

RAPPORT de CONTROLE le 03/02/2025

EHPAD MAISON DE JEANNE à LYON_69

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION LA COMPASSION

Nombre de places : 83 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 | L'organigramme hiérarchique et fonctionnel de l'EHPAD a été remis et permet d'appréhender l'organisation et le fonctionnement de l'EHPAD. | | | | | |
| 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'EHPAD déclare 8,50 ETP vacants : - 1 ETP infirmier, - 7 ETP d'aide-soignants, - 0,50 ETP de MEDEC. Les ETP d'aide-soignants et celui d'infirmier sont remplacés par des contrats à durée déterminée et de l'intérim. Cependant, il est relevé que le remplacement, même avec des CDD, fragilise l'équipe soignante ainsi que la qualité des soins procurés. | Remarque 1 : Le recours à des contrats à durée déterminée pour remplacer les postes vacants d'aide-soignant et d'infirmier, fragilise la qualité des soins. | Recommandation 1 : Procéder au recrutement pérenne d'aide-soignant et d'infirmier afin de renforcer l'équipe soignante et la qualité des soins. | | recrutement CDI réalisé: 0,50 ETP psychologue/ 0,60 ETP médecin coordonnateur Dr , 3 ept AS, 2 ept IDE | L'établissement déclare avoir procédé au recrutement en CDI de 6,10 ETP, dont : - 0,60 ETP de MEDEC, - 0,50 ETP de psychologue, - 2 ETP d'IDE, - 3 ETP d'AS. L'établissement atteste renforcer l'équipe de soins en place. La recommandation 1 est levée. |
| 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 est titulaire du titre de manager du développement commercial, option secteur médico-social (de niveau 7) de l'école délivré le 14/03/2023. En atteste le diplôme remis. | | | | | |
| 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 a été remis. Daté du 09/01/2023, le document est complet et conforme aux attentes réglementaires. | | | | | |
| 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 | Le calendrier des astreintes administratives 2024 a été remis. Il précise que l'astreinte repose sur 7 directeurs de l'association gestionnaire. Le document présente le numéro de téléphone d'astreinte et atteste de l'organisation d'une astreinte administrative organisée de manière hebdomadaire du lundi au lundi suivant. En revanche, aucune procédure n'a été remise en complément. Il est relevé que l'absence de procédure d'astreinte peut-être préjudiciable pour le personnel qui peut se retrouver en difficulté, sans consignes claires, si un événement grave se produit. | Remarque 2 : L'absence de formalisation d'une procédure relative à l'astreinte administrative ne permet pas de poser clairement son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, heure de début/fin, modalités de recours au cadre d'astreinte, etc.), ce qui peut mettre en difficulté les personnels, sans consignes claires. | Recommandation 2 : Formaliser une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative. | 1,5 Procédure Organisation des astreintes | Procédure réalisée | La procédure intitulée « Organisation des astreintes administratives » a été transmise. Elle présente le logigramme organisant l'astreinte. Toutefois, ce document n'est pas la procédure d'astreinte à destination des professionnels. En l'absence de transmission d'une procédure d'astreinte à destination des professionnels de l'EHPAD, la recommandation 2 est maintenue. |
| 1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus. | Oui | Il est déclaré que le CODIR a été mis en place en début d'année 2024 et se réunit tous les 15 jours. Le CODIR est composé de la Directrice, la responsable hébergement et qualité ainsi que de l'IDEC. Il est précisé que le CODIR ne se réunit plus depuis 4 mois en raison de l'absence de l'IDEC. Il est également déclaré que le CODIR ne donne pas lieu à l'élaboration de compte rendu, mais à la création et/ou la mise à jour de documents institutionnels relatifs aux EIG, FEI, l'organisation, les plannings, les fiches de tâches. Pour autant, l'absence de compte rendu ne permet pas de garder une trace des échanges tenus et des décisions qui sont prises en réunion. | Remarque 3 : L'absence de compte rendu du CODIR ne permet pas d'avoir une vision globale des échanges et des décisions prises en CODIR et d'en assurer le suivi. | Recommandation 3 : Produire à la suite de chaque