

RAPPORT de CONTROLE le 22/11/2023

EHPAD FRANCOIS GREZE - LAPALISSE à LAPALISSE\_03

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

Thématique: CSP 4 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD DE LAPALISSE

Nombre de places : 238 places dont : 224 places HP dont 24 en UVP, 4 places en HT dont 2 en UVP, 6 places en AJ en UVP + 14 places en PASA.

| Questions  | Fichiers déposés OUI / | 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 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 et non daté. Il présente les différents services et responsables auxquels sont rattachés les personnels.<br>L'organigramme n'est pas à jour concernant le personnel d'encadrement des soins : il positionne trois cadres, alors que l'établissement déclare par ailleurs qu'il dispose seulement d'une cadre de santé et d'une faisant fonction de cadre de santé.<br><br>Enfin, la mission relève que l'utilisation de trombinoscope pour désigner les responsables (en plus de leur nom) dans l'organigramme est une initiative intéressante permettant d'identifier le personnel plus facilement.   | Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme ne permet pas de savoir s'il est à jour et donc s'il donne une vision fidèle de la réalité des personnels de l'établissement.  | Recommandation 1 : dater et actualiser régulièrement l'organigramme.  | Organigramme 2023 du 6nov2023                           | L'organigramme a été actualisé avec la date d'actualisation. C'est ce document qui a été diffusé aux familles, aux personnels, aux élus de l'établissement et sur le site internet (page gouvernance).  | L'organigramme est daté du 6 novembre 2023.<br><br>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 déclare au 29/06/2023 un seul poste vacant, celui du MEDEC.   |  |   |   |   |  |
| 1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH). | Oui                    | L'établissement a transmis l'arrêté d'affectation du 27/03/2018 du Directeur (D3S) adjoint du CH à Saint-Calais et de l'EHPAD à Besse-Sur-Braye, à l'EHPAD de Lapalisse (EHPAD François Grèze Lapalisse).   |  |   |   |   |  |
| 1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé? Joindre le document.                 | Oui                    | Le Directeur fait partie du corps des directeurs D3S 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.<br>L'établissement a également transmis la décision portant délégation du Directeur aux cadres de direction de l'EHPAD.   |  |   |   |   |  |
| 1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.                                 | Oui                    | La procédure d'astreinte et le calendrier d'astreinte remis attestent de la mise en place effective d'une astreinte administrative. Elle repose sur le Directeur, la cadre de santé, une des deux faisant fonction de cadre de santé et plusieurs responsables (soins infirmiers, qualité/cuisine commune, RH). La procédure retrace de manière complète les cas pour lesquels le personnel doit avoir recours à la personne d'astreinte.   |  |   |   |   |  |
| 1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV  | Oui                    | 3 comptes rendus (CR) de CODIR ont été remis : 23/03/2023, 25/04/2023 et 15/05/2023.<br><br>Les comptes rendus du CODIR sont formalisés avec la même trame : un tableau avec trois colonnes, "quoi" (ordre du jour), "qui" (personne responsable) et "quand" (délai de mise en place de la décision). Les sujets abordés relèvent de la gestion et de l'organisation courantes de l'EHPAD.  |  |   |   |   |  |
| 1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.  | Oui                    | Le projet d'établissement remis couvre la période 2019-2024. Il présente plusieurs éléments d'actualisation suite à la mise à jour du 31/12/2022 (données actualisées, état d'avancement des objectifs fixés, fin du contrat du MEDEC). A sa lecture, la mission relève que les parties relatives à l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et l'unité Alzheimer ne définissent pas les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces services, ce qui peut être préjudiciable à la réponse apportée aux besoins des résidents accompagnés.