

RAPPORT de CONTROLE le 20/02/2025

EHPAD REYNIES à GRENOBLE_38

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

Thématique: CSP 12/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION ARBRES DE VIE

Nombre de places : 93 places dont 89 places HP dont 28 UVP et 4 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart / Remarques	Prescriptions/Recommandations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
1- Gouvernance et Organisation							
1.1 Au préalable, veuillez transmettre l'organigramme pour une meilleure compréhension de l'organisation de l'EHPAD et si nécessaire, joindre tout autre document complémentaire.	Oui	L'organigramme remis est partiellement nominatif et a été mis à jour le 13/02/2023. Il identifie la structuration de l'organisme gestionnaire, de l'EHPAD « REYNIES ». Il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents personnels de l'association et de l'EHPAD.					
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	Au 01/07/2024, l'établissement déclare 3,64 ETP vacants : - 2 ETP d'aide-soignant (AS) - 1,64 ETP d'infirmier (IDE). Il précise que ces postes sont remplacés par divers CDD, sans indication du nombre d'ETP remplacé au 01/07/2024.					
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	Le Directeur adjoint, qui est de fait le "directeur de proximité", est titulaire d'un master de sciences et technologie, mention intervention et développement social. En atteste le diplôme de niveau 7 remis.					
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	La présentation "synthétique et non exhaustive" du "champ de responsabilités des instances et DUD" a été remis. Le DUD a également été remis. Sous format Excel, le document présente 4 volets différents relatifs aux champs de délégation règlementaires : projet d'établissement, gestion des ressources humaines, gestion financière et coordination avec les partenaires extérieurs. Chaque volet présente l'étendue de la délégation en ligne et la personne/instance ayant délégation en colonne. Il est noté certains doublons concernant l'étendue des délégations.					
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 la procédure de continuité de la sécurité des établissements datée de mars 2021. L'astreinte est commune aux trois EHPAD de l'association gestionnaire (EHPAD Bévières, Abbaye et Reyniès). Ce document présente deux astreintes : une technique et une administrative. Les astreintes administratives sont effectuées par des cadres de santé et les directeurs adjoints des structures. Les astreintes techniques sont assurées par les techniciens de l'ensemble des structures. L'astreinte couvre la semaine de 16h à 9h le lendemain, les week-end de 16h le vendredi à 9h le lundi et les jours fériés. Les plannings du premier et deuxième semestre 2024 des 2 modalités d'astreintes ont également été remis et concordent avec la procédure d'astreinte.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	Trois procès-verbaux de la "réunion cellule de veille plan bleu Arbres de Vie" ont été remis : 27/08/2024, 03/09/2024 et 01/10/2024. Ces réunions sont communes aux 3 EHPAD de l'association et regroupe le Directeur générale, les Directeurs adjoint, les responsables des fonctions support ainsi que les responsables médicaux et paramédicaux des structures. La structuration des procès-verbaux est identique : "situation générale" (précision des entrées et sorties, taux d'occupation), situation épidémique (Covid), situation RH, comptable, "logistique ou divers". Les procès-verbaux ne développent pas les différents points abordés en réunion et ne rendent pas compte des échanges entre les professionnels présents et les décisions prises, ce qui ne permet pas d'en assurer le suivi. Par ailleurs, il est relevé que le nom de cette instance (réunion cellule de veille plan bleu Arbres de Vie) n'est pas approprié et mériterait d'être utilisée comme CODIR commun aux trois EHPAD.	Remarque 1 : L'absence de retranscription des échanges et des décisions prises en réunion peut gêner le suivi des décisions. Remarque 2 : L'intitulé "réunion cellule de veille plan bleu Arbres de Vie" pour désigner la réunion institutionnelle mensuelle commune aux trois EHPAD est source de confusion, cette réunion s'apparentant davantage à un CODIR.	Recommandation 1 : Retranscrire l'ensemble des échanges et suivi des décisions prises dans les procès-verbaux. Recommandation 2 : Renommer la réunion institutionnelle commune aux trois EHPAD de l'association gestionnaire.		Concernant l'intitulé "cellule de veille", celui-ci a été crée lors de la pandémie du COVID en 2020, En effet cette réunion est un CODIR associatif réunissant le siege et les cadres de l'association, Les deux recommandations seront communiquées à la direction général de l'association,	Il est déclaré que la direction générale sera avertie des deux recommandations. L'établissement ne s'engage donc pas dans la retranscription des échanges et des décisions prises en CODIR, pourtant utile à leur suivi, ni à renommer la réunion institutionnelle commune aux trois EHPAD. En conséquence, les recommandations 1 et 2 sont toutes deux maintenues dans l'attente de leur effective mise en place.