CODIR un compte rendu avec les décisions qui ont été actées. | 1,6 Expl Codir / 1,6 exl réunion hôtelière | Le squelette de l'organisation de la structure est en place à savoir: chaque Mardi à 13h30 réunion de CODIR, chaque mercredi à 14h réunion Hôtelière.Chaque jour 3 relèves soin: 7h-14h-20h/Chaque Jeudi tems de sensibilisation formation Flash pour les équipes | Trois comptes rendus de réunions hebdomadaires (CODIR) ont été transmis. - Celui du 04/02/2025 présente uniquement l'ordre du jour, complété de notes manuscrites à usage personnel, - Celui du 25/02/2025 reprend l'ordre du jour, avec une mention succincte d'un sujet abordé, - Celui du 11/03/2025 détaille les points à l'ordre du jour et précise les actions à engager. Il en ressort une absence d'harmonisation dans la rédaction des comptes rendus des réunions hebdomadaires, tant dans la forme que dans le contenu, ce qui ne permet pas de suivre les décisions prises et action restant à mener de manière exhaustive. Les feuilles d'émargement des réunions hebdomadaires ont également été remises. Le CODIR est élargi à l'assistante de direction, la psychologue et l'animatrice au delà de la Directrice de l'EHPAD, l'IDEC et la responsable hôtelière et qualité. Deux comptes rendus de réunions hebdomadaires ASH (04/02/2025 et 12/02/2025) ainsi que deux feuilles d'émargement correspondant en plus de celle du 26/02/2025 ont été remises. Ces documents n'appellent pas à de remarques particulières. La recommandation 3 est levée, l'attention de la direction est appelée sur l'intérêt de l'harmonisation des compte rendu de CODIR présentant les décisions actées. |
| 1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document. | Oui | L'établissement ne dispose de projet d'établissement depuis le changement de l'organisme gestionnaire survenu le 01/01/2023. Il est déclaré que l'association gestionnaire travaille à la mise en place d'un projet d'établissement commun aux EHPAD de l'association. La déclaration de l'EHPAD ne permet pas de connaître les modalités de participations des professionnels et des usagers de l'EHPAD à l'élaboration du projet d'établissement. | Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement depuis le changement de l'organisme gestionnaire au 01/01/2023, l'EHPAD contrevert à l'article L311-8 du CASF. Remarque 4 : En l'absence de transmission d'informations sur les modalités de participation des professionnels et des usagers de l'EHPAD à l'élaboration du projet d'établissement, celui-ci n'atteste pas fédérer les professionnels et les usagers autour des enjeux et objectifs du projet d'établissement, tels que le préconise l'HAS dans sa recommandation des bonnes pratiques professionnelles (HAS/ANESM - RBPP "élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service", décembre 2009). | Prescription 1 : Se doter d'un PE actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF et transmettre le rétroplanning sur le processus d'élaboration du PE. Recommandation 4 : Transmettre tout document permettant d'attester que les professionnels et les usagers de l'EHPAD Maison de Jeanne sont bien associés à l'élaboration du projet d'établissement commun. | 1,7 Echéancier PE | | Le document "description de la mise en place des groupes de travail pour la rédaction du projet d'établissement La Maison de Jeanne à Lyon" est remis. Il présente le rétroplanning d'élaboration du projet d'établissement et prévoit notamment l'organisation de 10 groupes de travail sur la période du 08/09/2025 au 15/04/2026 (date de finalisation du projet d'établissement). Il est bien noté que plusieurs thématiques seront étudiées en groupe de travail telles que le soin/circuit du médicament, l'hôtellerie, la bientraitance, l'animation et l'administratif/prestation sociale descriptif. La transmission de ce document permet d'attester de la volonté de l'établissement à l'association des professionnels à l'élaboration du projet d'établissement. La prescription 1 est maintenue dans l'attente de l'actualisation du projet d'établissement. La recommandation 4 est levée. |
