

RAPPORT de CONTROLE le 01/07/2025

EHPAD St Joseph à VERAISON

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : Maison St Joseph de Vernaison

Nombre de places : 84 lits HP

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyses	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommendations envisagées	Numéro du 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 remis est nominatif et il est daté du 14/11/24. La MEDEC et le cadre de santé sont clairement identifiés.					
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	La direction déclare 3 ETP d'ASD vacants au 11/12/24. Il est précisé que ces postes sont actuellement assurés par des CDD. Concernant le poste de cadre de santé, celui-ci a quitté la structure au 13/12/24. Par ailleurs, la direction informe qu'une "promesse d'embauche a été envoyée à la future IDEC le 11/12/24". Par ailleurs, à la lecture des différents documents il apparaît que l'établissement rencontre des difficultés en matière de pilotage et de management. En effet, un courrier anonyme a été adressé au directeur et au président de la part des salariés faisant part "d'un mal-être" dans l'établissement. De plus, l'établissement déclare sur les périodes d'octobre à décembre 2024 avoir eu plusieurs arrêts de travail de professionnels. Il a été décidé l'intervention d'un cabinet extérieur, en revanche son périmètre d'intervention n'est pas précisé et sont annoncées des propositions correctives pour la fin d'année. Ces événements ont un impact sur l'organisation des soins, c'est pourquoi il est rappelé à la direction de l'EHPAD, l'obligation au regard de l'article L331-8-1 CASF de signaler, sans délai, tout dysfonctionnement grave dans son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents.	Ecart 1 : En l'absence de signalement du directeur concernant le climat de mal-être des professionnels (courrier anonyme des salariés de l'EHPAD), l'EHPAD contrevert à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 1 : Assurer les signalements nécessaires conformément à l'article L331-8-1 du CASF et s'assurer de la mise en œuvre d'un plan d'action à la suite de la transmission du courrier anonyme des salariés et le transmettre.	1.2_PLAN_D'ACTION_N_SUITE_ENQUETE	Le 14 novembre 2024, notre président M. [REDACTED], a signalé auprès des autorités de tarification (M. [REDACTED] ARS, Mme [REDACTED] Métropole) la réception d'un courrier anonyme ainsi que les actions mises en place. Cet entretien a eu lieu à la Maison Saint-Joseph de Vernaison, en présence de Mme [REDACTED], responsable du service Pôle Autonomie, Personnes Âgées.	Il a été remis un document intitulé "plan d'action suite diagnostic décli' management" daté du 18/12/24 où il est inscrit la liste des actions à mettre en œuvre à la suite de la réception du courrier anonyme. Toutefois, cette liste d'actions est incomplète. Afin de se doter d'un véritable plan d'action, il convient d'y ajouter les modalités et les moyens de mise en œuvre des actions, leurs délais d'exécution, et le référent responsable de sa mise en œuvre. Par ailleurs, l'établissement ne transmet pas d'éléments sur le suivi de ce plan d'action permettant d'identifier les améliorations qui ont déjà été apportées et en particulier concernant le climat social. La prescription 1 est maintenue.
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	M. [REDACTED], directeur de l'EHPAD St Joseph est titulaire d'un diplôme de responsable d'entreprise d'économie sociale et solidaire obtenue en 2008. Il s'agit d'un diplôme de niveau 6, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article D312-176-6 du CASF.	Ecart 2 : Le directeur de l'EHPAD n'est pas titulaire d'une certification de niveau 7 (BAC +5), contrairement aux dispositions de l'article D312-176-6 du CASF.	Prescription 2 : S'assurer par l'organisme gestionnaire que le directeur obtienne un diplôme de niveau 7, conformément à l'article D312-176-6 du CASF.		Ce sujet sera porté à l'ordre du jour de la réunion de bureau du 24 septembre 2025 ainsi qu'au Conseil d'Administration du 8 octobre 2025. La solution proposée sera l'obtention du niveau 7 par la VAE.	Dans l'attente de l'obtention d'un diplôme de niveau 7 du directeur d'établissement, la prescription 2 est maintenue .
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 de l'EHPAD, M. [REDACTED], a reçu délégation de pouvoir du président de l'association "maison St Joseph", en date du 21 juin 2023. Le contenu de la délégation est conforme à l'article D312-176-5 du CASF.					
