

RAPPORT de CONTROLE le 17/02/2024

EHPAD CHÂTEAU DE LA SERRA à VILLETTE D'ANTHON_ 38

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD DE VILLETTE D'ANTHON

Nombre de places : 78 places dont 66 places HP et 4 places en HT et 8 AJ

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 : - 1 ETP agent administratif - 1 ETP ouvrier restauration - 1 ETP IDE - 3 ETP ASD - 0,3 ETP diététicien - 3 ETP ASH, "faisant fonction ASD". L'établissement précise que ces postes sont pourvus par des CDD.	Ecart 1 : En ayant recours à des ASH pour remplacer des postes d'ASD l'établissement empêche la structuration d'un accompagnement sécurisé des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Prescription 1 : Remplacer les postes vacants d'ASD par des professionnels qualifiés ou, à défaut, accompagner les "faisant fonction" d'ASD vers une formation qualifiante afin de répondre à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.		En 2025 3 ASH ont déposé un dossier de VAE et un ASH a déposé un dossier de prise en charge financière pour rentrer en école AS en septembre 2025. L'établissement incite à une montée en compétences des équipes. Nous avons monté un dossier de prise en charge et demandé des CNR à ce sujet. Des multiples annonces sont en cours pour recruter des as diplômés: FHF, , France Travail.	L'établissement accompagne ses agents dans des parcours de VAE et de qualification. À ce jour, un dossier de demande de financement par pour une entrée en école d'aide-soignant, daté du 22/04/2025, est en attente. Par ailleurs, l'établissement indique que trois ASH ont déposé un dossier de VAE. Ces démarches contribuent à la montée en compétences des équipes et témoignent de l'engagement de la direction en ce sens. La prescription 1 est donc 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	L'arrêté du CNG du 10 juin 2024 nomme le directeur directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) stagiaire en qualité de directeur d'établissement de l'EHPAD de Villette d'Anthon (Isère).					
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 directeur fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Il exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du CSP.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	OUI	L'établissement a remis sa procédure d'astreinte administrative datée de septembre 2024. A sa consultation, il est observé que l'astreinte est répartie entre le directeur, l'adjointe des cadres et la cadre supérieure de santé. La procédure est claire. Le planning des astreintes du deuxième semestre 2023 et du premier de 2024 est remis et confirme cette organisation.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	Les comptes rendus de CODIR des 03/10/2024, 07/11/2024 et du 16/12/2024 ont été transmis. À leur lecture, il est constaté que le CODIR réunit le directeur, le MEDEC et la cadre supérieure de santé. L'établissement se prive ainsi de la présence de l'adjointe des cadres et de l'animatrice notamment, ce qui pourrait favoriser une plus grande transversalité et renforcer les échanges de proximité. Toutefois, les comptes rendus témoignent du pilotage stratégique et de la gestion de proximité de l'EHPAD.	Remarque 1 : En limitant la participation au CODIR au directeur, MEDEC et cadre supérieur de santé, l'établissement se prive de la présence des autres professionnels clés de l'établissement, ce qui est préjudiciable à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la circulation en transversalité de l'information entre les cadres.	Recommandation 1 : Elargir la participation au CODIR à d'autres professionnels clés (adjointe au cadre, animatrice, ...) afin de construire et mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement et assurer en transversalité la gestion au quotidien et la continuité de l'organisation de l'établissement.		La remarque est pertinente et légitime et je vous en remercie. Nous allons élargir le codir à l'animation et au personnel administratif à partir de ce mois ci	Dont acte. La recommandation 1 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2013-2018; il n'est plus d'actualité depuis au moins 7 ans. Aucun élément de mise en conformité n'a été remis.	Ecart 2 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Transmettre tout élément (par exemple : rétroplanning, CR des groupes de travail, comité de pilotage, etc.) permettant d'attester de la mise en conformité du projet d'établissement de l'établissement avec l'article L311-8 du CASF.	devis programme formation methodologique au projet d'établissement	Un devis a été établis avec un organisme extérieur pour former les équipes à réfléchir sur la construction d'un nouveau projet d'établissement. Nous sommes en attente de la prise en charge financière par . Les groupes de travail vont se formaliser en fin d'année. Actuellement nous travaillons sur l'évaluation interne et la qualité en vue de la certification 2ème semestre 2026.	L'établissement souhaite être accompagné par un organisme extérieur pour l'élaboration du projet d'établissement (PE), en atteste le devis transmis. L'établissement est en attente de la prise en charge financière de cet accompagnement. Le PE devrait se finaliser l'année prochaine (2026) selon la déclaration. La prescription 2 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 EMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant.	