

RAPPORT de CONTROLE le 03/06/2025

EHPAD Protestante Dethel à TASSIN LA DEMI LUNE

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

Thématique: CSP13 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE PROTESTANTE DETHEL

Nombre de places : 91 lits 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	L'organigramme remis est nominatif sur les postes de direction. Il est daté du 13 décembre 2024. L'organigramme est composé de divers pôles : administratif, qualité, hébergement, technique, vie sociale et le pôle médical.					
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	La direction déclare avoir 5 postes vacants au 1er juillet 2024 : -2,05 ETP d'ASD, leur remplacement est assuré par des CDD, -1 ETP d'IDE, le remplacement est assuré par des CDD. Il est précisé, à la lecture de l'organigramme, qu'au 13 décembre 2024, le poste d'IDEC est vacant.					
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, Mme , est titulaire du CAFDES obtenu en 2021. Il s'agit d'un diplôme de niveau 7, ce qui est conforme à l'article D312-176-6 du CASF.					
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	Il a été remis la délégation de pouvoirs du président du conseil d'administration de "l'association protestante Dethel" à la directrice de l'EHPAD Protestante Dethel. La délégation de pouvoirs porte sur la gestion des ressources humaines, la représentation du personnel pour assurer les relations avec les organisations syndicales, en matière de santé, hygiène et sécurité au travail, en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance et en matière fiscale, financière et administrative. En revanche, la délégation de pouvoirs n'est ni datée ni signée par le président du conseil d'administration de l'association, ne permettant pas de s'assurer de son effectivité.	Remarque 1 : L'absence de date et de signature de la délégation de pouvoirs par le président du conseil d'administration de l'association Protestante Dethel, ne permet pas de s'assurer de son effectivité.	Recommandation 1 : Dater et signer la délégation de pouvoirs afin d'acter la mise en œuvre de cette délégation de pouvoirs.	01_DUD	Le document a été daté et signé par le Président de l'Association.	La délégation de pouvoirs est signée et datée du Président de l'association Dethel et de la directrice d'établissement. La recommandation 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 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	oui	La procédure de gestion des astreintes transmise est complète. Elle définit les modalités de recours à l'astreinte, les professionnels y participant et l'amplitude horaire. A la lecture du planning d'astreinte pour 2024, il est relevé que deux professionnels participent à l'astreinte, il s'agit de la directrice d'EHPAD et de la responsable intendance et qualité.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	oui	Il a été remis 3 CR de CODIR (30/04, 26/09 et 09/10/24). Le comité de direction est composé de la directrice de l'EHPAD Albert Morlot, du Président du CA et de la directrice de l'EHPAD Marguerite Dethel. Les CR de CODIR n'appellent pas de remarque particulière.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement remis couvre la période 2013-2017. En conséquence, le projet n'est plus valide conformément à l'article L311-8 du CASF.	Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 CASF.	Prescription 1 : Procéder à l'actualisation du projet d'établissement de l'EHPAD, conformément à l'article L311-8 du CASF et le transmettre.		Il est prévu que le projet d'établissement soit mis à jour au 2ème semestre 2025.	La direction déclare que l'actualisation du projet d'établissement est prévue au cours du 2ème semestre 2025. Dans l'attente de son actualisation, la prescription 1 est maintenue.
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	La direction a remis plusieurs documents : -la charte du respect par les professionnels et par les résidents datée d'août 2024, elle précise notamment la nécessité du respect du rythme et les habitudes de vie des résidents, la confidentialité et la discrétion des professionnels ou encore l'empathie et la tolérance ; -la convention signée relative à la formation des professionnels autour du "pilotage de la promotion de la bientraitance" avec un organisme de formation, ainsi que la feuille d'émargement s'y rapportant ; -la grille d'auto-contrôle des pratiques professionnelles de la HAS ; -la procédure de prévention et de signalement des actes de maltraitance datée juillet 2015. Au travers de ces documents, la direction a précisé les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance ainsi que la formation suivie par les professionnels. Conformément à l'article D311-38-3 du CASF, ces documents sont à intégrer au PE permettant de définir la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. Dans ce cadre, sont à préciser les "moyens de repérage des risques de maltraitance et les modalités de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement ou service. Sont également précisées les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle".	