

RAPPORT de CONTROLE le 21/02/2025

EHPAD MAISON FLEURIE à FEYZIN_69

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation
Organisme gestionnaire : ASS. FRANCE HORIZON
Nombre de places : 87 places HP

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 au 1er juillet 2024 : - 1ETP cuisine, un CDI est prévu en janvier 2025 - 0,8 ETP MEDEC, un CDI est prévu en mars 2025 - 1 ETP IDE - 6 ETP ASD.					
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 à la fonction de directeur d'établissement social (CAFDES), obtenu en 1999. Ce qui justifie 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	La délégation de pouvoir du directeur général de l'association à la directrice de l'établissement est datée du 02/05/2023. Le document est très clair et présente les quatre grands domaines de délégations de manière détaillée. La nature et l'étendue des compétences et missions confiées à la directrice de l'EHPAD lui permettent d'assurer la gestion courante de la structure.					
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 transmis les plannings d'astreinte de l'année 2024. À leur consultation, il est observé que l'astreinte est répartie entre la directrice, l'adjointe de direction, la gouvernante et le cadre administratif. Il est indiqué sous ces tableaux qu'il existe plusieurs niveaux de "problème" : - niveau 1 : les problèmes pouvant être géré par le personnel en poste - niveau 2 : tout problème nécessitant l'intervention de la personne d'astreinte - niveau 3 : problème majeur, nécessitant l'intervention de la direction sur appel du niveau 2. La directrice assure la continuité de direction. Toutefois, il n'existe pas de procédure (horaire, motifs de recours, ...) permettant aux professionnels d'avoir une vision claire des actions à réaliser en cas de nécessité de recours à l'astreinte.	Remarque 1 : L'absence de procédure relative à l'astreinte administrative, à destination des professionnels, peut les mettre en difficulté, sans consignes claires.	Recommandation 1 : Elaborer une procédure d'astreinte à l'attention des professionnels, précisant son organisation et son fonctionnement et la transmettre.	PROCEDURE ASTREINTE	le tableau des astreinte a été complété par une procédure mise en oeuvre au1 juillet 2025	Une procédure d'astreinte intitulée "guides des astreintes" a été rédigée et validée à la date du 01/07/2025. La procédure est complète et très claire. 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	L'établissement a remis un document intitulé "organisation des rencontres". À la lecture du document, il est repéré que plusieurs réunions sont prévues tout au long de la semaine, réunissant les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire selon la thématique. Il est constaté qu'il est organisé de manière semestrielle des réunions intitulées "CODIR". Deux documents de présentation de ce CODIR sont transmis datant de février et de mai 2024. Il est noté que ces documents présentent des éléments de pilotage stratégique (rapport d'activité, information RH, RGPD, ...) concernant l'établissement pour autant il n'est pas possible de savoir qui assiste à ces réunions et à quel niveau institutionnel les réunions sont organisées (niveau associatif ou niveau EHPAD). Par ailleurs, il est observé que le jeudi se tient une réunion "chefs de service Direction (animatrice du groupe) – gouvernante – chefs de service " qui pourrait valablement être considéré comme un CODIR interne à l'EHPAD pour assurer son pilotage stratégique en proximité. Cependant, en l'absence de transmission des comptes rendus, il n'est pas possible d'attester que l'établissement est doté d'un CODIR.	Remarque 2 : En l'absence de transmission des comptes rendus de CODIR interne à l'EHPAD, l'établissement n'atteste pas assurer son pilotage stratégique de proximité.	Recommandation 2 : Transmettre les comptes rendus de CODIR (réunion du jeudi), afin d'attester assurer le pilotage stratégique de proximité de l'EHPAD.	CODIR	une trame de réunion CODIR est formalisée et un compte rendu redigé à chaque CODIR	L'établissement a remis deux comptes rendus de CODIR datant des 26/06/2025 et du 21/07/2025, ce qui induit une fréquence d'un CODIR mensuel. Il est observé que lors de ces CODIR sont présents : la directrice, l'adjointe de direction, l'IDEC et la gouvernante principale. Le CODIR aborde l'ensemble des thématiques se rapportant à la gestion courante de l'établissement. Ce qui atteste d'un pilotage stratégique de proximité. La recommandation 2 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	La page 2 du projet d'établissement correspondant au sommaire du PE est transmise. À sa consultation, il est observé que le PE couvre la période 2012-2016. Il n'est plus d'actualité depuis au moins 9 ans. L'établissement a transmis, en réponse à la question suivante 1.8, un rétroplanning général concernant l'élaboration du PE. Il est noté que la création du COPIL ainsi que le choix d'un prestataire pour être accompagné dans cette démarche seront réalisés au premier semestre 2025, pour une finalisation du document prévue en 2026.	Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Elaborer le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 du CASF.		Un cahier des charges est rédigé eet contact pris en juillet pour un accompagnement et mise en oeuvre au 4 eme trimestre 2025	En l'absence d'élément probant, 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	Aucun élément probant concernant l'intégration de la politique de lutte contre la maltraitance dans le futur projet d'établissement n'a été transmis.	Ecart 2 : En l'absence de projet d'établissement valide, la politique de prévention de la maltraitance n'est pas définie, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Développer la politique de prévention de la maltraitance dans le prochain projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF.		cf ci-dessus	En l'absence d'élément probant, la prescription 2 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement est daté de juillet 2015. Le document n'a pas été révisé alors qu'il est indiqué en première page "il devra être actualisé à l'issue d'une période de 5 ans". Aucun élément de mise en conformité n'a été transmis. En outre, à sa lecture, le document appelle les remarques suivantes : - il n'est pas précisé les "mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles" - il n'est pas présenté "l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation" - il est noté au point 4.7 que "les animaux personnels ne sont pas admis". Or, depuis la loi du 8 avril 2024, les animaux domestiques sont autorisés sous condition. Par ailleurs, il n'est pas fait référence au décret du 25 avril 2022 concernant le CVS.	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 les "mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles" et "l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation" dans le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article R311-35 du CASF. Ecart 5 : En interdisant le droit d'accueillir des animaux de compagnie, l'établissement contrevient à l'article L311-9-1 CASF. Remarque 3 : En ne prenant pas en compte la nouvelle réglementation du CVS liée à l'organisation et au fonctionnement du CVS, le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.	Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF. Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF. Prescription 5 : Modifier le règlement de fonctionnement en prévoyant le droit d'accueillir des animaux de compagnies comme prévu par l'article L311-9-1 CASF. Recommandation 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement sur le point relatif au CVS en prenant compte de la nouvelle réglementation.	REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT MFL FH MAJ 2025	fait	Le règlement de fonctionnement remis n'est pas daté, il n'est donc pas possible de s'assurer de sa msie à jour récente. La prescription 3 est maintenue. Le document détaille bien l'organisation et l'affectation à usage collectif des locaux, toutefois, les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles n'ont pas été intrégrées. La prescription 4 est partiellement maintenue. Le règlement intérieur interdit toujours le droit d'accueillir des animaux alors que depuis la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 - article L311-9-1 CASF, les animaux de compagnie sont autorisés sous condition. Le règlement intérieur n'est donc pas conforme. La prescription 5 est maintenue. La référence au décret du 25 avril 2022 concernant le CVS est bien prise en compte et intégrée dans le document. La recommandation 3 est levée.
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 à durée indéterminée pour un temps plein de l'IDEC daté du 02/04/2024 est transmis.					
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'attestation de fin de formation de l'IDEC pour la formation intitulée "infirmier coordinateur référent en EHPAD", d'une durée de 91 heures, est remise. Ce qui atteste d'une formation spécifique à l'encadrement pour l'IDEC. Par ailleurs, l'IDEC dispose du diplôme d'infirmier et du DU plaies et cicatrisation.					
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 a transmis une promesse d'embauche pour un MEDEC en vue d'un recrutement au 10 mars 2025 sur un temps partiel de 0,8 ETP. Cela atteste que le temps de travail prévu pour ce poste est conforme à la réglementation, compte tenu de la capacité d'accueil de l'établissement.					

