

RAPPORT de CONTROLE le 04/03/2025

EHPAD MAISON SAINT JEAN BAPTISTE à LOUBEYRAT_63

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION LES SEPT SOURCES

Nombre de places : 68 places dont 56 places HP et 12 places en UVP

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 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 : - 0,6 ETP IDE - 0,5 ETP MEDEC - 3 ETP ASD - 2 ETP ASH. Ces postes sont remplacés par des contrats CDD et intérim.					
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 du certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), obtenu en 2016. Ce qui atteste de son niveau de 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	Le DUD de la directrice, daté de 2018, est remis. Les quatre grands domaines de délégation de pouvoir sont précisés, permettant ainsi à la directrice d'assurer la gestion courante de l'établissement.					
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'établissement a seulement remis un planning d'astreinte. À sa consultation, il est observé que l'astreinte est répartie entre la directrice, et deux autres professionnelles identifiées sur le planning par leur prénom, ce qui ne permet pas de connaître quel poste elles occupent, sachant que l'organigramme n'est pas nominatif. L'astreinte est assurée sur une semaine complète du lundi au lundi suivant. Le numéro de téléphone de la personne d'astreinte est inscrit. Toutefois, il n'existe pas de procédure détaillant l'organisation du dispositif d'astreinte, notamment pour préciser les situations dans lesquelles les professionnels peuvent avoir recours au cadre d'astreinte, mais également sur les horaires couverts par l'astreinte, ce qui peut mettre en difficulté le personnel, en cas de survenance d'événement grave.	Remarque 1 : L'absence de procédure organisant l'astreinte à destination du personnel ne lui permet pas d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté. Recommendation 1 : Formaliser une procédure retracant les actions à réaliser durant l'astreinte à destination du personnel de l'EHPAD.	1.5_astreinte			Une procédure d'astreinte a été rédigée et validée en mars 2025. Ce document précise les motifs justifiant le recours à l'astreinte sur la période de 18h à 9h et les week-ends, et détaille les conduites à tenir. Ce qui permet de sécuriser le dispositif d'astreinte. Ainsi, la recommandation 1 est levée.
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 23/09/2024, 30/09/2024 et du 07/10/2024 ont été remis. Le CODIR se tient donc régulièrement toutes les deux semaines. À la lecture des comptes rendus, il est observé que le CODIR réunit plusieurs responsables clés (animateur, psychologue, ergothérapeute, ...) de l'EHPAD. Les comptes rendus témoignent de la gestion de proximité de l'EHPAD et de son pilotage stratégique.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement (PE) couvre la période 2013-2018. Le document n'est donc plus à jour depuis au moins 6 ans. Aucun élément concernant sa mise à jour n'a été remis. À la lecture du document, il est constaté qu'il ne comporte pas de dimension prospective avec des objectifs déclinés en actions de mise en œuvre sur la période du PE.	Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevent à l'article L311-8 du CASF. Remarque 2 : En l'absence d'objectifs déclinés en actions de mise en œuvre sur la période quinquennale que couvre le projet d'établissement de l'EHPAD, l'établissement se prive d'une dimension prospective.	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. Recommendation 2 : Introduire dans le prochain projet d'établissement de l'EHPAD des objectifs déclinés en actions afin de renforcer la dimension prospective et stratégique de l'EHPAD.	1.7.1.8_retroplanning PE		Le retroplanning remis relatif à l'élaboration du projet d'établissement indique que la démarche d'élaboration du PE n'a pas commencé et démarre en septembre 2025. Le document indique seulement deux étapes principales : "réédiger/modifier les chapitre en incluant des objectifs déclinés en actions et un volet prévention de la maltraitance" à réaliser par la directrice et la cadre de santé ainsi que "la rédaction des fiches actions" confiées à la qualiticienne. La finalisation du projet d'établissement est prévue pour décembre 2025, avec validation par les instances. Il est à noter que ce document ne prévoit pas de démarche participative, avec la participation des différents professionnels au sein de groupes de travail, ce qui est en décalage avec les bonnes pratiques professionnelles de l'IAS (Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service). De plus, le CVS n'est également pas impliqué dans l'élaboration du PE, alors que la réglementation prévoit qu'il est associé à son élaboration. En conséquence, la prescription 1 et la recommandation 2 sont maintenues.
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.	NON	Aucun élément n'a été remis.	Ecart 2 : Le projet d'établissement ne traite pas de la lutte contre la maltraitance contrairement à ce qui est prévu à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Intégrer dans le prochain projet d'établissement un volet spécifique développant la prévention de la maltraitance, conformément à l'article L311-8 du CASF.	1.7.1.8_retroplanning PE		Dont acte. La prescription 2 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD est daté de 2011. Le document n'est donc plus à jour depuis au moins 8 ans. Aucun élément concernant sa mise à jour n'a été transmis. À la lecture du document, il est constaté que "l'organisation et l'affectation à usage collectif [...] des locaux et bâtiments" n'est pas précisée.	Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé conformément à l'article R311-33 du CASF. Ecart 4 : En l'absence de précision concernant "l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments" dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevent à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF et transmettre tout élément de mise en conformité. Prescription 4 : Intégrer dans le prochain règlement de fonctionnement une partie concernant "l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments", conformément à l'article R311-35 du CASF.	1.9_RF 1.9_retroplanning RF	 Nous vous retransmettons le règlement de fonctionnement qui ne date pas de 2011 mais bien de 2021, revu en 2023. L'établissement déclare que le règlement de fonctionnement sera révisé dans le cadre de l'absorption de l'association par l'association Chemin d'espérance en janvier 2025. Ainsi, le prochain document intégrera la partie sur "l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments". Le rétroplanning relatif à l'élaboration du nouveau règlement de fonctionnement indique une finalisation du document en avril 2025. La prescription 4 est levée.	Il est pris bonne note que le document est daté de 2021 et revu en 2023. La prescription 3 est levée. L'établissement déclare que le règlement de fonctionnement sera révisé dans le cadre de l'absorption de l'association par l'association Chemin d'espérance en janvier 2025. Ainsi, le prochain document intégrera la partie sur "l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments". Le rétroplanning relatif à l'élaboration du nouveau règlement de fonctionnement indique une finalisation du document en avril 2025.
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	Le contrat de travail de l'IDEC à durée indéterminée est transmis, daté de 2020. Celle-ci a été recrutée en qualité d'encadrant de soins.					

