

RAPPORT de CONTROLE le 27/07/2023

EHPAD PRIVE SAINT JEAN à LAUSSONNE\_43

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

Thématique: CSP/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE FOYER ST JEAN

Nombre de places : 57 places dont 10 places d'UVP et 47 lits en 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
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 remis est partiellement nominatif, mais non daté. Il fait apparaître les liens hiérarchiques et fonctionnels et présente l'organisation de l'EHPAD par pôles.	Remarque 1 : l'absence d'actualisation régulière de l'organigramme ne permet pas d'avoir une vision fidèle à la réalité des personnels de l'établissement.	Recommandation 1 : actualiser régulièrement l'organigramme.	1.1Organigramme 20230526	L'organigramme est mis à jour et signé.	L'organigramme remis a été actualisé. <b>La recommandation 1 est levée.</b>
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare 2,40 ETP vacants : - 1 ETP AS, - 1 ETP AS, - 0,40 ETP d'IDE.					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif	Oui	L'établissement déclare que la Directrice ne dispose pas de la qualification requise et ce depuis 31 ans. Il déclare aussi qu'elle cessera ses fonctions le 01/11/2023. La mission rappelle que la réglementation donne obligation aux Directeurs d'ESSMS d'être titulaire d'un diplôme de niveau 7 (anciennement niveau I) et que ceux recrutés au niveau immédiatement inférieur s'engagent à obtenir, dans un délai de trois ans la certification de niveau supérieur requise (décret n°2007-431 du 25 mars 2007). La Directrice ne s'est pas conformée à la réglementation. De plus, aucune information n'a été transmis à la mission précisant le niveau de qualification de la Directrice actuellement en poste.	Ecarts : Ecarts 1 : La directrice de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 1 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D. 312-176-6 du CASF.  Remarque 2 : en l'absence de la transmission du niveau de qualification de la Directrice actuelle, la mission n'est pas en capacité de vérifier son niveau de qualification.	Prescription 1 : L'organisme gestionnaire doit être vigilant à engager, en remplacement de la directrice en poste, un(e) directeur(rice) disposant de la qualification requise par la réglementation en vertu de l'article D312-176-6 CASF.  Recommandation 2 : transmettre le diplôme de la Directrice actuellement en poste.	1.3Diplôme Directrice 1.3 Formations suivies 1.3 Offre d'emploi directeur	La directrice est titulaire du diplôme d'aide-soignante et d'un niveau BAC.A sa prise de poste et tout au long de son parcours , elle a suivi différents modules de formation continue non qualifiante. Le Conseil d'administration a lancé la procédure de recrutement pour son remplacement au 01/11/2023 en conformité avec la qualification requise.	La Directrice en poste ne justifie pas du niveau de qualification requis par la réglementation. Différentes attestations ont été remises qui illustrent de ses compétences acquises au fil du temps. Il est bien pris note qu'elle quittera ses fonctions en novembre prochain, soit dans 3 mois. L'association veillera à recruter un nouveau directeur présentant les qualifications requises par la réglementation. <b>La recommandation 2 est levée.</b> <b>La prescription 1 est maintenue.</b>
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document	Oui	Le DUD du 03/07/2014 a été transmis à la mission. Il correspond aux attentes réglementaires.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023	Oui	L'établissement a fourni une note de service, datée du 01/12/2021, donnant le numéro d'astreinte et précisant les personnes qui l'effectue. Elle indique un numéro unique d'appel de l'astreinte administrative de 17h à 9h, sans faire mention des week-ends. L'astreinte repose sur 4 personnes : la Directrice, l'IDEC, l'agent administratif et certains week-ends une IDE de l'EHPAD. Le calendrier des astreinte 2023 a été remis. Il précise les numéros personnels des personnes d'astreinte en plus du numéro unique. Pour autant, il n'existe pas de procédure d'astreinte.	Remarque 3 : sans procédure organisant l'astreinte de direction, le personnel n'est pas en mesure de connaître l'organisation de l'astreinte en place ainsi que les modalités de mise en œuvre.  Remarque 4 : en n'indiquant pas que l'astreinte s'applique le week-end, la note de service à l'attention du personnel n'est pas complète.	Recommandation 3 : formaliser une procédure précisant l'organisation et les modalités de mise en œuvre de l'astreinte.  Recommandation 4 : modifier la note de service relative à l'astreinte à l'attention des professionnels en intégrant l'ensemble des temps de l'astreinte (semaine/week-ends).	1.5Procédure d'astreinte	La procédure a été améliorée.	La procédure de l'astreinte a été complétée comme demandé. <b>Les recommandations 3 et 4 sont levées.</b>
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	L'EHPAD déclare que le CODIR réunit chaque mercredi matin la directrice, le MEDEC, l'IDEC et qu'il ne fait l'objet d'aucun compte rendu. La mission rappelle l'intérêt de formaliser les CODIR. Cela permet d'acter les décisions prises lors des CODIR et de retracer les échanges.	Remarque 5 : sans élaboration de comptes rendus des CODIR, l'établissement se prive de toute visibilité sur les décisions prises et les échanges tenus en CODIR.	Recommandation 5 : rédiger les comptes rendus des prochains CODIR et les transmettre à la mission.	1.6 CR CODIR 20230524	Désormais le CODIR se réunira le premier mercredi de chaque mois.	La formalisation des CODIR commencée avec celui du 24 mai 2023 permettra de tracer les décisions prises et les échanges. <b>La recommandation 5 est levée.</b>
1.7 Un Projet d'établissement à jour existe-t-il ? Joindre le document	Oui	Le projet d'établissement transmis couvre la période 2021-2025. Il a été approuvé par le CA le 28/04/2021 et soumis à l'avis du CVS le 27/05/2021. Le projet d'établissement expose les grands axes d'amélioration retenus et les projet à mener sur les 5 ans qu'il couvre. Le PE précise que les orientations qu'il pose ont été élaborées en lien avec le CPOM et les évaluations de l'établissement. Pour autant, la mission relève que le PE ne présente pas la déclinaison opérationnelle des objectifs qu'il fixe, notamment sous forme de fiches actions.	Remarque 6 : sans présentation dans le PE de la déclinaison des objectifs de l'EHPAD en fiches actions, l'établissement se prive d'un outil de pilotage.	Recommandation 6 : élaborer un plan d'action pour décliner les objectifs inscrits dans le projet d'établissement.		Un plan d'action sera élaboré et présenté au personnel.	Il est bien noté que le plan d'action sera élaboré et présenté au personnel. Pour autant, aucun élément probant n'a été remis pour en attester. <b>La recommandation 6 est maintenue dans l'attente de la transmission du plan d'action.</b>
1.8 Un règlement de fonctionnement à jour existe-il ? Joindre le document	Oui	Le règlement de fonctionnement date de juillet 2019. A sa lecture, la mission relève qu'il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues. Il s'agit pourtant d'un élément réglementaire qui doit y figurer.	Ecarts : Ecarts 2 : le règlement de fonctionnement ne correspondant pas aux attentes légales en vertu de l'article R311-35 CASF.	Prescription 2 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompue conformément à l'article R311-7 du CASF.	1.8 Projet de règlement de fonctionnement	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour et les modifications demandées seront présentées aux instances.	Les compléments apportés au règlement de fonctionnement correspondent aux attendus réglementaires. <b>La prescription 2 est levée.</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'établissement dispose d'une IDEC à temps plein, en poste à compter du 01/01/2012. En atteste son contrat de travail à durée indéterminé remis.					
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'IDEC a suivi plusieurs formations en lien avec ses fonctions d'encadrement de l'équipe de soins. Les attestations correspondantes ont été transmises : formation "Manager la qualité relationnelle", le 19/10/2022 (7h), formation continue de 84h "Infirmière Coordinatrice en EHPAD", formation "Infirmière coordinatrice en EHPAD" de 7h.					