Ecart 2 : En l'absence d'un projet d'établissement valide, l'EHPAD n'a pas suffisamment développé sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, ce qui contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 2 : Elaborer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance et l'intégrer au sein du projet d'établissement de l'EHPAD Protestante Dethel, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.		Il est prévu que le projet d'établissement soit mis à jour au 2ème semestre 2025.	La direction déclare que l'actualisation du projet d'établissement est prévue au cours du 2ème semestre 2025. Dans l'attente de l'ajout de la définition de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD au sein du projet d'établissement, la prescription 2 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le règlement de fonctionnement remis est daté de décembre 2022. Il n'est pas fait référence à la date de consultation du CVS concernant les dernières modifications apportées dans le règlement de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Concernant le contenu du règlement de fonctionnement, il est relevé l'absence des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues conformément à l'article R311-35 du CASF.	Ecart 3 : En absence de date de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 du CASF. Ecart 4 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas l'ensemble des items prévus à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 3 : Consulter les membres du CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement et intégrer la date s'y rapportant, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 4 : Modifier le règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues conformément à l'article R311-35 du CASF et transmettre le règlement de fonctionnement modifié.	02_REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour et validé par le CVS le 27 mai 2025.	Les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues ont été ajoutées au sein du règlement de fonctionnement. De plus, les membres du CVS ont été consultés sur les modifications apportées au sein du règlement de fonctionnement. Les prescriptions 3 et 4 sont levées.
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 poste d'IDEC est vacant depuis le 15 décembre 2024. La direction déclare être en cours de recrutement. En l'absence d'IDEC, l'établissement ne précise pas les modalités mises en œuvre permettant d'assurer la coordination des soins.	Remarque 2 : En l'absence d'IDEC, l'établissement ne précise pas les modalités mises en œuvre permettant d'assurer la coordination des soins.	Recommandation 2 : Organiser la coordination des soins infirmiers et notamment en recrutant une IDEC.		Une IDEC a été recrutée et prendra ses fonctions le 23 juin 2025.	La direction déclare qu'une IDEC a été recrutée au 23 juin 2025. Toutefois, en l'absence de transmission d'éléments de preuve telle que le contrat de travail de l'IDEC, la recommandation 2 est maintenue.
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	En l'absence d'IDEC, l'établissement n'est pas concerné par la question.					
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 précédant le contrôle sur pièces).	oui	Par un avenant à son contrat de travail, Dr , a été recrutée en qualité de médecin coordonnateur, en CDI, à temps partiel (0,5ETP). Son planning remis atteste de sa présence les mardis et jeudis. Or, conformément à l'article D312-156 du CASF et au regard de la capacité de l'établissement (91 lits), il est attendu un temps d'intervention de MEDEC à hauteur de 0,6ETP.	Ecart 5 : En l'absence d'un temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.		A ce jour, notre MEDEC n'a pas la possibilité d'augmenter son temps de travail.	La direction déclare que le MEDEC ne peut pas augmenter son temps de travail. En l'absence d'un temps de MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 5 est maintenue à titre de perspective.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	Dr est titulaire d'une capacité en gériatrie obtenue en 2006.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	oui	Il a été remis les CR de la commission de coordination gériatrique de 2022, 2023 et 2024 conformément à l'article D312-158 CASF alinéa 3 du CASF. Il est relevé que de nombreux professionnels libéraux sont présents aux réunions.					