<br><br>Enfin, la mission note que la partie abordant le CVS dans le projet d'établissement est erronée sur plusieurs points :<br>- le nombre de représentants des personnes accompagnées et des représentants mentionnés aux 1° à 4° Il de l'article D. 311-5 n'est pas supérieur à la moitié des membres du CVS,<br>- un membre du Conseil Municipal ne peut siéger au CVS avec une voix délibérative,<br>- le CVS doit se réunir au minimum 3 fois par an et non 2 comme présentés dans le projet d'établissement. | Remarque 2 : le projet d'établissement de l'EHPAD ne comporte pas de projet spécifique à l'unité Alzheimer, ce qui peut être préjudiciable à la réponse apportée aux besoins des résidents accompagnés dans cette unité.<br><br>Ecart 1 : les projets spécifiques à l'accueil de jour et à l'hébergement temporaire présentés dans le projet d'établissement ne définissent pas leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.<br><br>Remarque 3 : les éléments relatifs aux CVS dans le projet d'établissement ne sont pas actualisés, ce qui donne une information erronée de l'organisation et du fonctionnement de cette instance représentative des usagers. | Recommandation 2 : intégrer dans le prochain projet d'établissement le projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer.<br><br>Prescription 1 : compléter les projets de service de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, en définissant leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, conformément à l'article L311-8 du CASF.<br><br>Recommandation 3 : mettre à jour le règlement de fonctionnement projet d'établissement en intégrant une présentation complète de l'organisation et du fonctionnement du CVS. | CR CVS 24-10-2023<br><br>Règlement de fonctionnement V3 | R2 : dont acte. Le projet de service actualisé sera intégré au prochain projet d'établissement.<br><br>P1 : dont acte.<br><br>R3 : Le règlement a été actualisé et a été adopté lors de la séance du CVS du 24/10/2023  | Il est pris bonne note que le projet d'établissement sera modifié lors de sa prochaine actualisation.<br><br>Les recommandations 2 et 3 et la prescription 1 sont maintenues dans l'attente de l'actualisation effective du projet d'établissement qui intégrera le projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer, les projets de service de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire ainsi que la présentation complète de l'organisation et du fonctionnement du CVS. |
| 1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.   | Oui                    | Le règlement de fonctionnement mis à jour le 25/05/2022 a été présenté au CVS et au Conseil d'Administration de l'EHPAD. Pourtant, il ne présente pas les nouvelles missions du CVS liées au décret du 25/04/2022.<br>Par ailleurs, il ne fait pas état de plusieurs éléments réglementaires :<br>- il n'indique pas 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.<br>- il ne précise pas les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens.<br>- il ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.<br>- il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.   | Remarque 4 : en' intégrant pas la nouvelle réglementation du CVS (organisation et fonctionnement), le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.<br><br>Ecart 2 : le règlement de fonctionnement ne correspond pas aux attendus posés par l'article R311-35 du CASF.  | Recommandation 4 : actualiser le règlement de fonctionnement sur le point relatif au CVS en prenant en compte la nouvelle réglementation.<br><br>Prescription 2 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF.  | Règlement de fonctionnement V3<br><br>CR CVS 24-10-2023 | Le règlement de fonctionnement a été actualisé en tenant compte des prescriptions de la présente mission. Il a fait l'objet d'un avis par le Conseil de la Vie Sociale le 24 octobre 2023   | Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD actualisé n'a pas été produit en réponse. Il est bien pris note qu'il a été validé par le CVS en octobre dernier.<br><br>La recommandation 4 et la prescription 2 sont maintenues dans l'attente de la transmission effective du règlement de fonctionnement de l'EHPAD.   |