1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le MEDEC est titulaire d'une capacité de médecine en gériatologie, obtenue en 2018. Le MEDEC dispose donc des qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
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 précise qu'en 2023, le précédent MEDEC était en arrêt maladie toute l'année avant de démissionner en décembre 2023. Il n'y a pas eu de MEDEC en 2024. L'établissement veillera à mettre en place la commission de coordination gériatrique dès 2025.	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, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		PREVU SUR SEPTEMBRE 2025 suite à l'arrivée du med co en mars 2025	La prescription 6 est maintenue. Dans l'attente de la tenue effective de la commission de coordination gériatrique.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer de RAMA pour les mêmes raisons que la commission de coordination gériatrique, en l'absence de MEDEC. Or, 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, était 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 à l'avenir le RAMA, conformément à l'article D312-158 du CASF.		PREVU SUR BILAN 2025 suite à l'arrivée du med co en mars 2025	Dont acte. La prescription 7 est maintenue.
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'IRA (infections respiratoires aigües), datées de 2023 et 2024. Ainsi l'établissement atteste de sa 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 transmis deux fiches de déclaration d'Ei, pour des Ei survenus en 2023 et 2024, élaborées via le logiciel qualité Ageval. À la consultation de ces fiches, il est observé que la déclaration d'Ei fait l'objet d'un descriptif, des actions immédiates apportées, et d'une analyse des causes avec une réponse apportée par les différents responsables concernés. Ces éléments montrent que l'établissement dispose d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG. Enfin, les statistiques des déclarations d'Ei de 2024 transmises révèlent que de nombreux Ei ont été déclarés sur la période, témoignant d'une véritable culture interne de la déclaration. Le rapport statistique de 2023 n'est pas transmis, celui de 2024 apparaît deux fois.					
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement a remis le procès-verbal du CVS du 16/06/2022. À la lecture de ce procès-verbal, il est relevé qu'il s'agit du premier conseil en présence de la nouvelle composition du CVS suite aux élections. La composition indiquée sur le document 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 lors de la séance du 08/07/2022. Il est indiqué sur le compte rendu que les modifications apportées par le décret du 25 avril 2022 sont prises en comptes.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	Les comptes rendus de CVS des 09/03/2023, 15/09/2023, 29/02/2024, 19/07/2024 et du 11/10/2024 ont été transmis. Le CVS se tient bien régulièrement au moins trois fois par an. À la lecture des comptes rendus, il est noté qu'ils témoignent d'échanges riches et que les thèmes abordés sont variés. Les comptes rendus sont bien signés par la présidente du CVS.					