

RAPPORT de CONTROLE le 16/12/2024

EHPAD LA VIGIE DES MONTS D'OR à LIMONEST\_69

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

Thématique: CSP 11/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : RESAMUT réseau de santé mutualiste

Nombre de places : 90 places

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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	OUI	L'organigramme de l'établissement est partiellement nominatif et daté de juillet 2024. Le document présente les liens hiérarchiques et fonctionnels et rend compte de l'organisation interne de l'établissement.					
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 avoir les 7 postes vacants suivants : - médecin coordonnateur - 2 IDE - 2 ASD - 2 ASH. L'établissement précise que ces postes ne sont pas occupés par des professionnels en CDI mais sont pourvus par des contrats de courte durée avec un personnel toutefois fidélisé, exception faite pour le MEDEC.					
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	La directrice dispose d'un diplôme d'études supérieures commerciales, administratives et financières, obtenu en 1990. Ce qui atteste d'un niveau 7, anciennement niveau I.					
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	Le DUD remis est exhaustif et présente les quatre grands domaines de délégation de pouvoir. La subdélégation de pouvoir et de signature est également remise. La directrice dispose des compétences nécessaires pour assurer le pilotage stratégique et la gestion quotidienne 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 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	OUI	L'établissement a transmis un document intitulé " <i>procédure d'astreinte administrative</i> ". Ce document a été mis à jour en février 2024, il est indiqué que l'astreinte devient à cette date exclusive à l'EHPAD La vigie des Monts d'Or et n'est plus mutualisée avec un autre EHPAD du groupe. Il est noté que l'astreinte est assurée la nuit de 18h à 8h le lendemain et le week-end du vendredi 18h au lundi 8h. L'astreinte est répartie entre quatre professionnelles : la directrice, la responsable hébergement, la responsable des soins et l'assistante de direction. Le planning des astreintes de 2023 et 2024 est transmis et confirme cette organisation.					
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	OUI	Les comptes rendus de CODIR des 13/05/2024, 03/06/2024 et du 01/07/2024 ont été remis. Le CODIR réunit l'ensemble des responsables clés de la structure. A la lecture des comptes rendus, il est observé que des sujets en lien avec le pilotage stratégique et la gestion de proximité de l'établissement sont abordés.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement (PE) de l'EHPAD couvre la période 2016-2020. Le PE n'a donc pas été actualisé depuis quatre ans. L'établissement justifie l'absence d'actualisation du projet d'établissement en raison d'un projet de réhabilitation à venir de l'EHPAD, avec une mise en service prévue en 2028. Il est relevé qu'aucune démarche pour l'actualiser n'a été lancée alors même que la période de validité du document est arrivée à son terme, dans un contexte d'évolution du fait du projet de réhabilitation à venir. Or, en n'intégrant pas le projet de réhabilitation de l'EHPAD à la mise à jour du projet d'établissement, la direction se prive d'un cadre fédérateur et mobilisateur pour associer en amont les personnels à la réflexion sur les modalités de travail et de prise en charge des résidents dans les futurs locaux. De ce fait, l'établissement doit se mettre en conformité dès à présent en actualisant son projet d'établissement.	<b>Ecart 1</b> : En l'absence de projet d'établissement actualisé depuis 2020, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.	<b>Prescription 1</b> : Elaborer sans attendre le projet d'établissement afin d'être en conformité avec l'article L311-8 du CASF.		Le projet d'établissement a certes plus de 5 ans. Néanmoins, le projet de restructuration en cours en traduit les principaux objectifs et est totalement d'actualité. Sa teneur est partagée par les acteurs dans le cadre de ses instances CSE et CVS pour les fédérer autour de ce projet. Les décisions d'attribution de subventions obtenues sur la fin octobre 2024 donnent à lire un projet qui peut désormais prendre forme, à travers l'actualisation du projet d'établissement du fait de l'engagement de ses acteurs et partenaires. Calendrier : 1er semestre 2025 : Mettre en place des groupes de travail pour procéder à l'actualisation du projet d'établissement associant toutes les parties prenantes : salariés, résidents, familles, intervenants extérieurs et conseil d'administration Consultation CVS : 09/2025 / Validation CA Resamut 06/10/2025	Il est bien compris que l'actualisation du projet d'établissement va commencer en début d'année 2025. Les différentes étapes sont décrites. Le document devrait être finalisé en fin d'année 2025.  <b>La prescription 1 est levée.</b>