| 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 | L'établissement ne répond pas à la question. Aucun élément n'a été remis concernant la démarche de prévention et la lutte contre la maltraitance, et l'établissement ne précise pas si son prochain projet présentera cette démarche en application du décret n°2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS. | Ecart 2 : En l'absence de réponse, l'établissement n'atteste pas qu'il formalisera dans son projet d'établissement sa démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance conformément à l'article D311-38-3 du CASF. | Prescription 2 : Intégrer la démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement à venir conformément à l'article D311-38-3 du CASF. | 1,8 Référent Bientraitance | 3 référents Bientraitance ont été nommés à la résidence: la psychologue, l'animatrice et la secrétaire.Une lettre de mission a été réalisée. | Il est pris note de la nomination de 3 référents bientraitance au sein de l'établissement, ce qui constitue une première étape dans le repérage et le traitement des actes de maltraitance. La fiche de mission "personnes ressources bienveillance" et la lettre de mission la concernant ont été remises. Selon la "description de la mise en place des groupes de travail pour la rédaction du projet d'établissement La Maison de Jeanne à Lyon", il est prévu un groupe de travail sur la thématique de la bientraitance. Dans l'attente de l'intégration effective de la démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement, la prescription 2 est maintenue. |

| | | | | | | | |
|--|-----|---|---|--|---|--|--|
| 1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document. | Oui | <p>Le règlement de fonctionnement remis est très complet et a été présenté pour avis au Conseil de la Vie Sociale et adopté lors du Conseil d'Administration du 01/06/2018. Au regard de la réglementation, il aurait dû être mis à jour depuis le 02/06/2023.</p> <p>Le règlement mentionne que le marquage du linge "est à la charge du résident ou de son représentant légal. Une prestation de marquage de linge [...] est proposée par l'établissement au tarif en vigueur." Il est rappelé que le décret du 28 avril 2022 qui vise à renforcer la protection des personnes accompagnées/leurs aidants impose l'intégration du marquage du linge dans les prestations sociales de l'EHPAD.</p> <p>Par ailleurs, le règlement de fonctionnement mentionne que durant les repas, "les retardataires ne pourront se plaindre de la quantité et de la qualité des aliments qui leur seront servis". Au regard des recommandations des bonnes pratiques professionnelles de la HAS, il est rappelé que les repas en EHPAD doivent respecter des seuils minimaux en termes d'apports caloriques et protéiques, et répondre aux besoins spécifiques des résidents, tant sur le plan des textures adaptées que sur celui du plaisir gustatif. Ces exigences sont essentielles, notamment dans le cadre de la prévention de la dénutrition des résidents. A ce titre, l'établissement ne peut se soustraire à son obligation de garantir la santé, le bien-être et la satisfaction des résidents en matière alimentaire. De ce fait cette pratique n'a pas lieu d'être.</p> <p>Le document précise également qu'en "dehors des éventuels animaux de compagnie de l'établissement, les résidents ne peuvent amener leurs propres animaux". Pour rappel les EHPAD sont dans l'obligation de garantir aux résidents le droit d'accueillir leurs animaux de compagnie, sauf avis contraire du CVS.</p> <p>La composition du CVS présentée dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas réglementaire et n'est pas actualisée. En effet, les représentants des personnes accueillies et des familles ne sont pas majoritaires au sein de la composition du CVS et le représentant du Maire ne peut être membre du CVS, mais seulement invité à celui-ci.</p> | <p>Ecart 3 : En ne prévoyant pas le marquage du linge dans ses prestations sociales, l'établissement ne respecte pas l'annexe 2-3-1 du CASF.</p> <p>Remarque 5 : En mentionnant dans le règlement de fonctionnement que "les retardataires ne pourront se plaindre de la quantité et de la qualité des aliments qui leur seront servis", l'établissement est en décalage avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.</p> <p>Ecart 4 : En refusant l'accueil des animaux de compagnies des résidents, sans l'avis du CVS, l'établissement contrevient à l'article L311-9-1 du CASF.