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis est ancien. Il couvre la période 2018-2023. Le document ne précise pas sa date de consultation par le CVS. Il présente un projet de soins complet et des fiches projets comprenant des actions d'amélioration à mettre en œuvre durant la période couverte par le projet d'établissement.	Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement valide et soumis à consultation du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Se doter d'un projet d'établissement actualisé et soumis à consultation du CVS conformément à l'article L311-8 du CASF.		Un projet d'établissement doit etre réalisé entre l'année 2025-2026, Le retard de l'élaboration ici concerne l'association dans son ensemble, En effet, l'Association souhaite avoir des projets d'établissements commun pour ses trois établissements d'élaborer un projet commun aux trois EHPAD (L'Abbaye, Bévière et Reynies), dans le cadre d'une démarche de domiciliation et d'une approche Carpe Diem, L'Association depuis 2024 s'est engagé dans la démarche domiciliaire avec une formation avec " " financé par le département, Pour l'approche Carpe Diem, la première formation a eu lieu en février 2025 avec (Québec), De ce fait je m'engage à ce que l'Ehpad Reynies se dote d'un projet d'établissement incluant ces deux démarches, le plus rapidement possible. Une attention particulière sera faite quand à la validation du CVS de ce prochain projet d'établissement	L'établissement s'engage à actualiser son projet d'établissement en 2025 ou 2026, bien que cette mise à jour aurait dû intervenir dès 2024. Le retard s'explique par la volonté de l'association gestionnaire d'élaborer un projet commun aux trois EHPAD (L'Abbaye, Bévière et Reynies), dans le cadre d'une démarche de domiciliation et d'une approche Carpe Diem, dont la formation a débuté en février 2025. Aucune date n'a été précisée pour la formation liée à la démarche domiciliaire. Il est rappelé que la révision du projet d'établissement est obligatoire tous les cinq ans et que les démarches engagées peuvent dès maintenant y être intégrées, le projet étant évolutif par nature. Par ailleurs, il est donc relevé que les EHPAD l'Abbaye et Bévière, qui s'étaient engagés lors de leur contrôle à actualiser leur projet en 2024, n'ont à ce jour pas respecté cet engagement, pour les mêmes raisons que celles évoquées lors du présent contrôle. Il est pris note de l'engagement de l'établissement à soumettre pour consultation du CVS son prochain projet d'établissement. La prescription 1 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	Le projet d'établissement 2018-2023 ne présente pas sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance. La notion apparaît bien au travers de la formation des professionnels, mais reste cependant insuffisante au regard de la réglementation. L'ancien projet d'établissement ne précise pas les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance et celles de la réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement, de même les modalités de communication auprès des personnes accueillies, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. L'ancien projet d'établissement ne désigne pas non plus l'autorité extérieure et préciser les modalités dans lesquelles les personnes accueillies peuvent faire appel à elle en cas de difficulté.	Ecart 2 : En l'absence de projet d'établissement intégrant la politique de prévention de l'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 2 : Inscrire la politique de prévention de la maltraitance dans le prochain projet d'établissement, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.		La politique de prévention de la maltraitance sera inscrite dans le prochain projet d'établissement conformément à l'article D311-38-3 du CASF,	L'établissement s'engage à inscrire sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans son prochain projet d'établissement tel que défini par la réglementation. La prescription 2 est maintenue dans l'attente de l'inscription effective de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance prévue par la réglementation dans le prochain projet d'établissement de l'EHPAD.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement communs aux 3 EHPAD de l'association gestionnaire a été remis. A sa lecture, il est relevé qu'il n'est pas daté et ne fait pas mention de sa consultation par le conseil de la vie sociale. Le document ne prévoit pas les mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles et ne précise pas les mesures relatives à la sûreté des biens ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire. Il est noté que ces constats ont également été posés lors du contrôle sur pièce de l'EHPAD Abbaye réalisé en mars 2024. Il convenait donc que le document soit rectifié. Or, il est constaté que cela n'a pas encore été fait alors qu'en réponse au contrôle il avait été déclaré que "la réécriture du règlement de fonctionnement se faisant au niveau associatif, un groupe de travail est en train de se constituer pour le mettre à jour, conformément à votre demande."	