

RAPPORT de CONTROLE le 19/03/2025

EHPAD SAINT CAMILLE à LYON 05_69

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation
Organisme gestionnaire : Association hospitalière Saint-Camille
Nombre de places : 115 places dont 5 places en HT

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	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 : - 4 ETP IDE - 1 MEDEC - 5 ETP ASD. L'établissement précise que ces postes sont remplacés par des remplacements en CDD.	Ecart 1 : Le nombre de postes vacants des soignants, infirmiers et aides-soignants, peut entraîner des difficultés de continuité de service, ce qui ne garantit pas le respect de la sécurité de la prise en charge prévue à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Prescription 1 : Stabiliser les équipes soignantes (IDE et ASD) afin d'assurer la continuité de la prise en charge et le respect de la sécurité des résidents tel que prévu à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.		Les postes vacants au 20 mai 2025 sont : - 3 ETP ASD - 2 ETP IDE Pour les IDE, les postes vacants sont remplacés par des vacataires "fidèles". A titre d'exemple, une seule nouvelle vacataire a fait une vacation depuis le début de l'année 2025.	Des postes ASD et IDE ont été pourvus depuis juillet 2024. Ce qui témoigne d'une amélioration sur la couverture des postes soignants vacants. La prescription 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 dispose du diplôme universitaire intitulé " <i>directeur des établissements sanitaires et sociaux</i> ", diplôme de niveau 7. La directrice dispose donc du niveau de qualification requis pour exercer ses fonctions.					
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 portant délégation de pouvoir à la directrice de l'EHPAD est remis. Cette délégation précise la nature et l'étendue des pouvoirs dans les quatre grands domaines réglementaires. Ce qui permet à la directrice d'assurer la gestion courante 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 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	OUI	L'établissement déclare que l'astreinte est répartie entre les professionnelles suivantes : la directrice, la gestionnaire, la cadre de santé et la responsable hébergement. Le planning de l'année 2024 et janvier 2025 ont été transmis et confirment cette organisation. Il est observé que l'astreinte est tenue sur une semaine complète du vendredi au vendredi suivant. Par ailleurs l'établissement déclare ne pas disposer de procédure d'astreinte. L'établissement a transmis les accords d'entreprises qui rappellent le fonctionnement de l'astreinte. Toutefois, ce document ne permet pas 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.	PIL-PLB-09	La procédure est rédigée et validée (PIL-PLB-09).	La procédure intitulée "gestion des astreintes", datée du 23 mai 2025, a été rédigée. Le document est clair et destiné aux professionnels, permettant de sécuriser l'astreinte. 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 trois comptes rendus de CODIR datant des 19/11/2024, 27/11/2024 et du 10/12/2024. Le CODIR se tient donc régulièrement toutes les deux semaines. Les professionnels clés participent à ces réunions. À la lecture des comptes rendus, il est observé que le CODIR traite de la gestion courante et du pilotage stratégique de l'établissement.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement (PE) couvre la période 2020-2024. À la lecture du document, il est relevé qu'il ne comporte ni de projet de soin, ni d'indication de sa date de validation par le CVS. Par ailleurs, le PE comprend des fiches actions détaillées, où les objectifs de l'EHPAD sont déclinés en actions à mettre en œuvre avec un calendrier défini.	Ecart 2 : Le projet d'établissement ne comporte pas un projet général de soins, ce qui contrevient à l'article D312-158 du alinéa 1 CASF. Ecart 3 : En l'absence de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Intégrer dans le prochain projet d'établissement un projet général de soins conformément à l'article D312-158 alinéa 1 du CASF. Prescription 3 : Présenter le prochain projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-8 du CASF.	/	Cette remarque sera prise en compte. Cette remarque sera prise en compte.	L'établissement s'engage à intégrer le projet de soins dans le prochain PE, supposé commencer en 2025 compte tenu de l'échéance du PE 2020-2024, et à présenter le document au CVS. Les prescriptions 2 et 3 sont maintenues.
