

RAPPORT de CONTROLE le 27/07/2023

EHPAD LA CATHERINETTE PONT D'AIN à PONT D'AIN_01.

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

Thématique: CSP/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD LA CATHERINETTE PONT D'AIN

Nombre de places : 80 lits dont 14 lits d'UVP et 66 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 daté du 01/01/2023. Il est à trois niveaux : le premier niveau montrant l'existence d'une direction commune, et d'une Directrice déléguée de site. Les deuxième et troisième niveaux montrent le fonctionnement de l'EHPAD. L'organigramme nominatif permet une identification du personnel rattaché à l'établissement et leurs fonctions. L'organigramme manque de visibilité dans sa présentation. Les personnels du secteur soins et du secteur hôtelier ne sont pas regroupés chacun dans un bloc dédié. L'organigramme présente un défaut dans la ligne hiérarchique, se traduisant par un lien de subordination direct des infirmières sur les personnels soignants, hôteliers, hygiène-entretiens et lingère.	Remarque 1 : l'organigramme remis manque de visibilité dans sa présentation et présente un défaut dans la ligne hiérarchique, en positionnant les infirmières en responsabilité directe des personnels soignants, hôteliers, hygiène-entretiens et lingère.	Recommandation 1 : modifier l'organigramme afin de le rendre plus lisible et supprimer la responsabilité hiérarchique des IDE sur le personnel hôtelier, d'hygiène-entretiens et lingère.	1.1_Organigramme Ehpap Pont d'Ain	Modification de l'organigramme plus de trait de lien entre ide et asd	Il est pris bonne note des modifications apportées à l'organigramme. La recommandation 1 est levée.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement ne déclare pas de postes vacants au 22 mars 2023.					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif	Oui	Les deux directrices disposent d'une qualification de niveau 7. La Directrice de direction commune dispose d'un certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. La Directrice déléguée de site dispose d'un DU Directeur Des Etablissement Sanitaires et Sociaux					
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document	Oui	La directrice dispose d'une délégation de signature datant du 4 juillet 2022.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023	Oui	Le calendrier de l'astreinte 2023 et la procédure d'astreinte ont été remis et n'appellent pas de remarques. L'astreinte administrative de direction repose sur les 4 directeurs d'EHPAD publics et la Directrice de la direction commune.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Le CODIR est commun aux EHPAD sous direction commune. Un tableau de suivi des décisions prises en CODIR existe. Ce document est synthétique et semble opérationnel.					
1.7 Un Projet d'établissement à jour existe-t-il ? Joindre le document	Oui	Le projet d'établissement est commun à quatre EHPAD et à un FAM (direction commune avec l'un des quatre EHPAD public). Il est complet et comprend notamment le projet de médical/soins/accompagnement, un projet de maintien de la vie sociale d'animation de manière distincte à chaque établissement. Le projet d'établissement présente des objectifs et actions à mener sur la période déclinée dans un plan d'action. Le projet d'établissement est élaboré de manière participative avec les professionnels. Le projet d'établissement couvre la période 2017-2021. Il a été validé par le COPIL le 14 mars 2017. Le document n'a pas été actualisé depuis. Le présent projet d'établissement n'est donc plus valide. En réponse à la question 16, l'EHPAD déclare que ce dernier est en cours de réécriture pour cette année. Des documents se rapportant à la planification des travaux à venir auraient permis d'en attester.	Ecart 1 : le projet d'établissement transmis n'est plus valide, ce qui contrevient à l'article L311-8 CASF.	Prescription 1 : élaborer le projet d'établissement conformément à l'article L311-8 CASF.	1.7_Autorisation_Ars_report PE.pdf	En cours de rédaction cette année, pour un projet d'établissement 2024-2028 en même temps que le CPOM (voir accord de l'Ars ci-joint).	Il est déclaré que l'actualisation du projet d'établissement est en cours. Le décalage dans le temps a été validé par la Délégation départementale de l'ARS de l'Ain, avec l'idée retenue de lier le PE avec le calendrier du CPOM. Dont acte. La prescription 1 est levée.
1.8 Un règlement de fonctionnement à jour existe-t-il ? Joindre le document	Oui	Le règlement de fonctionnement a été remis. Il est daté de janvier 2023. Il correspond globalement aux attendus réglementaires. Cependant la mission relève l'absence d'actualisation du règlement de fonctionnement sur deux points : - les missions du CVS : le règlement de fonctionnement n'indique pas que le CVS est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement, comme le prévoit la nouvelle réglementation d'avril 2022 mis en application le 1er janvier 2023. - l'évaluation externe : le règlement de fonctionnement mentionne que "l'établissement fait réaliser au moins tous les sept ans [une évaluation externe] par un organisme". Or la nouvelle réglementation (Article D312-204 du CASF) prévoit une fréquence d'évaluation passant de 7 à 5 ans.	Remarque 2 : le règlement de fonctionnement datant de janvier 2023 ne présente pas les nouvelles missions du CVS, ainsi que la nouvelle fréquence d'évaluation des ESSMS.	Recommandation 2 : modifier le règlement de fonctionnement afin qu'il intègre les nouvelles missions du CVS ainsi que la nouvelle fréquence d'évaluation des ESSMS.		La modification du règlement de fonctionnement sera actualisé et fera l'objet de sa validation au prochain conseil d'administration fin juin 2023.	L'actualisation des 2 points qui font l'objet de la remarque 2 a été engagée et le CA a validé le règlement de fonctionnement fin juin 2023. La recommandation 2 est maintenue, dans l'attente de la transmission du règlement de fonctionnement actualisé et du PV du CA de juin 2023 le validant.
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	La décision de mutation de dans le grade de cadre de santé paramédicale en date du 15 octobre 2021 a été remise et n'appelle pas de remarques.					