Ecart 3 : En l'absence d'actualisation du règlement de fonctionnement et de consultation du Conseil de la vie sociale, l'EHPAD Reyniès contrevient aux articles L311-7 et R311-33 du CASF. Ecart 4 : En l'absence de la mention des mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles, de la sécurité des biens et des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire dans le règlement de fonctionnement commun aux EHPAD, le document contrevient aux articles L311-7, et D312-9 et R311-35 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement et assurer sa consultation par le Conseil de la vie sociale conformément aux articles L311-7 et R311-33 du CASF. Prescription 4 : Compléter le règlement de fonctionnement en mentionnant les mesures à prendre en cas de situations exceptionnelles, les modalités d'organisation de la sécurité des biens et celles relatives à l'organisation de l'hébergement temporaire dans le règlement de fonctionnement commun aux EHPAD conformément aux articles L311-7, et D312-9 et R311-35 du CASF.		Les prescription seront respectées et transmises à la direction général de l'Association, En ce qui concerne l'EHPAD Abbaye, il y a eu 3 directeurs succécif sur l'année 2024, Cette instabilité sur l'année dernière à évidemment ralenti certains projets, En effet, la réécriture de ce règlement de fonctionnement se fait au niveau associatif, Cela sera fait sur l'année 2025,	Il est bien compris que le règlement de fonctionnement des établissements n'a toujours pas été complété. Il est rappelé que dans le cadre des contrôles sur pièces des deux autres EHPAD que ces prescriptions avaient déjà été mentionnées. Il est pris bonne note que la direction générale s'engage à respecter les prescriptions. Dans l'attente de l'actualisation effective du règlement de fonctionnement conforme aux attentes réglementaires, les prescriptions 3 et 4 sont maintenues.

1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	Non	L'établissement ne répond pas à la question, l'organigramme de l'EHPAD positionne pourtant une cadre de santé comme responsable de l'équipe soignante.	Remarque 3 : En l'absence de transmission du contrat de travail de la cadre de santé, l'établissement n'atteste pas que le management de l'équipe soignante est organisé.	Recommandation 3 : Transmettre le contrat de travail de la cadre de santé, afin d'attester du management de l'équipe soignante.		Au moment de la réponse au 1er questionnaire, il n'y avait pas de cadre de santé à l'EHPAD REYNIES. Depuis le 01/02/2025, il y a bien une cadre de santé. L'organigramme n'était effectivement pas à jour, Nous allons le modifier, Le contrat de travail a été transmis.	Il est déclaré que l'établissement ne bénéficiait pas d'IDEC et que l'organigramme de l'EHPAD n'était pas actualisé. Il est rappelé que maintenir un organigramme à jour permet de garantir une bonne lisibilité de la structure de l'établissement et des responsabilités de chacun. Cela facilite la communication interne, la répartition des tâches et répond aux exigences de transparence. L'avenant n°4 du 31/01/2025 au contrat initial du 03/09/2018 de Mme B. I. a été remis. Ce contrat promet en qualité de cadre de santé pour une durée indéterminée. A la lecture de son avenant, il est relevé dans l' "article 2 - fonctions" qu'elle exerce également en qualité de cadre infirmier. Il est rappelé que ne disposant pas du diplôme d'Etat d'infirmier, elle ne peut être désignée comme étant cadre infirmier. Pour rappel, seules les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L. 4311-3 et L. 4311-4 du CSP, ou titulaire des autorisations prévues aux articles L. 4311-9 et L. 4311-10 du CSP, peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière. La modification du contrat de travail s'impose donc à l'établissement. La recommandation 3 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.	Non	En l'absence de réponse, l'établissement ne justifie pas des qualifications de la cadre de santé.	Remarque 4 : En l'absence de justificatif de qualifications de la cadre de santé, l'établissement n'atteste pas de ses qualifications.	Recommandation 4 : Transmettre le diplôme de la cadre de santé.		Le diplôme a été transmis.	La cadre de soins est titulaire d'une Licence Professionnel de sciences humaines et sociales, mention intervention sociale : accompagnement de publics spécifiques, parcours type gérontologie sociale. Ce diplôme atteste que la cadre de soins bénéficie de compétence en matière de management d'équipe. La recommandation 4 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	Le contrat à durée indéterminée de janvier 2024 du MEDEC a été remis. Il est complet et précise que le MEDEC intervient à l'EHPAD à hauteur de 0,50 ETP. L'avenant, du 31/05/2024, de ce contrat de travail, aussi transmis, vient augmenter le temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,60 ETP à compter du 01/06/2024.					