</p> <p>Ecart 5 : La composition du CVS présentée par le règlement de fonctionnement de l'EHPAD déroge à l'article D311-5 du CASF.</p> | <p>Prescription 3 : Inclure dans les prestations sociales minimales de l'EHPAD le marquage du linge comme le prévoit l'annexe 2-3-1 du CASF.</p> <p>Recommendation 5 : Supprimer la mention "les retardataires ne pourront se plaindre de la quantité et de la qualité des aliments qui leur seront servis" dans le règlement de fonctionnement et garantir une alimentation adéquate en qualité et en quantité à tous les résidents de l'EHPAD.</p> <p>Prescription 4 : Consulter le CVS concernant l'accueil des animaux de compagnie des résidents et inscrire la décision dans le règlement de fonctionnement conformément à l'article L311-9-1 du CASF.</p> <p>Prescription 5 : Actualiser la composition du CVS dans le règlement de fonctionnement afin qu'elle soit conforme à l'article D311-5 du CASF.</p> | 1,9 Marquage | <p>Le marquage du linge est bien dans les prestations sociales, exemple du contrat de séjour en pièce jointe. Le règlement de fonctionnement est en cours de mise à jour. Le CVS sera consulté pour l'accueil des animaux. Election du CVS ont eu lieu le 6 janvier 2025.</p> | <p>Le contrat de séjour de l'EHPAD a été remis. Ce document atteste bien que l'entretien et le marquage du linge constituent des prestations sociales proposées par l'établissement. Il est bien noté que le règlement de fonctionnement est en cours de mise à jour. Pour autant, le projet de règlement de fonctionnement aurait pu être transmis comme élément de preuve.</p> <p>Aucune information n'est transmise quant à l'actualisation du règlement de fonctionnement sur la composition du CVS.</p> <p>Il est par ailleurs déclaré que le CVS sera consulté sur l'accueil des animaux de compagnies.</p> <p>Enfin, l'établissement n'atteste pas qu'il supprimera la mention "les retardataires ne pourront se plaindre de la quantité et de la qualité des aliments qui leur seront servis" dans le nouveau règlement de fonctionnement.</p> <p>La prescription 3 est levée.</p> <p>La recommandation 5 et les prescriptions 4 et 6 sont maintenues dans l'attente de la mise à jour effective du règlement de fonctionnement intégrant ces mesures correctives.</p> |
| 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 | <p>Le contrat à durée indéterminée à temps plein de Mme , IDEC de l'EHPAD Maison de Jeanne, a été remis. Signé du 18/09/2023, le contrat précise qu'elle est engagée à partir du 18/09/2023 en qualité d'infirmière coordinatrice, ce qui atteste de l'encadrement du soin au sein de l'EHPAD.</p> | | | | | |
| 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. | Non | <p>L'établissement ne répond pas à la question. En conséquence, il ne justifie pas de la formation de l'IDEC sur l'encadrement du soin.</p> | <p>Remarque 6 : Aucun justificatif de formation n'a été transmis ce qui ne permet pas d'attester que l'IDEC a réalisé une formation spécifique à l'encadrement.</p> | <p>Recommendation 6 : Transmettre l'attestation de formation spécifique à l'encadrement de l'IDEC.</p> | <p>L'IDEC est actuellement en Congé maternité. Remplacement en CDD par Audrey Delpero. La formation est programmée à son retour</p> | <p>L'établissement atteste que l'IDEC ne bénéficie pas de formation spécifique à l'encadrement. Il déclare prévoir une formation dès son retour, mais aucun document attestant de la déclaration n'a été remis.</p> <p>En conséquence, la recommandation 6 est maintenue.</p> | |
| 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 | <p>Il est déclaré que l'établissement ne dispose plus de MEDEC depuis la démission de ce dernier en avril 2024. Ce dernier intervenait à hauteur de 2 jours par semaine soit l'équivalent de 0,40 ETP. L'EHPAD est toujours en recherche d'un MEDEC. Il est rappelé que pour un établissement de 83 places, le nombre d'ETP d'intervention du MEDEC ne peut être inférieur à 0,60 ETP.</p> | <p>Ecart 6 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.</p> | <p>Prescription 6 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.</p> | <p>Recrutement du Dr en lien avec l'association des médecins coordonnateur du 69. Merci à Mme de l'ARS pour la mise en contact.</p> | <p>L'établissement déclare avoir procédé au recrutement d'un MEDEC. Pour autant, son contrat de travail n'a pas été remis. L'établissement ne justifie pas de son recrutement.</p> <p>Par ailleurs, le diplôme d'université psychiatrie du sujet âgé de la Dr a été remis. Il est relevé que ce diplôme ne lui permet pas de satisfaire aux obligations de qualifications prévues par l'article D312-157 du CASF.</p> <p>La prescription 6 est maintenue.</p> | |