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 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	L'établissement déclare ne pas disposer de politique formalisée contre la maltraitance. En effet, à la lecture du PE 2020-2024 cela n'est pas retrouvé. Toutefois, l'établissement déclare être en train d'élaborer le nouveau PE et que ce sujet sera travaillé avec tous les acteurs. L'établissement veillera à intégrer un chapitre dédié à la politique de lutte et de prévention contre la maltraitance conformément au décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS.					
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement est remis. Le document n'est pas daté, il n'est pas possible de connaître sa date d'actualisation. À la lecture du document, celui appelle les remarques suivantes : - il ne présente pas " <i>les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles</i> " - il ne précise pas " <i>l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation</i> ". Par ailleurs, le document ne précise pas sa date de consultation par le CVS, il n'est donc pas possible de savoir si le document a été consulté par l'instance.	Ecart 4 : En l'absence d'une date d'actualisation du règlement de fonctionnement, l'établissement n'atteste pas de la périodicité de modification du document, conformément à l'article R311-33 du CASF. Ecart 5 : En l'absence de précision concernant " <i>les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles</i> " et " <i>l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation</i> " dans le règlement de fonctionnement, celui-ci contrevient à l'article R311-35 du CASF. Ecart 6 : En l'absence de mentions dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article R. 311-33 du CASF	Prescription 4 : Compléter le règlement de fonctionnement, en renseignant sa date d'actualisation conformément à l'article R311-33 du CASF. Prescription 5 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF. Prescription 6 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.	/	La réécriture du règlement de fonctionnement est prévue et ce document sera intégré dans le système qualité (avec une date de mise à jour et un numéro de version). Cette remarque sera prise en compte. Cette remarque sera prise en compte.	L'établissement déclare qu'une réécriture du règlement de fonctionnement est prévue sans apporter d'élément probant ni de date précise. Toutefois, il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement à intégrer les éléments réglementaires relevés dans l'analyse ainsi qu'à présenter le document actualisé au CVS. En l'absence d'élément probant, les prescriptions 4, 5 et 6 sont maintenues.
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 de la cadre de santé est transmis. Celle-ci est recrutée à compte du 07/08/2023 pour un temps plein.					
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	Mme M. est titulaire du diplôme de cadre de santé, obtenu en 2023. Elle dispose donc d'une formation spécifique à l'encadrement.					
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 déclare ne pas disposer de MEDEC depuis mai 2024. Toutefois, l'établissement a recruté un MEDEC, qui doit prendre son poste au 5 janvier 2025, en atteste la promesse d'embauche transmise. Le MEDEC est recruté sur un temps partiel à 50%. Ce temps de travail est en deçà du temps réglementaire prévu pour un EHPAD d'une capacité d'accueil de 115 places.	Ecart 7 : Le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 7 : Augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.	/	Le médecin coordonnateur de l'établissement souhaite en effet un poste à temps partiel à 50%. Compte tenu de la pénurie de médecins coordonnateurs sur la Métropole de Lyon et les grandes qualités du Dr , nous considérons que c'est déjà une grande chance pour les professionnels et les résidents de l'établissement	Il est bien noté que le médecin ne souhaite pas augmenter son temps de travail. Toutefois, le temps de MEDEC est réglementairement fixé à 0,8 ETP. La prescription 7 est maintenue.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	LE MEDEC nouvellement recruté dispose du DU " <i>coordination médicale d'établissement pour personne âgée</i> ", obtenu en 2014.					
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 déclare ne pas avoir réalisé de commission de coordination (CCG) en 2022 et 2023. Toutefois, une CCG a bien été tenue en 2024, malgré l'absence du MEDEC, comme en atteste le compte rendu de séance. À la lecture du compte rendu et du document de présentation de la réunion, il est observé que de nombreux professionnels de soin étaient présents (médecins traitants, HAD médecin et IDE, pharmaciens, kinésithérapeute, ...). Cette CCG s'avère très complète, ce qui permet d'assurer une bonne coordination entre les acteurs de santé intervenant à l'EHPAD, et ce malgré l'absence du MEDEC.					