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	La procédure d'astreinte remise définit les modalités de recours à l'astreinte, les professionnels assurant l'astreinte, le numéro unique d'astreinte et l'amplitude horaire. A la lecture du planning d'astreinte pour l'année 2024, il est relevé que 4 professionnels participent à l'astreinte : le directeur, le cadre de santé, la responsable hotelière et la responsable ressources humaines. L'astreinte administrative de direction est organisée et formalisée. Par ailleurs, il a été mis en place une astreinte dite de "personnel ressource" au sein de la filière soignante.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	Il a été remis les 4 derniers CR de CODIR (25/10, 08/11, 15/11 et 6/12/24). Toutefois, le directeur n'a été présent qu'une seule fois parmi les 4 réunions de CODIR, ce qui interroge fortement les modalités de pilotage et de management de cet EHPAD. En l'absence du directeur au CODIR les sujets concernant les problématiques de mal-être et de management ainsi que de "lignes directrices" sont évoquées. Or, aucun membre du CODIR n'est identifié comme assurant les fonctions du directeur en son absence.	Remarque 1 : L'absence fréquente du directeur de l'EHPAD au CODIR ne permet pas d'assurer un pilotage efficient de la structure.	Recommendation 1 : S'assurer de la mise en place d'un pilotage efficient de la part du directeur par l'organisme gestionnaire ainsi que la continuité de la direction en l'absence de directeur.		Les CODIR ont lieu tous les vendredis matin sur la Maison St Joseph. Le directeur a posé 1 RTT le 8 novembre 2024 et le 15 novembre 2024. Le directeur était présent tous les autres jours de la semaine. Le 6 décembre 2024, le directeur M. [REDACTED] et la Cadre RH Mme [REDACTED] étaient en recrutement (Job Dating) sur Oullins, organisé par [REDACTED]. En l'absence du directeur pour congés ou RTT, le relais de direction est repris en systématique par la Cadre RH. La présidente du Conseil d'Administration est informée en systématique des jours d'absences du directeur et est disponible en cas de besoin.	La direction déclare être présente lors de chaque réunion de CODIR et qu'en son absence, la cadre RH prend le relais de direction. Toutefois, il n'a pas été transmis de document instaurant les modalités de continuité de direction en l'absence du directeur. De plus, il n'a pas été transmis d'autres CR de CODIR permettant de s'assurer du pilotage des réunions de CODIR par le directeur d'établissement. La recommandation 1 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement remis couvre la période 2021-2025. A sa lecture, il n'est pas fait référence à la date de consultation du CVS comme le prévoit l'article L311-8 CASF. Concernant le projet de soins, celui-ci est défini et il est renseigné qu'une convention a été établi avec l'hôpital de Givors pour l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs.	Ecart 3 : En l'absence de date de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevert à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 3 : Consulter le CVS sur le projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF.	1.7_CVS_24_06_25.doc	Le projet d'établissement s'achève fin 2025 (période couverte 2021-2025). Les prochaines élections du CVS de la Maison St Joseph auront lieu fin 2025. Ces deux informations sont mentionnées dans le compte rendu du CVS du 24 juin 2025. Est-il envisageable de procéder à la consultation du CVS sur le prochain projet d'établissement : 2026-2030 ?	La direction déclare que la validité du projet d'établissement prend fin en 2025 et qu'une élection des nouveaux membres du CVS est prévue en fin d'année 2025. Au regard de ces éléments, il convient de veiller à ce que le projet d'établissement 2026-2030 fasse l'objet d'une consultation des membres du CVS. A ce titre, la prescription 3 est maintenue.
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.	OUI	L'EHPAD dispose d'une procédure de signalement des actes de maltraitance, il est précisé qu'elle est en lien avec la procédure de signalement des EI/EIG. A sa lecture, la notion de maltraitance est définie ainsi que les critères de déclenchement d'une enquête interne et les modalités de traitement des actes de maltraitance. Par ailleurs, le questionnaire d'auto-évaluation des pratiques professionnelles de la HAS a été utilisé, l'EHPAD comptabilise 34 réponses. Toutefois, l'établissement n'a pas élaboré de plan d'action suite à cet autodiagnostic et par conséquent, ce document ne peut constituer un moyen de repérage des risques de maltraitements. Ainsi, la définition de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance est partielle, ce qui contrevert à l'article D311-38-3 du CASF.	Ecart 4 : L'insuffisance dans le développement de la politique de lutte contre la maltraitance au sein du projet d'établissement de l'EHPAD intégrant, notamment, les moyens de repérage des risques de maltraitance, les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 4 : Développer une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance au sein du projet d'établissement de l'EHPAD intégrant, notamment, les moyens de repérage des risques de maltraitance, les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	1.8_Plan_de_prevention_maltraitance_.doc /1.8_Plan_Prevention_Risques_maltraitance.doc	Le projet d'établissement s'achève fin 2025 (période couverte : 2021-2025). Est-il envisageable de procéder à la rédaction de la prescription 4, question 1.8, dans le cadre du prochain projet d'établissement (2026-2030) ? Cependant : Concernant le point 1.8 / écart 4 et prescription 4, nous avons depuis formalisé un plan de prévention de la maltraitance avec notre CDS et notre médecin coordonnateur le 15/04/25 (version V2_042025), que j'ai d'ailleurs validé le 16/04/24, à la suite des résultats de l'enquête (anonyme) menée auprès des salariés sur les situations à risque de maltraitance (cf. questionnaire d'autoévaluation des pratiques professionnelles mentionné par l'ARS dans son tableau). Vous trouverez en pièce jointe la version V3_072025 (Excel), actualisée le 08/07. Nous l'avons également intégré dans notre P.A.Q. depuis le 08/07. C'est pourquoi je vous joins également, en pièce jointe, un export simplifié (au format PDF) de ce plan de prévention de la maltraitance, extrait depuis [REDACTED].	Il a été transmis le plan d'actions relatif à la prévention des risques de maltraitance élaboré par l'établissement, accompagné de son diagnostic. A leur lecture, le repérage des situations à risque de maltraitance au sein de la structure a été réalisé, ainsi que l'identification des actions permettant d'éviter leurs survenues. Toutefois, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance définie par l'établissement conformément à l'article D311-38-3 du CASF, reste incomplète. En effet, l'établissement n'apporte pas de réponse concernant les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance ainsi que du plan de formation des professionnels. La prescription 4 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement remis est daté de décembre 2022. Il a été adopté par le CA lors de la séance du 14/12/22, après avis du CVS le 13/12/22, conformément à l'article L311-7 du CASF. S'agissant du contenu du règlement de fonctionnement, il est conforme à l'article R311-35 du CASF.					