| 1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? joindre le ou les justificatifs. | Non | <p>Au regard de la réponse à la question 1.12, l'établissement n'est pas concerné par la question 1.13. Il est cependant rappelé que le MEDEC doit satisfaire aux obligations de qualification prévues par l'article D312-157 du CASF ou s'engager dans un processus de formation.</p> | | | | | |
| 1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux. | Non | <p>L'établissement ne répond pas à la question. Il ne justifie pas de la mise en place de la commission de coordination gériatrique.</p> <p>Pour rappel, la commission de coordination gériatrique est une obligation légale pour l'EHPAD impliquant l'ensemble des équipes soignantes salariées et des professionnels libéraux médicaux et paramédicaux. Ainsi que le rappelle la HAS dans sa fiche-repère sur la CCG, elle a pour objectif une meilleure coordination des soins entre les équipes internes et l'ensemble des professionnels libéraux et elle permet une approche globale de la prise en soin des résidents en abordant des thématiques variées.</p> | <p>Ecart 7 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.</p> | <p>Prescription 7 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an dès le recrutement d'un MEDEC, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.</p> | <p>Commission prévue en juin</p> | <p>Il est pris note que la commission de coordination gériatrique est prévue pour le mois de juin 2025.</p> <p>La prescription 7 est maintenue dans l'attente de la réunion effective de la commission de coordination gériatrique.</p> | |
| 1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023). | Non | <p>L'établissement ne répond pas à la question. Il ne justifie pas de la rédaction du RAMA.</p> <p>Il est rappelé que le RAMA est un outil de pilotage au service de l'établissement qui permet un suivi annuel du projet de soins, l'évolution des bonnes pratiques de soins et la présentation des caractéristiques de la population accueillie. Sa rédaction est une obligation légale. Le RAMA n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, mais le rapport des activités médicales de l'établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. A ce titre, il convient de produire, même en l'absence du MEDEC, les données du RAMA 2024 afin d'assurer la continuité des informations médicales et paramédicales se rapportant à la prise en charge des résidents.</p> <p>L'établissement peut utilement prendre appui sur la trame type du RAMA élaborée par l'ARS Pays de la Loire (cf. site interne ARS-Pays-de-la-Loire : "Rapport d'activités médicales annuel (RAMA)").</p> | <p>Ecart 8 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.</p> | <p>Prescription 8 : Rédiger le RAMA conformément à l'article D312-158 du CASF.</p> | <p>en cours</p> | <p>Il est pris note que la rédaction du RAMA est en cours.</p> <p>La prescription 8 est maintenue dans l'attente de la rédaction effective du RAMA.</p> | |
| 1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement des EIG (événements indésirables graves) ? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024. | Oui | <p>Plusieurs documents ont été remis : 10 fiches de signalement d'EIG (dont une incomplète et une vierge) et un courrier non complété, non daté et non signé concernant la pénurie de personnel infirmier.</p> <p>Les fiches de signalement d'EIG complètes transmises permettent d'attester du signalement des EIG auprès des autorités de tutelle. En revanche, il est relevé que quatre de ces signalements (09/03/2023, 11/05/2023, 04/04/2024 et du 05/06/2024) n'ont pas été réalisés de manière immédiate. En effet, ces signalements ont été transmis aux autorités de tutelle, l'un 4 jours après la survenance de l'événement, un autre 19 jours après et deux événements ont été signalés un mois après leur survenu.