OUI	L'établissement ne dispose pas de projet d'établissement valide. Néanmoins, l'établissement a transmis plusieurs documents attestant de la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance avec notamment un document intitulé <i>"bienveillance et maltraitance en établissement : comprendre et agir"</i> . Il convient d'intégrer ces éléments dans le futur projet d'établissement dans un chapitre dédié à la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement afin que cette politique soit visible par l'ensemble des parties prenantes.	Ecart 3 : En l'absence de projet d'établissement valide, la politique de prévention de la maltraitance n'est pas définie, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 3 : Intégrer la politique de lutte contre la maltraitance dans le nouveau projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF.		Ce volet sera traité lors de la rédaction du futur projet d'établissement certaines axes sont présentes au CPOM validé en 2024 et en vigueur cela sera notre base de travail	Ces éléments seront traités lors de la rédaction du PE. La prescription 3 est maintenue. Dans l'attente de l'élaboration du PE et de l'intégration de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le document.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement est daté de 2020. Il n'est plus d'actualité. Sa date de consultation par le CVS n'est pas inscrite, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa consultation par l'instance. De plus, le règlement ne présente pas les <i>"modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues"</i> .	Ecart 4 : Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé conformément à l'article R311-33 du CASF. Ecart 5 : En l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS, le document n'est pas conforme à l'article R. 311-33 du CASF. Ecart 6 : En l'absence de précision concernant les <i>"modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues"</i> dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF. Prescription 5 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 6 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les <i>"modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues"</i> , conformément à l'article R311-35 du CASF.	le règlement de fonctionnement	Le contrat de séjour, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement sont en phase de finalisation. Ils vont être présentés aux instances en juin 2025 pour l'hepad et pour l'accueil de jour. Ci-joint le règlement de fonctionnement version 2025	Le règlement de fonctionnement a été révisé en juin 2025. De plus, il est repéré que les <i>"modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues"</i> ont été intégrées. Les prescriptions 4 et 5 sont levées. Par ailleurs, il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement à présenter ce règlement de fonctionnement actualisé aux instances en juin 2025. La prescription 6 est levée.
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	OUI	La décision du 12 mai 2014 recrute en qualité de cadre supérieur de santé par voie de mutation à l'EHPAD Château de Serra.					
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	est titulaire du diplôme de cadre de santé, obtenu en 2005. Ce qui atteste de sa 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	Le contrat de travail à durée indéterminée du MEDEC est transmis. Celle-ci est recrutée pour un temps de travail de 17h30 par semaine, soit 0,5 ETP à compter du 1er mai 2014. Le planning du MEDEC est transmis et confirme ce temps de travail. Le MEDEC est présent deux jours par semaine, le lundi et le jeudi.					
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	L'attestation de réussite du médecin pour sa capacité de médecine en gériatologie datée de 2007 est transmise. Ce qui atteste de sa qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	L'établissement déclare que depuis la prise de poste du directeur en septembre 2024, la commission de coordination gériatrique (CCG) a été <i>"remise à l'ordre du jour"</i> . À ce titre, le compte rendu de la réunion du 5 décembre 2024 a été transmis, attestant de la participation de nombreux professionnels soignants. L'ordre du jour de cette réunion est en adéquation avec les objectifs de la CCG.					
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	Les RAMA 2022 et 2023 sont remis. À la lecture des documents, il est observé que les données relatives aux modalités de la prise en charge des soins des résidents sont indiquées pour l'année concernée. Il est cependant observé que les documents ne sont pas signés par le directeur et le MEDEC.	Ecart 7 : En l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et le directeur d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 7 : Faire signer à l'avenir le RAMA par le MEDEC et le directeur d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.		Les documents vont être signés comme demandé	L'établissement s'engage à signer les RAMA par le directeur et le MEDEC. La prescription 7 est levée.