1.15 Le rapport d’activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	L’établissement déclare ne pas avoir élaboré de RAMA en 2023, ni 2024. Il convient de rappeler que le RAMA est un document réglementaire obligatoire. Il s’agit du rapport des activités médicales de l’établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. Le directeur de l’EHPAD cosigne le rapport. De plus, c’est un outil de pilotage interne pour l’EHPAD, lui permettant d’évaluer et de suivre l’évolution du projet de soins de l’établissement et des modalités d’accompagnement du public accueilli.	Ecart 8 : En l’absence de rédaction du RAMA, l’établissement contrevient à l’article D312-158 du CASF.	Prescription 8 : Rédiger le RAMA 2024 conformément à l’article D312-158 du CASF et le transmettre.	/	Le RAMA 2024 est en cours d’écriture	En l’absence d’élément probant, la prescription 8 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 remis plusieurs fiches de signalement d’EIG, datant de 2023 et 2024. Ces signalements attestent d’une 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 remis des tableaux recensant les déclarations d’EI des années 2023 et 2024. Ces tableaux permettent de voir que de nombreux EI ont été déclarés sur la période. Ce qui témoigne de la culture du signalement des équipes. Toutefois, ces tableaux ne laissent pas apparaître le descriptif des EI, les mesures correctives apportées et les actions mises en place suite à l’analyse des causes. Il est bien relevé dans la procédure intitulée <i>"déclaration et gestion des EI"</i> , datant du 5 mars 2024 que <i>"pour tout évènement indésirable, il est nécessaire de définir des actions visant à réduire le risque que l’EI ne se reproduise"</i> . Il était attendu le document présentant les actions mises en place à la suite de chaque déclaration d’EI.	Ecart 9 : En l’absence de transmission du tableau de bord et de suivi des EI/EIG, justifiant de la déclaration systématique des EI/EIG en interne, le traitement de l’évènement et la réponse apportée à l’analyse des causes, l’EHPAD contrevient à l’article L331-8-1 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024 (de la déclaration en interne, le traitement de l’évènement et la réponse apportée à l’analyse des causes) afin de s’assurer de la déclaration en interne des EI/EIG conformément à l’article L331-8-1 du CASF et afin d’attester que les EI/EIG font l’objet d’une gestion et d’un suivi global des EI/EIG, participant de la démarche qualité et gestion des risques de l’établissement.	EI2023 EI2024	Le suivi des EI/EIG est effectué sur chaque formulaire. Vous trouverez donc les formulaires 2023 et 2024	L’établissement a remis de nombreuses fiches de déclaration d’EI survenus en 2023 et 2024. Ces déclarations sont, pour la plupart, rédigées de manière manuscrite. À leur lecture, il est observé qu’elles détaillent les descriptions des EI, les mesures mises en place, les mesures préventives, ces fiches sont ensuite clôturées. Ces éléments permettent d’attester que les EI sont traités individuellement mais également analysés de manière globale en lien avec les tableaux de recensement. L’établissement dispose ainsi d’un dispositif de gestion global des EI. La prescription 9 est donc levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L’établissement a remis un document présentant la constitution du CVS suite aux élections du 06/12/2022. Il est donc constaté que des représentants des "usagers" et des familles ont été élus. Aucun élément concernant les élections des représentants des professionnels n’a été transmis. Il est mentionné dans le compte rendu de CVS du 09/03/2023 concernant les élections des professionnels que <i>"personne n’a manifesté le souhait de participer"</i> et que <i>"une élection sera organisée"</i> . Cependant, aucun élément ne permet d’attester que ces élections ont eu lieu, ni qu’un constat de carence n’a été établi le cas échéant. Il est toutefois rappelé qu’il revient au directeur d’impliquer les équipes dans la vie du CVS.	Ecart 10 : En l’absence de transmission d’élément concernant les élections des représentants des professionnels au CVS, l’établissement n’atteste pas répondre à l’article D311-13 CASF.	Prescription 10 : Transmettre tout élément attestant des élections des représentants des professionnels au CVS, conformément à l’article D311-13 CASF.	/	Aucun élément officiel sur l’élection des représentants des professionnels n’ a été retrouvé (notamment pas de PV de carence constatant l’absence de candidat)	En l’absence de transmission d’éléments probants, la prescription 10 est maintenue. Dans l’attente de la réalisation des élections des représentants des professionnels au CVS.