</p> | <p>Ecart 9 : En l'absence de signalement immédiat des EIG du 09/03/2023, 11/05/2023, 04/04/2024 et du 05/06/2024 aux autorités administratives compétentes, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 CASF.</p> | <p>Prescription 9 : Informer, sans délai, les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.</p> | 1,16 | <p>Procédures en pièces jointes</p> <p>La procédure de gestion des événements indésirables, le protocole de déclaration dans l'outil , ainsi que le tableau de bord de suivi des EI et EIG ont été transmis. Pour rappel, la mesure corrective porte sur le déclaration immédiate des événements indésirables graves auprès des autorités de tutelle.</p> <p>Par ailleurs, la conduite à tenir en cas d'EIG ou d'EIGs a été transmise dans le cadre de la question suivante. Ce document prévoit expressément que la Directrice de l'établissement procède, sans délai et par tout moyen, au signalement auprès des autorités, avec une confirmation écrite dans un délai de 48 heures.</p> <p>L'établissement veillera à s'assurer de la mise en œuvre effective de cette procédure.</p> <p>La prescription 9 est levée.</p> | |
| 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. | Non | <p>L'établissement ne répond pas à la question. En l'absence de transmission du tableau de bord des EI et des EIG de 2023 et 2024 renseignant la déclaration interne, le traitement de l'événement, et la réponse apportée à l'analyse des causes de l'événement, l'établissement n'atteste pas disposer d'un dispositif de gestion global des EI et des EIG.</p> | <p>Ecart 10 : En l'absence de transmission du tableau de suivi des EI, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG ; la sécurité, la santé des personnes accueillies pourraient être menacées, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p> | <p>Prescription 10 : transmettre le dispositif de gestion des EI/EIG, dont le tableau de bord du suivi des EI/EIG, afin d'attester de la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.</p> | <p>1,17 procédure et tableau de suivi en pièces jointes</p> | <p>Une capture d'écran issue du logiciel a été remise. Elle atteste de la mise en œuvre, au sein de l'établissement, d'un dispositif formalisé de gestion des EI/EIG.</p> <p>Selon la procédure de gestion des EI transmise, les événements font l'objet d'une analyse approfondie des causes, conduite en lien avec les professionnels concernés. L'établissement procède également à une analyse des faits, dont les éléments sont enregistrés dans le logiciel , assurant ainsi la traçabilité des démarches engagées.</p> <p>Une restitution en réunion pluridisciplinaire est organisée préalablement à l'élaboration d'un plan d'actions correctives ou d'amélioration. La mise en œuvre de ce plan fait l'objet d'une vérification de son efficacité, bien qu'aucune échéance précise n'ait été mentionnée à ce stade.</p> <p>Par ailleurs, une synthèse des événements indésirables est réalisée de manière trimestrielle, contribuant au suivi global et à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.</p> <p>La prescription 10 est levée.</p> | |

| | | | | | | | | |
|--|-----|--|--|--|-----------------------------|--|---|--|
| 1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document. | Non | L'établissement ne répond pas à la question. D'après le compte rendu du CVS du 22/02/2024 remis, l'établissement a initié le renouvellement des membres du CVS en lançant des appels à candidatures auprès des résidents, des familles et des professionnels. Faute de candidat l'établissement n'a pas procédé aux élections en bonne et due forme. Il en résulte que le nouveau CVS est composé de : <ul style="list-style-type: none"> - trois représentants des résidents, - une représentante des familles, - une représentante des professionnels, - une représentante de l'organisme gestionnaire, la Directrice. Il est rappelé que dans la mesure où la Directrice (ou son représentant) siège à titre consultatif (article D311-9 CASF), elle ne peut représenter l'organisme gestionnaire, qui lui a voix délibérative. Il serait donc opportun de désigner, le Président de l'Association ou un membre du Conseil d'Administration ou le Directeur Général de l'Association ou la Directrice Générale Adjointe de l'association gestionnaire tel que présenté dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD. D'autant