| 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 déclare qu'une cadre de santé (Mme ) et une IDEC (Mme ) faisant fonction de cadre de santé (FFCDS)) encadrent les unités de soins de l'EHPAD. Il a transmis plusieurs documents dont :<br>- La décision de titularisation de Mme du 07/12/2022. Mme est au grade de cadre de santé paramédical filière infirmière titulaire depuis le 24/09/2022 à l'EHPAD François Grèze Lapalisse. La mission relève que la décision est rétroactive.<br>- La décision de recrutement par mutation de l'IDEC. Mme , en qualité d'infirmière en soins généraux et spécialisés à l'EHPAD François Grèze Lapalisse et non sur des fonctions d'encadrement.   | Remarque 5 : en l'absence de document désignant Mme R. sur ses fonctions et missions d'encadrement, l'établissement ne peut attester qu'elle est bien affectée sur des fonctions d'encadrement.  | Recommandation 5 : transmettre à la mission le document/décision plaçant Mme R. sur ses fonctions et missions d'encadrante.   | Décision nomination Mme .                               | Mme est inscrite et en photo sur l'organigramme précédemment transmis et sur le nouveau (actualisé suite à la recommandation n°1). A chaque fois, Mme est positionnée sur des fonctions de ff cadre de santé de proximité.<br><br>Aucune décision n'avait été rédigée. C'est une erreur justement soulevée par la mission. Cette erreur est corrigée par la décision en PJ, établie, nécessairement a posteriori. | La décision portant nomination de Mme comme "faisant fonction de cadre de santé sur le secteur 2 de l'EHPAD", signée du 24 octobre 2023 est remise.<br><br>La recommandation 5 est levée.  |

|   |     |  |   |  |   |  |  |
|---|-----|--|---|--|---|--|--|
| <b>1.10</b> L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif   | Oui | L'établissement a transmis plusieurs attestations de formation :<br>- l'attestation de présence de la CDS à la formation de préparation au concours d'entrée à l'institut de formation de cadre de santé pour une durée de 86h (décembre 2019).<br>- l'attestation de présence de l'IDEC à une journée de formation "être IDEC en EHPAD" (décembre 2020) et l'attestation de présence à la formation "la gestion du temps de travail et des absences" (mai 2021/3h30).<br><br>La mission souligne que la cadre de santé ne présente pas une attestation de réussite au diplôme de CDS et que l'IDEC dispose d'un nombre d'heures de formation à l'encadrement relativement faible, ce qui peut les mettre en difficulté dans leur mission d'encadrement. | <b>Remarque 6</b> : la CDS et l'IDEC en poste ne disposent pas de qualifications spécifiques en matière d'encadrement leur permettant d'assurer leurs missions sans difficulté.   | <b>Recommandation 6</b> : accompagner la CDS dans sa démarche qualifiante et consolider le niveau de qualification à l'encadrement de l'IDEC en poste.   | Attestation de réussite CDS                 | La cadre de santé a réussi sa formation (attestation jointe). Comme convenu, l'IDEC s'est inscrite dans une démarche de préparation du concours de cadre de santé. Le concours aura lieu 1er semestre 2024, pour un départ en formation en septembre. Compte-tenu de la taille de l'établissement et des effectifs, le Directeur n'a pas souhaité les services sans encadrement. L'IDEC actuellement en poste a donc dû "attendre son tour" pour la formation, formation qui est par ailleurs coûteuse et qui fait l'objet d'une demande de financement auprès de l'OPCA. Le nombre de dossier financés est contingenté.<br>A noter : pendant le départ en formation de l'IDEC en 2024, c'est une infirmière référente reconnue pour ses qualités d'encadrement, qui la remplacera. Une formation au management sera suivie par cette personne au premier semestre 2024.       | Le diplôme de cadre de santé de Mme                   a été transmis (daté de 2021).<br><br><b>La recommandation 6 est levée.</b>  |