<p><b>1.11</b> L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et indiquer son temps de présence (les horaires)</p>	Oui	<p>Un MEDEC est présent à 0,20 ETP (7h/semaine). Il est présent sur site le lundi après-midi et le mercredi matin. En atteste son contrat de travail à durée indéterminé, daté du 03/11/2017.</p> <p>Le temps de présence du MEDEC, étant limité à 2 demies-journées par semaine, apparaît insuffisant pour lui permettre d'assurer l'ensemble des missions de coordination qui lui incombent. D'autant plus que l'établissement est autorisé pour une capacité de 57 places et que part conséquent sont temps de travail est fixé réglementairement à 0,40 ETP.</p>	<p>Ecart 3 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences réglementaires de l'article D 312-156 CASF, ce qui ne permet pas d'assurer la bonne de coordination des soins.</p>	<p>Prescription 3 : augmenter le temps de médecin coordonnateur, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D 312-156 CASF afin qu'il soit en capacité d'assurer l'ensemble des missions qui lui incombent.</p>		<p>Le médecin coordonnateur est salarié de 4 EHPAD et d'un SSR. Il n'est pas en capacité d'augmenter son temps de travail. Il démissionne de son poste le 31/07/2023, à ce jour pas aucune candidature pour son remplacement malgré les recherches.</p>	<p>La question du recrutement d'un nouveau médecin coordonnateur (MEDCO) se pose donc aujourd'hui pour l'établissement dans un contexte difficile. L'établissement doit néanmoins poursuivre ses recherches, dans un cadre éventuellement mutualisé avec d'autres établissements.</p> <p><b>La prescription 3 est maintenue dans l'attente du recrutement effectif d'un MEDCO.</b></p>
<p><b>1.12</b> Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs</p>	Oui	<p>Le MEDEC dispose d'un DU de Coordination Médicale d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, datant du 04/12/2014.</p>					
<p><b>1.13</b> La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV</p>	Oui	<p>L'établissement a remis 3 comptes rendus de commission gériatrique : 29/05/2018, 05/06/2019 et 16/06/2022. La mission relève qu'en 2020 et 2021, la commission gériatrique ne s'est pas tenue. Aucune explication n'est donnée à la mission.</p>	<p>Remarque 7 : sans information sur l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrie en 2020 et 2021, l'établissement ne justifie pas la suspension de la commission gériatrique sur cette période.</p>	<p>Recommandation 7 : justifier à la mission la suspension de la commission gériatrique en 2020 et 2021.</p>		<p>Le contexte COVID et le manque de disponibilité des médecins n'a pas permis la tenue de cette commission. La prochaine est prévue le 20 juin.</p>	<p>Il est pris bonne note des raisons qui ont empêché la tenue en 2020 et 2021 de la commission gériatrique et que celle de 2023 a été organisée le 20 juin.</p> <p><b>La recommandation 7 est maintenue dans l'attente de la transmission du compte rendu de la commission gériatrique qui s'est tenue le 20 juin dernier.</b></p>
<p><b>1.14</b> Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier</p>	Oui	<p>Le Bilan Médical de l'année 2022 de l'EHPAD a été transmis à la mission. Il correspond aux attendus du RAMA.</p>					
<p><b>1.15</b> L'établissement dispose-t-il d'un registre ou tableau de bord recueillant l'ensemble des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG) ?</p>	Oui	<p>L'établissement a transmis un tableau de bord qui présente des EI de 2022. Ce document est complet. Il reporte : les éléments relatifs aux signalements, à la gestion de l'EI en interne et l'historique/suivis.</p> <p>Pour autant, la mission relève que cette dernière colonne n'est jamais renseignée, ce qui laisse supposer que le suivi des EI n'est pas réalisé. Or, la mission rappelle que cela permet d'éviter la reproduction de l'EI, notamment s'agissant de la iatrogénie médicamenteuse (4 erreurs relevées en 2022). Par ailleurs, le statut de l'événement est toujours en mode "ouvert" alors que les événements sont survenus en 2022.