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 adopté lors de la séance du CVS du 29/06/2023. Le document n’appelle pas de remarque.					
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, 29/06/2023, 19/10/2023, 18/01/2024, 23/05/2024, 26/09/2024 ont été remis. Le CVS se réunit donc bien au moins trois fois par an. À la lecture des comptes rendus, il est observé que les sujets abordés sont variés et que les échanges sont riches. Par ailleurs, il est noté que les comptes rendus ne pas signés par le Président de l’instance.	Ecart 11 : En l’absence de signature des comptes rendus de séance par le président du CVS, l’établissement contrevient à l’article D311-20 du CASF.	Prescription 11 : Faire signer les prochains comptes rendus par le président du CVS, conformément à l’article D311-20 du CASF.	CR CVS 2025 04 18 signé	Le CR du CVS du 18 avril 2025 a été signé par le Président du CVS.	Le compte rendu du CVS du 18 avril 2025 est bien signé par le Président de l’instance. La prescription 11 est levée.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d’occupation de l’hébergement temporaire pour l’année 2023 et le 1er semestre 2024. <u>Si accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l’année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	OUI	L’établissement déclare un taux d’occupation de 36,67 % en 2023, pour une capacité de 10 places d’hébergement. En 2024, un arrêté conjoint ARS/CD a permis de transformer 5 de ces places en hébergement permanent. Ainsi, 5 places d’hébergement temporaire sont désormais disponibles, avec un taux d’occupation en hausse à 55,56 %. Malgré cette amélioration, une large marge de progression subsiste pour permettre à davantage de bénéficiaires de profiter de cette offre d’accueil.					
2.2 L’accueil de jour et/ou l’hébergement temporaire dispose(nt)-t-il(s) d’un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	OUI	L’établissement ne dispose pas de projet spécifique à l’hébergement temporaire.	Ecart 12 : En l’absence de projet spécifique de service pour l’hébergement temporaire, l’établissement n’atteste pas répondre à l’article D312-9 du CASF.	Prescription 12 : Transmettre le projet de service spécifique pour l’hébergement temporaire afin de répondre à l’article D312-9 du CASF.	Flyer HT	Le flyer présentant l’hébergement temporaire dans l’établissement aborde la spécificité de l’hébergement temporaire. Le projet spécifique sera plus amplement exposé dans le projet d’établissement en cours de rédaction.	L’établissement dispose d’un flyer présentant le fonctionnement de l’hébergement temporaire. Ce document, à visée informative, s’adresse principalement aux usagers et à leurs familles. L’établissement déclare que le projet spécifique à cette modalité d’accueil sera plus amplement exposé dans le projet d’établissement, ce qui permettra de détailler ses objectifs, les ressources mobilisées, ainsi que les modalités de coordination notamment avec l’extérieur. La prescription 12 est maintenue. Dans l’attente de la rédaction du projet de service spécifique de l’hébergement temporaire.
2.3 L’accueil de jour dispose-t-il d’une équipe dédiée ? L’hébergement temporaire dispose-t-il d’une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	OUI	L’établissement déclare ne pas disposer d’une équipe dédiée.					