| <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 son planning mensuel réalisé (le mois précédent).  | Oui | L'établissement déclare ne plus avoir de MEDEC suite à la démission de ce dernier en septembre 2022. En l'absence de MEDEC, la coordination des soins des 238 résidents n'est donc plus assurée depuis 9 mois.   | <b>Ecart 3</b> : en l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.   | <b>Prescription 3</b> : doter l'établissement d'un médecin coordonnateur à hauteur d'1 ETP, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.  | Contrat de travail MedCo                    | Contrat de travail annexé au présent rapport. En effet, depuis la mission, un médecin coordonnateur a été recruté. Toutefois, par manque de temps, il ne peut pas effectuer la quotité de travail prévue par les textes (1ETP). Il travaillera donc à 0,40 ETP sur l'EHPAD.  | Le contrat de travail à durée déterminée du médecin coordonnateur remis atteste de la présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD, depuis le 16 octobre 2023 jusqu'au 29 février 2024 (soit 4,5 mois de présence). Il est toutefois noté que le médecin n'est pas spécialisé en gériatrie et qu'il n'est pas présent à hauteur d'un ETP mais de seulement 0,40 ETP.<br><br><b>La prescription 3 est maintenue dans l'attente de l'augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur présent ou recrutement d'un autre médecin coordonnateur à l'issue de la fin du contrat de travail de docteur                   (sil non renouvellement de son contrat).</b> |
| <b>1.12</b> Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.  | Oui | En l'absence de MEDEC, l'établissement n'est pas concerné par la question 1.12.  |   |  |   |  |  |
| <b>1.13</b> La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.   | Oui | Trois commissions de coordinations gériatriques se sont tenues : le 13/12/2022, le 01/02/2023 et le 29/03/2023. Les documents de présentation des trois commissions ont été remis à la mission. Seul le compte rendu de la commission du 01/02/2023 a été transmis. La mission relève l'effort fourni par l'établissement pour tenir la commission de coordination gériatrique en l'absence de MEDEC et l'encourage dans sa démarche.  |   |  |   |  |  |
| <b>1.14</b> Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).   | Oui | Le RAMA 2022 a été remis. Il est conforme à la réglementation.   |   |  |   |  |  |
| <b>1.15</b> L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EI/EIG des 6 derniers mois.                                   | Oui | L'établissement déclare un seul événement sur la période de juin 2022 à juin 2023 (signalement du 05/06/2022). Au regard du nombre important d'EI/EIG depuis juin 2022, soit 78 EI/EIG qui font état de plusieurs événements non déclarés et concernant des comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou de professionnels, l'établissement n'atteste pas de l'information sans délai aux autorités administratives compétentes, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers.   | <b>Ecart 4</b> : en l'absence de signalement sans délai de tout dysfonctionnement grave dans leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 CASF.  | <b>Prescription 5 &amp; 4</b> : signaler sans délai, aux autorités compétentes, tout dysfonctionnement susceptible d'altérer la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.   |   | Dont acte. Une rencontre avec les services de la DT permettra de se mettre d'accord sur les éléments à signaler. Cette rencontre a déjà été évoquée avec les services de la DT et a reçu un avis favorable. Elle est programmée sur la fin de l'année. L'objectif de cette rencontre est d'analyser le tableau précédemment analysé par la mission et de déterminer les événements indésirables qui doivent faire l'objet d'un signalement et ceux qui ne doivent pas donner lieu à signalement.   | Il est bien acté qu'un rapprochement avec la DT va être établi afin de bien définir ce qui est à signaler ou non aux autorités de contrôle.<br><br><b>La prescription 4 est levée.</b>   |
| <b>1.16</b> L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions pour l'année 2022. | Oui | L'établissement a transmis le "tableau de bord des EI". Il recense tous les EI/EIG depuis 2019. La mission relève que très peu d'actions correctives y sont renseignées, seules des mesures immédiates sont inscrites dans ce tableau. L'absence d'analyse des causes et de mesures correctives ne permet pas à l'établissement d'avoir une réponse adaptée à l'évènement et ne permet pas à l'établissement de diminuer les risques de survenue d'un EI/EIG.  | <b>Remarque 7</b> : les EI ou EIG ne font pas l'objet d'une analyse des causes, ni des mesures correctives, ce qui ne permet pas d'éviter qu'une même situation à risque perdure ou se reproduise.  | <b>Recommandation 7</b> : veiller à réaliser une analyse des causes ainsi que des mesures correctives (et les évaluer), afin d'éviter qu'une situation à risque perdure ou se reproduise.  |   | Dont acte.<br>La démarche qualité, inexistante au début des années 2010, s'est progressivement développée sous l'impulsion de l'attachée d'administration hospitalière. Le déploiement de la démarche et l'architecture ont été concertées en interne. Toutefois, il est exact de constater que l'analyse des EIG doit être améliorée. Cette faiblesse de l'établissement, due à un manque de temps-agent pour assurer un suivi administratif efficace, a été identifiée dans le cadre du CPOM que l'établissement est en train de signer. Une dotation de 1 ETP sur 2024 a été consentie à l'établissement. L'EHPAD souhaiterait que la recommandation n°7 soit complétée par la nécessité de rédiger une fiche de poste du chargé de mission qui sera nommé en 2024 pour parfaire le déploiement de la démarche qualité et l'analyse des causes des événements indésirables. | Au vu des éléments de réponse apportés, la démarche qualité de l'établissement est en plein développement et le recrutement d'un ETP dans le cadre du CPOM concourra à établir un dispositif de gestion globale des EI/EIG (de la déclaration en interne, traitement de l'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes). Il convient effectivement de rédiger une fiche de poste du futur chargé de mission qui sera nommé en 2024 pour parfaire le déploiement de la démarche qualité et l'analyse des causes des événements indésirables.<br><br><b>La recommandation 7 est levée.</b>   |
| <b>1.17</b> Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres.   | Oui | L'établissement a transmis la décision du 27/04/2023 portant nomination des membres du CVS. A sa lecture, la mission relève que la représentante du personnel est "déléguée par le Comité Social et Economique de l'EHPAD", alors que cette dernière doit être élue par l'ensemble des salariés de droit privé ou agents nommés dans des emplois permanents. La mission remarque également que le nombre de représentants des personnes accueillies et des représentants mentionnés aux 1° à 4° Il de l'article D. 311-5 du CASF n'est pas supérieur à la moitié des membres du CVS.   | <b>Ecart 5</b> : le représentant du personnel au CVS n'est pas élu conformément à l'article D311-13 du CASF.<br><br><b>Ecart 6</b> : en absence d'une composition du CVS majoritairement représentée par les personnes accueillies, leur famille ou leurs représentants légaux, l'EHPAD contrevient à l'article D311-5 du CASF. | <b>Prescription 5</b> : procéder à l'élection du représentant du personnel au CVS conformément à l'article D311-13 du CASF.<br><br><b>Prescription 6</b> : se conformer à l'article D311-5 du CASF afin d'avoir une composition majoritairement issue des personnes accueillies, de leur famille ou de leurs représentants légaux. | 003-2023 Décision de composition du CVS - 3 | P5 : Le CVS de l'établissement est composé d'une part, de représentants du personnel élus par leurs pairs dans chaque service de l'établissement (ils sont identifiés comme "représentants de l'équipe médico-soignante") et d'un lien avec le CVS avec un personnel délégué par l'instance. On peut donc considérer ce dernier personnel comme personne qualifiée.<br><br>P6 : La composition actualisée est jointe au présent rapport.   | La décision portant nomination des membres du CV a été remise comme élément probant. Les représentants des résidents et des familles sont majoritaires. Le président (mandataire judiciaire) ainsi que le vice-président (résident) du CVS sont mentionnés.<br><br><b>Les prescriptions 5 et 6 sont levées.</b>  |