</p>	<p>Remarque 8 : le défaut de renseignement des 2 dernières colonnes du tableau des EI ne permet pas de s'assurer de l'effectivité des mesures correctives à mettre en œuvre, suite à la survenue de l'EI.</p>	<p>Recommandation 8 : renseigner systématiquement l'historique/suivi du tableau de bord des EI.</p>		<p>Le renseignement du suivi des EI sera mis en place sur le mois de juin.</p>	<p>La réponse reporte au mois de juin le renseignement du suivi des EI.</p> <p><b>La recommandation 8 est maintenue dans l'attente de la transmission du tableau de bord des EI complété avec les éléments de suivi engagés à compter de juin 2023.</b></p>
<p><b>1.16</b> Le projet d'établissement intègre-t-il un volet spécifique à la politique de prévention de la maltraitance ?</p>	Oui	<p>Un document s'intitulant "favoriser et développer la bientraitance" a été remis. A sa lecture, il ressort que la déclinaison de cette thématique par l'établissement se limite à des actions de sensibilisation régulières auprès du personnel pour favoriser le signalement en interne des EI. Par ailleurs, le document explique que tout actes de maltraitance doit être déclarer à l'IDEC et/ou à la Directrice "qui prend la décision qui s'impose", sans pour autant préciser les actions possibles de la direction.</p> <p>Or, la réglementation prévoit que le projet d'établissement intègre une politique de prévention de la maltraitance en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle.</p>	<p>Ecart 4 : le projet d'établissement ne traite que partiellement de la maltraitance en EHPAD.</p>	<p>Prescription 4 : mettre à jour le projet d'établissement en y développant le point portant sur la prévention de la maltraitance conformément à l'article L311-8 CASF.</p>	<p>1.16 Projet d'établissement modifié</p>	<p>Le projet d'établissement a été mis à jour suivant la recommandation voir p 39 : Prévention de la maltraitance</p>	<p>Il est déclaré qu'un point sur la maltraitance a été intégré au projet d'établissement. En atteste le document remis.</p> <p><b>La prescription 4 est levée.</b></p>
<p><b>1.17</b> Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est-il régulièrement élu ? Joindre la composition du CVS en identifiant chaque catégorie de membres et Joindre la décision s'y rapportant</p>	Oui	<p>L'établissement a transmis la liste des membres du CVS au 30/06/2022. La compositions du CVS est complète et identifie bien les différentes catégories de membres de l'instance.</p>					
<p><b>1.18</b> Avez-vous fait une présentation aux membres du CVS concernant les nouvelles modalités d'organisation et des missions du CVS ? Joindre le justificatif</p>	Oui	<p>L'établissement déclare qu'il n'a pas encore procédé à la présentation des nouvelles modalités d'organisation et missions du CVS en CVS.</p>	<p>Remarque 9 : en l'absence de présentation des nouvelles modalités d'organisation et missions du CVS, l'établissement ne peut attester que les membres du CVS sont informés de l'évolution de la réglementation concernant le CVS en vigueur depuis le 1er janvier 2023.</p>	<p>Recommandation 9 : présenter en CVS les nouvelles modalités d'organisation et missions du CVS.</p>	<p>1.18 CR CVS 20230524</p>	<p>Les nouvelles modalités d'organisation du CVS ont été présentées.</p>	<p>Le compte rendu du CVS du 23 mai 2023 confirme que la présentation des nouvelles missions du CVS a bien été réalisée comme cela est déclaré.</p> <p><b>La recommandation 9 est levée.</b></p>
<p><b>1.19</b> Joindre les 3 derniers comptes rendus du CVS de 2022 et ceux de 2023.</p>	Oui	<p>Trois comptes rendus ont été transmis à la mission, ceux du 31/03/2022, 30/06/2022 et 07/10/2022 . A leur lecture, la mission relève que le contenu des séances est riche et varié.</p>					
<p><b>Prise en charge particulière au sein de l'EHPAD : UVP ou CANTOU, UPG</b></p>							
<p><b>2.1</b> Combien de lits sont autorisés et combien de lits sont occupés au 1er janvier 2023 ?</p>	Oui	<p>L'établissement déclare que 10 places sont autorisées en CANTOU. Au 01/01/2023, 9 de ces places étaient occupées.</p>					