1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	La Cadre de Santé en poste dispose de la formation spécifique à l'encadrement. Diplôme remis : Diplôme de Cadre de Santé.					
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 indiquer son temps de présence (les horaires)	Oui	L'établissement dispose d'un Médecin de formation généraliste recruté en contrat de travail à durée déterminée sur le poste de MEDEC. Son contrat de travail initial couvre la période du 07/06/2022 au 31/12/2022. L'avenant au contrat date la présence du médecin du 01/01/2023 au 30/04/2023. L'établissement déclare que le présent ne devait faire qu'un remplacement dans l'attente d'un recrutement de MEDEC définitif. Il n'y a pas eu à ce jour de candidat à la vacance de ce poste. L'établissement déclare que le envisage de poursuivre l'activité de MEDEC. Son temps de travail effectif par mois est de 28h, soit 0,18 ETP sur le contrat de travail (aucune mention d'augmentation des horaires de travail dans l'avenant au contrat). Cependant, l'établissement déclare que le MEDEC travaille 0,20 ETP, soit un jour par semaine. Or la mission rappelle que l'établissement dispose d'une autorisation de 80 places et par conséquent doit se doter de 0,60 ETP de MEDEC.	Ecart 3 : le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme à l'article D 312-156 CASF, ce qui ne permet pas d'assurer la bonne de coordination des soins.	Prescription 2 / 2 : 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.		Le ne souhaite pas augmenter son temps de travail du fait qu'elle exerce déjà une activité dans un autre établissement, elle poursuivra son activité dans l'établissement jusqu'à ce que l'établissement trouve un médecin coordonnateur	Il est pris note que l'établissement recherche un médecin coordonnateur pour une activité à 0,60 ETP. Le temps de travail du médecin coordonnateur qui intervient actuellement, déclaré à 0,20 ETP, n'est acceptable que de manière transitoire, à titre de "dépannage". L'ensemble des missions dévolues au médecin coordonnateur ne sont actuellement pas remplies. La prescription 2 est maintenue dans l'attente du recrutement effectif d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs	Oui	L'établissement déclare que le a suivi la formation sur le PATHOS, GMP en janvier et février 2023, ainsi que sur la prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence le 26/01/2023. Les documents remis le confirment. Pour autant, la mission relève que l'établissement a recruté un médecin ne disposant pas de la qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.	Ecart 4 : le médecin présent dans l'établissement n'a pas les qualifications nécessaires pour exercer le rôle de médecin coordonnateur contrairement à ce qui est prévu dans l'article D312-157 CASF, ce qui ne permet pas d'assurer la bonne coordination des soins.	Prescription 4 / 3 : conforter le médecin coordonnateur dans ses missions en s'assurant qu'il s'engage effectivement dans une démarche de formation en vue de disposer d'une qualification pour assurer des fonctions de coordination gériatrique, en conformité avec l'article D312-157 du CASF.		Le médecin actuellement à l'EHPAD est en contrat, est venue en aide à l'EHPAD qui n'avait plus de médecin coordonnateur. Elle est en contrat le temps de recruter un nouveau médecin coordonnateur.	Il est déclaré que l'intervention du médecin coordonnateur est temporaire. Pour autant, sans écarter les difficultés de l'établissement pour trouver un MEDCO qualifié pour 0,60 ETP, les exigences réglementaires de qualification du médecin coordonnateur s'imposent. La prescription 3 est maintenue.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	L'établissement déclare à la mission de ne pas disposer de commission gériatrique. La mission souligne que l'établissement met en place des actions et des formations menées en collaboration avec les médecins traitants. Néanmoins, la mission rappelle que la tenue de la commission gériatrique est obligatoire et doit être annuelle. L'utilité de la commission gériatrique et de permettre une coordination efficace de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	Ecart 5 : en l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF, qui prévoit que le médecin coordonnateur préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	Prescription 5 / 4 : mettre en place la commission de coordination de soins gériatriques en vertu de l'article D312-158 CASF.		La Commission de coordination de soins gériatriques sera mise en place en septembre 2023 par	Il est pris acte de la déclaration de l'établissement. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente de la transmission d'éléments probants (invitation et ordre du jour de la prochaine commission gériatrique).