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'IDEC dispose du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERIUS), obtenu en 2019. Ce qui atteste de sa formation spécifique à l'encadrement. L'IDEC dispose également du diplôme infirmier.						
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).	NON	Aucun élément n'a été remis. L'établissement ne dispose pas de MEDEC comme il est indiqué à la question 1.2 relative aux postes vacants. L'établissement n'apporte aucune précision sur la vacance du poste ni sur les démarches entreprises pour recruter un MEDEC.	Ecart 5 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevent 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.	1.12_annonce MEDCP	L'annonce est publiée sur différents site dont celui de .	Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 5 est maintenue .	
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	NON	Aucun élément n'a été remis.	Cf. écart n°5	Cf prescription n°5				
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	NON	Aucun élément n'a été remis.	Ecart 6 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique, dès le recrutement d'un MEDEC, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		en attente recrutement MEDCO	En l'absence de MEDEC, la prescription 6 est maintenue .	
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 présente globalement les données de l'état de dépendance et de santé des résidents sur l'année 2023. Le document est signé par la directrice uniquement.						
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 deux fiches de signalement d'EIG transmis aux autorités de contrôle pour des EIG survenus en 2023 et 2024 au sein de l'EHPAD. Ce qui témoigne de la pratique régulière de l'établissement aux signalement d'EIG 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'événement, 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 transmis le tableau de bord des EI survenus en 2023 et 2024. À la lecture du tableau, il est observé que le tableau comprend la description des EI, les mesures immédiates apportées et les actions correctives apportées par la direction notamment après l'analyse des causes. Ce tableau justifie de l'existence d'un dispositif de gestion global des EI. De plus, l'établissement a remis un document de présentation, intitulé "les événements indésirables" concernant la déclaration d'EI des années 2023 et 2024. Ce document présente les statistiques des données de déclaration 2023/2024 et rappelle la procédure interne de déclaration. Ce document permet de renforcer la démarche qualitative de l'établissement.						
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement a transmis le compte rendu du CVS du 05 décembre 2023. À sa lecture, il est observé au point 1 "accueil des nouveaux membres" que des élections ont eu lieu. Il est souligné que la composition des membres, indiquée en première page, est conforme (représentants des résidents, des familles, des professionnels et de l'organisme gestionnaire).						
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 est daté de décembre 2023. Le document a été validé en instance. Et le document est complet.						
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 réunions de CVS des 06/07/2023, 05/12/2023 et du 08/07/2024. Le CVS s'est donc tenu deux fois en 2023, et une seule fois en 2024 (de janvier au 8 octobre 2024). A la lecture des comptes rendus, il est observé que les sujets abordés en séance sont variés et que les échanges sont riches. Il est noté cependant que les comptes rendus sont signés par la directrice en plus de la présidente du CVS.	Ecart 7 : En l'absence d'organisation de 3 CVS par an, l'EHPAD contrevent à l'article D311-16 du CASF. Ecart 8 : En faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice en plus de la Présidente, l'établissement contrevent à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 7 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 8 : Faire signer les comptes rendus par la seule Présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.20_CR CVS 12/2024	Nous avons pris note que les comptes-rendus de CVS ne doivent pas être signés par la Directrice de l'établissement.	L'établissement déclare que le CVS n'a pas pu se tenir régulièrement en 2023 et 2024 du fait de décès parmi "les résidents". Il est bien noté qu'en 2024 deux CVS se sont tenus. L'établissement déclare que le rythme de 3 CVS par an "sera" de nouveau de vigueur. Dont acte. La prescription 7 est levée . L'établissement s'engage à ne faire signer les comptes rendus de CVS par la seule présidente du CVS. La prescription 8 est levée .	
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.	NON	Non concerné.						
Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.								
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-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 quotients de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	NON	Non concerné.						