plus que la Directrice, chargée d'animer les réunions, n'a pas d'adjoint de direction pouvant être désigné à sa place pour représenter la direction de l'EHPAD (cf. organigramme de l'EHPAD). | Ecart 11 : En désignant le Directeur de l'établissement comme représentant de l'organisme gestionnaire au CVS, l'établissement contrevient au l'article D311-5 du CASF. | Prescription 11 : Nommer au moins un représentant de l'organisme gestionnaire de façon à ce que le Directeur ne siège qu'avec voix consultative au CVS conformément à l'article D311-5 du CASF. | 1,18 résultats election CVS | | | Le procès-verbal du CVS du 03/12/2024 a été remis ainsi que le résultat des élections du CVS du 14/01/2025. Ce dernier document ne présente pas le représentant de l'organisme gestionnaire. De plus, à la lecture du procès-verbal du CVS du 03/12/2024, il est mentionné que la Directrice est identifiée en qualité de représentante 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. | Non | L'établissement ne répond pas à la question. Il ne justifie pas que le CVS dispose d'un règlement intérieur conformément à la réglementation. | Ecart 12 : En l'absence de règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF | Prescription 12 : Doter le CVS d'un règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF. | 1,19 ODJ CVS | suite aux élections ODJ du CVS du 18/03/2025 avec mise à jour du règlement intérieur | L'ordre du jour du CVS du 18/03/2025 a été remis et comporte un point lié à la présentation du règlement intérieur du CVS. Ce qui atteste de la déclaration de l'EHPAD. | |
| 1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS. | Oui | Seuls deux comptes rendus ont été remis, celui du 03/05/2023 (CVS commun à l'EHPAD et à la résidence autonomie) et celui du 22/02/2024. Ce dernier mentionne deux autres CVS à venir le 22/05/2024 et le 26/11/2024, mais aucun document concernant celui de mai n'a été remis. L'établissement n'atteste pas que le CVS se réunit 3 fois par an. Il est mentionné dans le compte rendu du CVS du 22/02/2024 que des élections des représentants des résidents et des familles n'ont pu correctement se tenir faute d'un nombre de candidats nécessaire. Ainsi, le candidat pour être représentant des familles et ceux des résidents ont directement été intégrés au CVS. Par ailleurs, le Président du CVS n'est pas élu suite au renouvellement du CVS, le dernier compte rendu n'a donc pas pu être signé. En effet, "il a été décidé et approuvé par l'ensemble des membres présents de temporiser cette élection en attendant d'éventuelles futures candidatures pour augmenter le nombre des représentants". Il également relevé que le compte rendu du CVS du 03/05/2023 n'a pas été signé par le précédent Président du CVS. | Ecart 13 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2023 et en 2024, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. | Prescription 13 : Veiller réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. | 1,20 COMPTE RENDU CVS | En pièce jointe le compte rendu du CVS dûment signé par la présidente | Deux procès-verbaux de CVS ont été remis : 03/12/2024 et 21/01/2025. L'établissement atteste donc avoir réuni seulement deux CVS en 2024. | |
| | | | Ecart 14 : En l'absence d'élection du Président du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-9 du CASF. | Prescription 14 : Ecrire le Président du CVS conformément à l'article D311-9 du CASF. | | | La prescription 13 est maintenue. | |
| | | | Ecart 15 : En l'absence de signature des comptes rendus de CVS par le Président du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF. | Prescription 15 : Faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF. | | | A la lecture du résultat des élections du CVS du 14/01/2025, il est relevé que la Présidente du CVS a été élue le 14/01/2025. La prescription 14 est levée. | |
| | | | | | | | Le dernier compte rendu du CVS remis (21/01/2025) a été signé par la Présidente du CVS, ce qui permet de lever la prescription 15 . | |
| | | | | | | | En revanche, il est constaté que pour le CVS du 21/01/2025, la convocation a été adressée à ses membres le 16/01/2025, soit moins des 15 jours réglementaires prévus avant la tenue du conseil. L'établissement veillera donc à respecter la réglementation sur ce point. | |