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier	Oui	Le RAMA transmis par l'EHPAD est ancien. Il date de 2017. La mission rappelle que le RAMA doit obligatoirement être rédigé annuellement. Ce rapport retrace les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il peut faire émerger des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins.	Ecart 6 : en l'absence de rédaction d'un RAMA depuis 2018, l'établissement contrevient à l'article D 312-158 du CASF.	Prescription 6 / 5 : rédiger chaque année un RAMA conformément à l'article D 312-158 du CASF.		Un RAMA 2022 sera rédigé pour octobre 2023 au vu du temps de présence du médecin actuel	Il est pris acte de la déclaration de l'établissement. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente de la transmission du RAMA 2022, comme élément probant.
1.15 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)?	Oui	L'établissement déclare que l'ancien logiciel de traçage des EI n'était pas utilisé. Pour permettre une meilleure culture du signalement, l'établissement utilise maintenant le logiciel de soins qui comporte un volet « Evènement indésirable ». La transmission d'une extraction du logiciel soins aurait été souhaitée.	Remarque 2 : en l'absence de transmission de l'extraction du logiciel par l'établissement portant sur la gestion des EI et/ou EIG, la mission n'est pas en mesure d'apporter une appréciation sur le dispositif de suivi des EI/EIG mis en place.	Recommandation 2 : transmettre l'extraction du logiciel soins de gestion des EI/EIG à la mission.	1,15_Liste EI-EIG ancien logiciel 1,15_Liste EI-EIG nouveau logiciel	Listes ci-jointes	Deux tableaux des EI ont été remis (extraction de l'ancien logiciel et extraction du nouveau logiciel). Leur consultation met en évidence que l'établissement assure la gestion, l'analyse et le suivi des EI au sein de l'établissement. La culture du signalement semble bien appropriée par le personnel. La recommandation 2 est levée.
1.16 Le projet d'établissement intègre-t-il un volet spécifique à la politique de prévention de la maltraitance ?	Oui	Une démarche de promotion de la bientraitance et un questionnaire éthique dans la pratique quotidienne sont présents dans le projet d'établissement (2017 - 2021) sous la forme d'une fiche action. Elle a notamment pour but de créer un accompagnement plus humain et la création d'un comité éthique. Le projet d'établissement est en cours de réécriture pour cette année. Selon l'EHPAD, il est prévu qu'un volet spécifique à la politique de prévention de la maltraitance soit présent. Des documents se rapportant à la planification des travaux à venir sur cette thématique auraient été les bienvenus.	Remarque 3 : en l'absence de transmission de documents se rapportant aux travaux en cours sur la prévention de la maltraitance dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, la mission n'est pas en mesure de porter une appréciation sur la politique de prévention de la maltraitance.	Recommandation 3 : transmettre à la mission les travaux en cours sur la prévention de la maltraitance dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement.	1,16_Planning_réunion_PE.pdf	Planning ci-joint : Phase 5 : Projet culture de la Bientraitance et mettre en place des actions en prévention du risque de maltraitance Elaboration des fiches actions <input checked="" type="checkbox"/> Définition de la bientraitance <input checked="" type="checkbox"/> Etat des lieux et réflexion sur les actions à mener	Les documents remis attestent des travaux menés sur la prévention de la maltraitance dans le cadre de l'actualisation du PE. La recommandation 3 est levée.
1.17 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	Oui	Le CVS a été élu le 22/01/2021. Le procès-verbal des élections transmis par l'EHPAD le confirme. Y figure les deux titulaires représentant les résidents et leur suppléant ; les deux représentants des familles et leur suppléant. L'élection ne concerne que les membres représentant des familles et des résidents. L'établissement n'a pas transmis la liste complète des représentants du CVS.	Remarque 3 : la liste complète des membres du CVS n'a pas été transmise (représentants des familles, des résidents, du personnel et de l'organisme gestionnaire).	Recommandation 4 / 4 : transmettre à la mission la liste complète des membres du CVS.	1,17_Liste complète des membres du CVS.pdf	Liste complète membres du CVS, voir document ci-joint	La liste complète des membres du CVS est transmise. La recommandation 4 est levée.
1.18 Avez-vous fait une présentation aux membres du CVS concernant les nouvelles modalités d'organisation et des missions du CVS ? Joindre le justificatif	Oui	Les nouvelles modalités d'organisation et les missions du CVS ont été présentées, en atteste le procès verbal de la séance du CVS du 23/01/2023.					