| <b>1.18</b> Suite à la nouvelle élection du CVS, avez-vous procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS ? Joindre le PV du CVS se prononçant sur le règlement intérieur.   | Oui | La décision, portant nomination des membres du CVS, datée du 27/04/2023 indique qu'un nouveau CVS est constitué. Or, l'établissement a transmis le règlement intérieur du CVS daté du 01/03/2022. La mission en déduit que le CVS n'a pas procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS, et ce malgré son caractère obligatoire.   | <b>Ecart 7</b> : en l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF   | <b>Prescription 7</b> : actualiser le règlement intérieur du CVS au vu de la nouvelle réglementation en vigueur depuis le 01/01/2023, conformément à l'article D311-19 du CASF.  | CR CVS 24oct2023<br><br>Règlement intérieur | Le règlement intérieur a été approuvé lors de la séance du 24 octobre 2023.  | Lors du CVS du 24 octobre 2023, les membres du CVS ont approuvé le règlement intérieur du CVS sans réserves. Le nouveau règlement intérieur du CVS actualisé a aussi été remis.<br><br><b>La prescription 7 est levée.</b>   |

|   |     |   |  |   |  |  |   |
|---|-----|---|--|---|--|--|---|
| 1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023  | Oui | <p>L'établissement a transmis seulement trois comptes rendus de CVS : 20/10/2022, 20/01/2023 et 27/04/2023 ; pour les autres réunions du CVS (01/03/2022 et 11/04/2022), seuls des documents de présentation sont remis. Il est rappelé qu'un relevé de conclusion doit être établi pour chaque séance du CVS. La lecture des comptes rendus révèle que le secrétaire de séance et le Président du CVS les signent, alors que la réglementation prévoit que seul le Président du CVS est signataire.</p> <p>Les comptes rendus du 20/10/2022 et du 27/04/2023, font état de la désignation des représentants des familles par voie de cooptation. Il est rappelé que les représentants des familles doivent être élus selon la réglementation en vigueur, de ce fait les représentants désignés lors de la séance du 20/10/2022, ne sont pas légitimes à siéger au CVS.</p> <p>De plus, lors des séances du 20/10/2022 et du 20/01/2023, les avis ne sont pas valablement émis. La mission rappelle que les avis ne sont adoptés que si le nombre de représentants des personnes accueillies et des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5 du CASF est supérieur à la moitié des membres présents lors de la séance. L'examen de la question aurait dû être inscrit à une séance ultérieure.</p> <p>La mission relève une erreur de classification dans la liste des présents et excusés des comptes rendus concernant les représentants des bénévoles et la représentante des mandataires judiciaires qui sont désignés comme des représentants de familles.</p> <p>Enfin, la présentation des nouvelles missions du CVS lors de la séance du 20/10/2022 est peu développée et erronée sur la composition du CVS. Il est inscrit que "ce texte modifie les missions du CVS, élargit la composition du Conseil aux élus qui siègent au Conseil Départemental, au défenseur des droits et à certains représentants externes". La mission rappelle que ces personnes peuvent participer au CVS mais que de manière ponctuelle.</p> | <p><b>Ecart 8</b> : en l'absence de rédaction des comptes rendus pour les CVS du 01/03/2022 et 11/04/2022 et en faisant signer le compte rendu du CVS par le secrétaire de séance et le Président, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.</p> <p><b>Ecart 9</b> : les résidents et les familles qui assistent au CVS ne sont pas tous des représentants élus des familles, en contradiction avec l'article D311-10 du CASF.</p> <p><b>Ecart 10</b> : lors des séances du 20/10/2022 et du 20/01/2023 du CVS, des avis ont été émis alors que le nombre des représentants des résidents et des familles n'était pas supérieur à la moitié des membres du CVS présents, ce qui contrevient à l'article D311-17 du CASF.</p> <p><b>Remarque 8</b> : en identifiant les représentants des bénévoles et le représentant de mandataires judiciaires comme représentant des familles, la liste des personnes présentes et excusées ne correspond pas à la réalité de la composition du CVS.</p> | <p><b>Prescription 8</b> : établir un compte rendu systématiquement pour chaque CVS et les faire signer par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.</p> <p><b>Prescription 9</b> : faire siéger lors des CVS les membres élus au CVS et élire les représentants des familles (et/ou des résidents) manquants, en référence à l'article D311-10 du CASF.