1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a transmis deux fiches de signalement d'IRA (infections respiratoires aigües), datées de 2024. Ainsi l'établissement atteste de sa pratique de signalement aux autorités de contrôle.					
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'évènement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a remis le tableau répertoriant les EI survenus en 2024. Ce tableau comporte une description des EI, leurs conséquences ainsi que les actions correctives mises en place. Cela justifie de l'existence d'un dispositif de gestion globale des EI.					
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement a remis la décision instituant le CVS suite aux élections du 21 novembre 2024. Elle précise les représentants élus des résidents, des familles et des professionnels, ainsi que le représentant désigné de l'organisme gestionnaire. La composition de l'instance est conforme.					
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	Le règlement intérieur du CVS est remis. Il s'agit d'un "document de travail" en attendant sa validation par le CVS et le conseil d'administration en janvier 2025. À sa consultation, 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 09/02/2023, 15/06/2023, 09/10/2023, 06/02/2024, 22/04/2024 et du 21/11/2024 ont été remis. Le CVS se tient bien au moins trois fois par an. Les comptes rendus témoignent que les sujets abordés sont variés et les échanges sont riches. Par ailleurs, il est observé que ces comptes rendus ne sont pas systématiquement signés par le seul président du CVS (exemple : CR du 22/04/2024 n'est pas signé et le CR du 21/11/2024 est signé par l'ensemble des représentants ainsi que par le directeur).	Ecart 8 : En ne faisant pas signer le compte rendu du CVS par le seul président du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 8 : Faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		A partir du prochain CVS seule la signature du président apparaîtra sur les CR ainsi que celle du Directeur en qualité de secrétaire de séance	L'établissement déclare que les comptes rendus de CVS seront signés par le président du CVS mais également par le directeur. Or, il est rappelé que seul le président du CVS doit signer les comptes rendus de CVS. La prescription 8 est maintenue.
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. Si accueil de jour : 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 50% en 2023 et 65% en 2024 pour ses places d'hébergement temporaire (4 places). La file active des bénéficiaires de l'accueil de jour indique 41 personnes accueillies sur la période 2023 et premier semestre 2024 pour ses 8 places d'accueil de jour, ce qui est satisfaisant.					
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	Le projet de service de l'accueil de jour est daté de 2015. Le document n'a donc pas été actualisé depuis au moins 5 ans. Toutefois, le document est bien renseigné et complet. Par ailleurs, l'établissement déclare ne pas disposer de projet spécifique à l'hébergement temporaire car "il n'y a pas de véritable projet spécifique". Or, l'hébergement temporaire est une modalité d'accueil distincte, avec ses propres spécificités, qu'il convient d'intégrer dans le projet d'établissement. L'établissement ajoute que cet "onglet pourra être ajouté au nouveau projet d'établissement". Il est rappelé que la réglementation impose l'existence d'un projet spécifique à l'hébergement temporaire, le prochain projet d'établissement devra donc intégrer une section dédiée à cette offre d'accueil.	Ecart 9 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 9 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le prochain projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		Le projet de service pour l'hébergement temporaire sera annexé au futur projet d'établissement	La prescription 9 est maintenue, dans l'attente de l'élaboration du projet d'établissement incluant le projet de service 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'hébergement temporaire ne dispose pas d'une équipe dédiée à cette offre d'accueil. Concernant l'accueil de jour, deux ASD sont présentes et un coordinateur à 0,2 ETP. Ce dernier participe à la coordination avec les professionnels du réseau et à l'accompagnement les bénéficiaires dans le parcours de soin qui est proposé, comme indiqué sur sa fiche de poste.					