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'établissement déclare que la dernière évolution du règlement de fonctionnement date de 2019, et qu'il est prévu la refonte du document en 2025 comme cela a été convenu dans les objectifs de l'entretien annuel de la directrice.  Cependant, à la lecture du règlement de fonctionnement, il est observé que celui-ci a été présenté pour la dernière fois au CVS en 2007. Il est rappelé que le CVS doit être consulté à chaque modification apportée au règlement de fonctionnement. La modification de 2019, telle qu'elle est déclarée, n'a donc pas été soumise à l'instance. Par ailleurs, il est également rappelé que le règlement de fonctionnement doit être révisé tous les cinq ans, ce qui n'a pas été réalisé depuis 2007.  D'autre part, le document appelle les remarques suivantes : - absence d'élément concernant " <i>les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles</i> " - absence d'élément concernant " <i>les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues</i> ".	<b>Ecart 2</b> : Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé conformément à l'article R311-33 du CASF.  <b>Ecart 3</b> : En l'absence de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L 311-7 du CASF.  <b>Ecart 4</b> : Le règlement de fonctionnement ne correspond pas aux attentes de l'article R311-35 CASF.	<b>Prescription 2</b> : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF.  <b>Prescription 3</b> : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.  <b>Prescription 4</b> : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF.		L'établissement s'engage à procéder à une refonte de son règlement intérieur, en articulation avec celle du contrat de séjour, en intégrant les consultations obligatoires : conseil de la vie sociale et conseil social et économique d'établissement, puis la validation du conseil d'administration. La refonte du règlement intérieur intégrera : . les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situation exceptionnelle . les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues Calendrier : Sur le 1er trimestre 2025 : Avis du CVS sur 02/2025 Avis du CSE 27/02/2025 Validation du CA du 10/03/2025	La réponse confirme l'actualisation du règlement de fonctionnement de l'EHPAD en début d'année 2025. Le calendrier de validation du document par les instances de l'EHPAD (CVS, CSE et CA) est remis.  <b>Les prescriptions 2, 3 et 4 sont levées.</b>
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	L'avenant n°4 au contrat de travail de l'IDEC est transmis. Cet avenant prévoit que l'IDE, qui occupait jusque-là le poste de responsable de soins à titre de remplacement, occupera désormais ce poste de façon permanente et à temps plein à compter du 1er septembre 2023.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	L'établissement prévoit une formation de " <i>coordonnateur soignant en EHPAD et SSIAD</i> " pour l'IDEC en 2025. En effet, il est noté dans l'échange de mail entre la directrice et l'IDEC que celle-ci est en congé maternité et qu'elle ne pourra commencer la formation qu'à partir de 2025 lors de son retour. Cette formation permettra un accompagnement de l'IDEC dans ses fonctions managériales.					
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. Il est actuellement en recherche active, via des plateformes de diffusion d'annonce et l'association des MEDEC, depuis la démission du dernier MEDEC à la date du 05/02/2022.	<b>Ecart 5</b> : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription 5</b> : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur, conformément à l'article D312-156 du CASF.		La recherche d'un médecin coordonnateur est en cours, par recherche directe mais aussi en lien avec le MHM pour un temps de praticien partagé, dans une déclinaison de la synergie mutualiste et d'une approche de parcours de soins coordonnés intégrées au projet d'établissement. Dans un contexte de pénurie de ressources médicales généralisée, que ce soit dans le secteur sanitaire ou médicosocial, les moyens sont engagés à cette fin, sans certitude de résultat. Calendrier : fin 2024/2025	En l'absence de médecin coordonnateur, <b>la prescription 5 est maintenue.</b>
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Cf. réponse précédente.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare que la dernière commission gériatrique remonte à 2019. L'établissement explique cela par plusieurs raisons, notamment la crise sanitaire liée à la COVID-19 puis l'absence de MEDEC en raison de maladie, puis de démission. Le compte rendu de la commission de coordination gériatrique de 2019 est transmis. Cette commission a rassemblé de nombreux professionnels de l'équipe de soin (interne et externe).	<b>Ecart 6</b> : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Prescription 6</b> : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique, dès le recrutement d'un MEDEC, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		L'organisation de cette commission sera mise en place de façon annuelle à l'issue du recrutement d'un médecin coordonnateur, Calendrier : Selon date de recrutement médecin coordonnateur	En l'absence de médecin coordonnateur, <b>la prescription 6 est maintenue. Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique, dès le recrutement d'un MEDEC.</b>