2.2 Disposez-vous d'une équipe dédiée de jour et de nuit à l'UVVP ? Joindre justificatif + Indiquez la qualification des membres de l'équipe dédiée	Oui	Une équipe de jour est dédiée à l'unité. Elle est composée comme suit : - 1,5 ETP d'ASG, - 1 ETP d'AS, - 2,80 ETP d'agent de soins, - 0,90 ETP d'AES. Aucun justificatif de formation de ces personnels n'a été transmis à la mission.  Il est déclaré que les IDE interviennent à la fois sur l'EHPAD et sur l'unité. La nuit, les agents de nuit (1 AS et 1 agent de soins) assurent la surveillance et les soins de l'ensemble des résidents de l'établissement.	Remarque 10 : il n'y a pas d'équipe dédié la nuit au CANTOU.  Remarque 11 : l'établissement n'a pas fourni de justificatif quant à la formation et à la qualification de l'équipe dédié à l'unité.	Recommandation 10 : se doter d'une équipe de nuit dédiée au CANTOU.  Recommandation 11 : fournir les justificatif de formation et de qualification de l'équipe dédiée au CANTOU.	2.2 Diplômes équipe CANTOU	La taille de l'établissement ne permet pas d'avoir 2 équipes de nuit. L'architecture des locaux et la proximité du CANTOU des autres services facilitent la surveillance des 2 secteurs, à noter l'agent de soin de nuit intervient davantage sur le secteur CANTOU et vient en renfort de sa collègue pour certains soins sur l'EHPAD. Des lampes connectées pour la surveillance de la déambulation ou des chutes sont installées dans ce secteur , le système Aladin alerte le personnel et lui permet ainsi d'intervenir très rapidement.	Les diplômes et attestations de formation transmis confirment que les professionnels dédiés au CANTOU sont qualifiés. Concernant la nuit, l'organisation mise en place présentée laisse supposer que les professionnels présents assurent la surveillance et la prise en charge des résidents de l'ensemble de l'EHPAD, de manière sécurisée.  <b>Les recommandations 10 et 11 sont levées.</b>
---	-----	--	--	--	----------------------------	---	---