges sont riches. Par ailleurs, il est repéré que les comptes rendus ne sont pas signés par le président du CVS.	Ecart 10 : En l'absence de signature du président de l'instance sur les comptes rendus de CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 10 : Faire signer les comptes rendus par le président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		en cours, en attente du retour d'hospitalisation de ce dernier	Dont acte. La prescription 10 est maintenue. Dans l'attente de la signature effective du président du CVS sur les comptes rendus de séance.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					