1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	oui	Il a été remis le RAMA 2023. A sa lecture, sont renseignées les données des années précédentes ce qui permet de retracer l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. De plus, les objectifs de l'année à venir sont présentés.					
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	La direction a transmis le tableau des signalements. A sa lecture 1 EIG en date du 20/11/23 relatif à la chute d'une résidente entraînant une fracture a fait l'objet d'un signalement auprès des autorités de tutelle conformément à l'article L331-8-1 du CASF.					
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	Il a été remis plusieurs documents : -le guide d'utilisation du logiciel , -le plan d'action des EI/EIG pour 2023 ainsi que celui pour 2024, -le dépliant des EI/EIG à déclarer. Par ailleurs, le tableau de bord 2023-2024 des EI/EIG a été transmis. A sa lecture, il est relaté la date de survenance de l'EI, la description des faits, l'état d'avancement et la date de clôture. Le tableau de bord manque de précision dans sa rédaction : ne sont pas précisées les mesures correctives entreprises par la direction et l'analyse des causes afin que ces EI ne se reproduisent plus.	Remarque 3 : En l'absence de données détaillées sur les événements indésirables, le tableau de bord manque de précisions dans sa rédaction.	Recommandation 3 : Intégrer au sein du tableau de bord les conséquences de l'EI, les mesures correctives entreprises par la direction et l'analyse des causes afin que cet EI ne se reproduise plus afin de s'assurer d'une gestion globale des EI/EIG.	03_Tableau-export FEI2023-2024-2025	Les éléments cités sont intégrés dans notre onglet "déclaration" sur notre logiciel . Le document présenté est une extraction du tableau de bord qui ne permet pas une très bonne lecture de toutes les données.	Le tableau de bord remis est complet. Il identifie les conséquences de l'EI. Les mesures correctives et l'analyse des causes réalisées par la direction sont renseignées. La recommandation 3 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	oui	Il a été remis la décision instituant les membres du CVS en date du 16 juillet 2024. Ont été élus des représentants des résidents, des familles. Le représentant de l'organisme gestionnaire a également été identifié mais pas le représentant du personnel. Ainsi, la composition du CVS est partielle et n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.	Ecart 6 : En l'absence d'élection d'un représentant du personnel, l'établissement contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 6 : Procéder à l'élection d'un représentant du personnel, conformément à l'article D311-5 du CASF.		L'élection d'un représentant du personnel sera réalisé au prochain CVS.	La direction annonce l'élection d'un représentant du personnel au prochain CVS. Dans l'attente de son élection, la prescription 6 est maintenue.
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 fait l'objet d'une actualisation en date du 25/10/23. Toutefois, à sa lecture, les dernières actualisations n'ont pas été prise en compte et notamment le fait que l'ordre du jour soit communiqué 15 jours avant la séance conformément à l'article D311-16 qui prévoit Par ailleurs, conformément à l'article D311-19 du CASF, il est attendu que le "conseil établisse son règlement intérieur dès sa première réunion". Il est indiqué que le règlement intérieur à été adopté par le CVS lors de la séance du 16/07/24. Or, à la lecture du CR de CVS remis, il n'est pas fait état d'échange autour de son adoption. Par conséquent, l'EHPAD n'atteste pas que les membres nouvellement élus du CVS ait établi leur règlement intérieur de CVS.	Ecart 7 : En l'absence d'actualisation du règlement de fonctionnement concernant le délai de 15 jours de communication de l'ordre du jour aux membres du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 8 : Le règlement intérieur du CVS n'a pas été établi suite aux dernières élections du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 7 : Actualiser le règlement intérieur du CVS en modifiant la durée du délai de communication de l'ordre du jour aux membres du CVS, conformément à l'article D311-16 du CASF. Prescription 8 : Actualiser le règlement intérieur lors de la prochaine séance du CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF.		Le règlement intérieur sera actualisé au prochain CVS.	La direction déclare qu'une actualisation du règlement intérieur est prévue au prochain CVS. En l'absence d'actualisation du règlement intérieur du CVS, les prescriptions 7 et 8 sont maintenues.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	oui	Il a été remis 4 CR de CVS pour 2023 et 2024. A leur lecture, il est relevé l'absence de signature des CR par le président du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Ecart 9 : En l'absence de signature des CR du CVS par le Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASE	Prescription 9 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASE		Les prochains comptes-rendus de CVS seront signés par le Président du CVS.	La direction s'engage à ce que le Président du CVS signe les prochains CR de CVS. La prescription 9 est levée.