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	Il a été remis le contrat de travail de l'ancien cadre de santé, M. [REDACTED], ou ce dernier a quitté ses fonctions le 13/12/24. La direction déclare avoir envoyé la promesse d'embauche à la nouvelle IDEC le 11/12/24. Il est attendu la transmission de son contrat de travail ainsi que sa fiche de poste.	Remarque 2 : En l'absence de transmission du contrat de travail de la nouvelle IDEC, l'EHPAD ne peut attester de la présence effective de l'IDEC.	Recommendation 2 : S'assurer que l'EHPAD dispose dans ses effectifs d'une IDEC et transmettre son contrat de travail et sa fiche de poste.	1.10_cdi_fiche_de_poste.doc	L'EHPAD dispose d'une Cadre de Santé embauchée le 28 février 2025, Mme [REDACTED]. Transmission du contrat de travail et de sa fiche de poste.	Mme [REDACTED] a été recrutée en qualité d'IDEC, à compter du 28 février 2025, en CDI et à temps plein. La recommandation 2 est levée.
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	Le diplôme de l'ancien cadre de santé a été transmis. Or, il est attendu la transmission du diplôme de la nouvelle IDEC, permettant de s'assurer que celle-ci dispose d'une formation spécifique à la coordination des soins en EHPAD.	Remarque 3 : Aucun justificatif de formation n'a été transmis permettant d'attester de la réalisation de la formation de l'IDEC.	Recommendation 3 : Transmettre l'attestation de formation de l'IDEC.	1.11_diplome.doc	Transmission du diplôme N° 037 6122 attestant la formation de Mme [REDACTED], Cadre de Santé.	Mme [REDACTED] est titulaire du diplôme de cadre de santé obtenu en 2020. La recommandation 3 est levée.

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	Dr a été recrutée en qualité de médecin coordonnateur, en CDI, à temps partiel soit 0,4ETP, à compter du 6 octobre 2014. Son planning remis atteste de sa présence les mardis et vendredis. Or, conformément à l'article D312-156 du CASF et au regard de la capacité de l'établissement (84 lits), il est attendu un temps d'intervention de MEDEC à hauteur de 0,6ETP.	Ecart 5 : En l'absence d'un temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, l'EHPAD contrevent à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.		A date d'embauche du Docteur et du contrôle sur pièces, le docteur possède également son propre cabinet, un 0,6 ETP sur la Maison St Joseph n'est pas compatible avec son activité.	Dans l'attente de l'augmentation du temps de travail du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 5 est maintenue.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Dr est titulaire d'un DU en coordination médicale d'EHPAD obtenu en 2007.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	Il a été remis les CR de la commission de coordination gériatrique de 2022, 2023 et 2024 ce qui est conforme à l'article D312-158 CASF alinéa 3 du CASF. Il est relevé que de nombreux professionnels médicaux sont présents aux réunions.					
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	Il a été remis le RAMA 2023. Son contenu est complet, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. De plus, la direction a remis des bilans annuels concernant les activités réalisées au sein de l'EHPAD (animation, psychomotricité, intervention de clown, activités PASA).					