<b>1.14</b> Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer de RAMA en raison de l'absence de MEDEC. Toutefois, la directrice déclare avoir réalisé un "rapport type RAMA " pour 2023. De fait, ce document est très partiellement renseigné, il ne rend pas compte des modalités de prise en charge des soins (conventions, protocoles, formations, ...). De plus, le rapport financier et d'activité 2023 est remis.	<b>Ecart 7</b> : Le RAMA répond partiellement aux exigences prévues à l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription 7</b> : Rédiger pour l'avenir un RAMA répondant aux dispositions prévues par l'article D312-158 du CASF.		La réglementation mentionne que le RAMA doit notamment retracer les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Aucun cadre n'est strictement défini ni même proposé par l'ARS AURA pour un contenu identifié et harmonisé entre EHPAD. C'est pourquoi, des données relatives à ces thématiques figurent dans le RAMA remis, dans le rapport d'activité annuel (statistiques diverses relatives aux résidents page 8 et 9, aux formations page 10, synthèse des actions qualité et du projet médical page 3 et 4 pour 2023). De plus l'EHPAD répond aux enquêtes obligatoires poursuivant l'objectif de description des résidents (tableau de bord des ESMS annuel, enquête EHPAD tous les quatre ans). L'EHPAD sollicite la production d'un modèle type émanant des autorités pour satisfaire aux attentes mais peut cependant compléter le contenu actuel des indications mentionnées (conventions en cours, protocoles, formations) Pour information, formations sur 2024 : AFGSU 2 pour 5 professionnels (IDE et soins de nuit), Bientraitance pour 20 professionnels (groupe pluridisciplinaire), Dépression de la personne âgée pour 1 professionnel, Hypnose en gériatrie pour 1 personne, ASD 1 apprentie, Sensibilisation EI pour 41 personnes, Evaluation externe pour 5 personnes, CSE SSCT 2 personnes, Calendrier : un RAMA plus complet pour 2024 sera transmis avant le 30/04/2025.	L'établissement pourra valablement utiliser le modèle de trame de RAMA élaboré par l'ARS Pays de la Loire (cf. site internet de l'ARS Pays de la Loire). Cette trame est un outil Excel globalement complet. Il est rappelé que le RAMA n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, mais le rapport des activités médicales de l'établissement et que sa rédaction est pluridisciplinaire.  <b>La prescription 7 est maintenue. L'établissement veillera à l'avenir à rédiger le RAMA, même en l'absence de médecin coordonnateur, de manière partielle.</b>
<b>1.15</b> 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'établissement a réalisé plusieurs signalement d'EIG aux autorités de contrôle entre 2023 et 2024, ce qui atteste de sa pratique régulière au signalement.					
<b>1.16</b> 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	L'établissement explique disposer d'une démarche de gestion des risques formalisée depuis 2014. La démarche a été dématérialisée sur un logiciel qualité en 2017, puis est passée au tableau Excel à partir de 2022. Enfin, des réunions qualité sont mises en place pour traiter en équipe l'analyse des EI déclarés. Ces éléments participent à l'amélioration continue de la qualité. De plus, l'établissement a transmis les tableaux de bords des EI/EIG survenus entre 2023 et 2024. Ces tableaux répertorient la description des EI/EIG, des actions mises en place et de la réponse apportée par la direction. A la lecture du tableau de bord de 2024, il est observé que de nombreux EI/EIG n'ont pas fait l'objet d'une réponse apportée par l'établissement, ce qui n'atteste pas d'un suivi régulier du traitement des EI/EIG par la direction.	<b>Remarque 1</b> : L'insuffisance des plans d'actions des EI dans le traitement des EI et EIG et l'absence d'analyse des causes ne permettent de conduire une réflexion complète afin d'éviter qu'un même événement ne se reproduise au sein de l'EHPAD.	<b>Recommandation 1</b> : Veiller à organiser un suivi régulier en mettant en place notamment un plan d'action adapté en réponse aux EI et EIG et une analyse des causes de ces évènements.		La démarche d'analyse des causes et de mise en œuvre du plan d'action et de son suivi a été relancée sur le 1er semestre 2024, avec une régularité de mise en œuvre sur le 2è semestre 2024, selon MAJ du tableau de suivi 2024 et comptes rendus de réunions des 29/08/24, 17/10/24 et 07/11/2024 ci-joints	Les différents documents probants remis attestent bien que des actions correctives sont mises en place et que les causes des EI/EIG sont bien analysées.  <b>La recommandation 1 est levée.</b>
<b>1.17</b> 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	L'établissement déclare que les dernière élections des membres du CVS se sont tenues fin 2022. La composition de l'instance suite aux élections est conforme, en atteste le document présentant cette composition.					
<b>1.18</b> 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 actualisé et présenté lors de la séance du 05 juin 2024, en atteste le compte rendu de séance.					
<b>1.19</b> Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	Les comptes rendus de CVS des 23/03/2022, 22/06/2022, 27/10/2022, 01/03/2023, 15/06/2023, 22/11/2023, 14/02/2024 et du 05/06/2024 ont été remis. Le CVS se tient bien régulièrement au moins trois fois par an. A la lecture des comptes rendus, il est observé que les échanges sont riches et que les thèmes abordés sont variés. Les comptes rendus sont bien signés par la président de l'instance.					
<b>2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)</b>							
<b>2.1</b> Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	NON	Non concerné.					
<b>2.2</b> Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	NON	Non concerné.					
<b>2.3</b> L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	NON	Non concerné.					
<b>2.4</b> 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.	NON	Non concerné.					
<b>2.5</b> Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	NON	Non concerné.					
<b>2.6</b> 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.	NON	Non concerné.					