<p>1.19 Joindre les 3 derniers comptes rendus du CVS de 2022 et ceux de 2023.</p>	<p>Oui</p>	<p>Trois comptes rendus du CVS ont été présentés à la mission (28/04/22 ; 24/10/2022 ; 23/01/2023).</p> <p>Le contenu des comptes rendus fait état d'échanges entre les membres du CVS (situation sanitaire, tarifs des prestations, vie de la résidence, les droits et libertés des personnes accompagnées, les activités et l'animation socio-culturelle).</p> <p>En 2022, le CVS ne s'est réuni que 2 fois contrairement à ce que la réglementation prévoit (minimum 3 par an).</p> <p>La mission constate que les comptes rendus sont signés par le Président, la Directrice et deux représentants des familles. Il est rappelé que seul le président du CVS signe les comptes rendus des réunions.</p>	<p>Ecart 7 : en 2022, le CVS ne s'est pas réuni 3 fois contrairement à ce qui est prévu à l'article D311-16 CASF.</p> <p>Ecart 8 : en faisant signer le compte rendu du CVS par la Directrice et deux représentants des familles en plus du Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.</p>	<p>Prescription 7 / 6 : Veiller à réunir le CVS à hauteur de 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 CASF.</p> <p>Prescription 8 / 7 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.</p>		<p>1° - Remarque prise en compte concernant le nombre de réunion de CVS.</p> <p>2° - Liste du CVS complétée ci-jointe et remarque prise en compte : les prochains compte-rendu ne seront signés que du seul président.</p>	<p>L'établissement s'engage à réunir au minimum 3 CVS par an et à faire signer les comptes rendus des CVS par le seul président du CVS. Dont acte.</p> <p>La prescription 6 est levée.</p> <p>La prescription 7 est maintenue dans l'attente de l'envoi du compte rendu de la prochaine réunion du CVS.</p>
<p>Prise en charge particulière au sein de l'EHPAD : UVP ou CANTOU, UPG</p>							
<p>2.1 Combien de lits sont autorisés et combien de lits sont occupés au 1er janvier 2023 ?</p>	<p>Oui</p>	<p>Le nombre de lits autorisés pour l'EHPAD est de 80 lits dont 14 à l'UVP. Au premier janvier 2023, les 80 lits dont les 14 d'UVP sont occupés.</p>					
<p>2.2 Disposez-vous d'une équipe dédiée de jour et de nuit à l'UVP ? Joindre justificatif + Indiquez la qualification des membres de l'équipe dédiée</p>	<p>Oui</p>	<p>Le personnel est dédié de jour à l'UVP. La nuit, il n'y a pas de personnel dédié. Elle est composée d'une équipe de 6.23 ETP agents (3.23 ASD/ASG et 3 faisant-fonctions d'aides-soignants).</p> <p>Les 3 ASD ont une formation ASG.</p> <p>En semaine, il y a 2 personnes le matin (1 AS et 1 FFAS) et 2 le soir (1 AS et 1 FFAS). En week-end, sont présents : un soignant le matin, un le soir et un en horaire coupé.</p>					