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	Il a été transmis une fiche de signalement d'un EIG réalisé auprès des autorités de tutelle : il est daté 3/09/23 et concerne la diffusion sur les réseaux sociaux de vidéos des résidents de l'EHPAD. Des sanctions ont été prises envers le professionnel et un plan d'action de prévention à destination des autres professionnels a été programmé. Par ailleurs, il est relevé l'absence de transmission de la fiche de signalement de l'EIG n°51 du 27/05/23 relatif au décès d'un résident suite à une fausse route. Par conséquent, l'EHPAD ne signale pas tout dysfonctionnement grave dans leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, l'EHPAD contrevent à l'article L331-8-1 CASF.	Rappel écart 1 Ecart 6 : L'absence très régulière de signalement par le directeur, de tout dysfonctionnement dans l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, contrevent à l'article L331-8-1 CASF favorisant la mise en œuvre d'une démarche globale d'amélioration de la qualité.	Rappel prescription 1 Prescription 6 : Veiller à signaler tout dysfonctionnement grave dans l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents conformément à l'article L331-8-1 CASF favorisant la mise en œuvre de la démarche globale d'amélioration de la qualité.	1.16_Fausse_route_resident.doc	M. S est directeur de la maison Saint-Joseph depuis le 19 septembre 2023. Les faits sont antérieurs à son arrivée. En l'espace de 2 ans, M. a effectué plusieurs signalements auprès de l'ARS et la Métropole. Le CDS a fourni des explications à posteriori (le 20/02/2024), ainsi que le traitement réalisé. Il a été conclu que la responsabilité de l'établissement n'était pas engagée dans les causes de la survenue de cette fausse route, la famille de la résidente ayant souhaité, initialement, qu'elle conserve une alimentation normale malgré le risque de fausse route identifié. Dans les actions réalisées, il est écrit par le CDS qu'un arbre des causes a été réalisé. Ce fichier n'a pas été retrouvé.	Il a été transmis la fiche de déclaration en interne de l'EIG relatif à un cas de fausse route entraînant le décès du résident. Il est pris note des explications fournies à posteriori par le cadre de santé. La prescription 6 est levée.
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.	OUI	Il a été remis les tableaux de bord des EI/EIG pour 2023 et le 1er semestre 2024. A leur lecture, il est relaté la description des faits, les conséquences, les mesures immédiates, les actions correctives, l'analyse des causes, l'évaluation de la gravité, criticité et la fréquence, enfin la date de clôture avec le nom du responsable ayant clôturé l'EI/EIG. Pour 2024, il est souligné une multitude d'EI relatifs à la partie restauration dû notamment à des manquements graves d'hygiène (tenue et vaisselle sales, aliments périmés, manque de nourriture). Il est noté l'action mise en place qui est la dénonciation du contrat avec Restalliance à compter du 30/09/24. Par ailleurs, il a été transmis la procédure de gestion des EI/EIG, des données statistiques relatives au nombre de déclaration et au délai de traitement des EI/EIG (138 jours) et le bilan des EI et réclamations pour l'année 2023.					
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	Il a été transmis le résultat des élections du CVS en date du 5/12/22, or il était attendu la transmission de la décision instituant les membres du CVS, conformément à l'article D311-4 du CASF.	Ecart 7 : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement contrevent à l'article D311-4 du CASF.	Prescription 7 : Elaborer la décision instituant les membres du CVS, conformément à l'article D311-4 du CASF et la transmettre.	1.18_Reglement_interieur.doc	Antérieurement à la prise de poste de M. en tant que directeur, nous ne trouvons pas trace de la décision instituant les membres du CVS. Nous mettons à votre disposition les éléments actuellement en notre possession et, avec votre accord, nous répondrons à cette obligation lors des prochaines élections du CVS, prévues pour la fin de l'année 2025 (cf. compte rendu du CVS en date du 24 juin 2025, fichier 1.7). Lors de la signature du règlement intérieur du CVS (13 décembre 2022) il a été annoncé la composition du CVS.	La direction déclare ne pas retrouver la décision instituant les membres du CVS. Dans l'attente de son élaboration dans le cadre de la prochaine élection prévue en fin d'année 2025, la prescription 7 est maintenue .
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	Il a été remis le règlement intérieur du CVS approuvé par les membres du CVS le 13/12/22, conformément à l'article D311-19 du CASF.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	Il a été remis 3 CR de CVS pour 2023 et 3 CR de CVS pour 2024. Les sujets évoqués sont divers et un temps d'échange est laissé aux familles et résidents. Toutefois, il est constaté que les CR de CVS de 2024 ne sont pas signés par la présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	Ecart 8 : En l'absence de signature des CR du CVS par sa Présidente, l'établissement contrevent à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 8 : Faire signer les comptes rendus par la Présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.20_CVS_08_10_24.doc / 1.20_CVS_16_01_25.doc / 1.20_CVS_21_05_25.doc	Les derniers comptes rendus ont été signés par la présidente du CVS.	Dont acte, les CR de CVS sont signés par la Présidente. La prescription 8 est levée.