</p> <p><b>Prescription 10</b> : veiller à ce qu'à chaque réunion du CVS le nombre des représentants des personnes accompagnées et des représentants mentionnés aux 1° à 4° II de l'article D. 311-5 présents soit supérieur à la moitié des membres lors de la séance en conformité avec l'article D311-7 du CASF.</p> <p><b>Recommandation 8</b> : veiller à bien identifier chaque représentant selon son collège sur la liste des personnes présentes et excusées dans les comptes rendus.</p> | <p>CR CVS 20-01-2023</p> <p>CR CVS 27-04-2023</p> <p>CR CVS 20-10-2022</p> | <p>P8 : Les compte-rendus ayant fait l'objet d'une analyse par la mission ont été actualisés : la signature de la secrétaire est supprimée. Un compte-rendu a été été digé pour les CVS des 1er mars et 11 avril 2022.</p> <p>P9 : dont acte.</p> <p>P10 : Dont acte. Sera fait pour l'avenir. Afin de faciliter les opérations d'identification, la feuille d'émargement a été travaillée.</p> <p>R8 : Dont acte. Sera fait pour l'avenir. Afin de faciliter les opérations d'identification, la feuille d'émargement a été travaillée.</p> | <p>Les mesures correctives ont pour certaines été prises. Les comptes rendus transmis permettent de le vérifier. D'autres points seront corrigés pour l'avenir. Donc acte.</p> <p><b>Les prescriptions 8, 9 et 10 sont levées.</b></p> <p><b>La recommandation 8 est levée.</b></p> |
| 2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)  |     |   |  |   |  |  |   |
| 2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.  | Oui | L'établissement est autorisé pour 4 places d'hébergement temporaire et 6 places en accueil de jour.   |  |   |  |  |   |
| 2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.  | Oui | L'établissement déclare que les 4 places de l'hébergement temporaire sont occupées au 01/02/2023 et que 4 places sur les 6 autorisées de l'accueil de jour sont occupées le 02/01/2023.   |  |   |  |  |   |
| 2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.   | Oui | L'accueil de jour fait l'objet d'un projet de service spécifique, ce dernier a été transmis ainsi que sa plaquette d'information. Cependant, la mission relève que l'hébergement temporaire ne dispose pas de projet spécifique ce qui peut être préjudiciable quant à l'accompagnement des usagers concernés.  | <b>Ecart 11</b> : il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.  | <b>Prescription 11</b> : rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.   |  | Aucun projet de service de l'hébergement temporaire n'est rédigé. La rédaction d'un tel projet nécessite d'être concerté. Elle ne peut pas avoir lieu dans le cadre de la phase contradictoire du présent contrôle.  | Il est bien noté l'engagement de l'établissement de rédiger le projet de service de l'hébergement temporaire.   |
| 2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées. | Oui | Une équipe est dédiée pour ces deux modalités d'accueil de l'EHPAD. Des AS sont présents pour l'hébergement temporaire et des ASG, IDE, psychomotricien en alternance, un enseignant APA, un psychologue composent l'équipe de l'accueil de jour.   |  |   |  |  |   |
| 2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé ? Joindre les diplômes.  | Oui | Les AS qui composent l'équipe de l'hébergement temporaire sont diplômés. L'ASG, l'IDE, la psychologue qui composent l'équipe dédiée à l'accueil de jour également. La psychomotricienne est en cours de validation de diplôme.  |  |   |  |  |   |
| 2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document.            | Oui | Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les modalités d'accueil et de fonctionnement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.   | <b>Ecart 12</b> : en l'absence des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire et de l'hébergement temporaire dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles D312-9 et R311-33 du CASF.   | <b>Prescription 12</b> : élaborer un règlement de fonctionnement comportant les modalités d'accueil et de fonctionnement des services d'accueil temporaire et d'hébergement temporaire conformément aux articles D312-9 et R311-33 du CASF.   | Règlement de fonctionnement V3   | Les modalités d'accueil ont été intégrées au règlement de fonctionnement, cf. R4 et P2.  | Le règlement de fonctionnement a été modifié en conséquence.  |