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Seul le diplôme d'Etat de Docteur en médecine a été remis. L'établissement n'atteste pas que le médecin en poste dispose des qualifications nécessaires pour la coordination des soins.	Ecart 5 : 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 du CASF.	Prescription 5 : S'assurer que le médecin coordonnateur s'engage dans une démarche de formation qualifiante pour les fonctions de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-157 du CASF.			Le diplôme d'Etat de Docteur en médecine du médecin intervenant en qualité de MEDEC a été remis. Le médecin ne dispose donc pas des qualifications nécessaires dans le domaine de la gériatrie/coordination pour exercer ses missions de MEDEC. La prescription 5 est maintenue.
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Non	L'établissement ne répond pas à la question. Pour rappel, l'organisation annuelle de la commission de coordination gériatrique est une obligation réglementaire. Elle permet d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux salariés et libéraux intervenant au sein de l'EHPAD. A ce titre, il convient de réunir la commission de coordination gériatrique.	Ecart 6 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		L'EHPAD REYNIES n'avait pas de MEDCO de novembre 2022 à Février 2024. La direction a donné comme priorité au MEDCO d'améliorer la qualité et la sécurisation du circuit du médicament sur l'année 2024. Cela a été fait. L'établissement s'engage dès l'année 2025 à organiser une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF	Il est pris acte de la priorisation, par l'établissement, de l'amélioration de la qualité et de la sécurisation du circuit du médicament au cours de l'année 2024. Pour autant, les actions engagées ne sont pas un frein à la mise en place de la commission de coordination gériatrique. De plus, la tenue de cette commission en 2024 aurait pu utilement contribuer à structurer et renforcer la dynamique qualité initiée. L'engagement de l'établissement à organiser cette commission en 2025 est pris en compte. La prescription 6 est maintenue dans l'attente de l'organisation effective de la commission de coordination gériatrique en 2025.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Non	L'établissement ne répond pas à la question. Pour rappel, la rédaction annuelle du RAMA est une obligation pour l'EHPAD. De plus, le RAMA n'est pas le rapport du MEDEC mais le rapport des activités médicales de l'établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. A ce titre, la Direction de l'EHPAD veillera à sa rédaction par l'équipe soignante.	Ecart 7 : En l'absence de rédaction du RAMA, même partiellement, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Rédiger chaque année le RAMA, conformément à l'article D312-158 du CASF, transmettre le RAMA 2023.		La rédaction du RAMA sera faite dès l'année 2025.	L'établissement s'engage à élaborer le RAMA 2024 en 2025. Pour rappel, un MEDEC est présent sur l'établissement depuis janvier 2024. La prescription 7 est maintenue.
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	Non	L'établissement ne répond pas à la question. Il ne justifie pas du signalement des EIG aux autorités administratives compétentes.	Ecart 8 : En l'absence de transmission des signalements réalisés en 2023 et 2024 auprès des autorités administratives, l'EHPAD n'atteste pas de leur information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 8 : Transmettre les signalements des EIG réalisés auprès des autorités administratives en 2023 et 2024 afin d'attester de leur information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.		Les signalements d'EIG ont été transmis,	Trois signalements d'EIG ont été transmis : 10/05/2023, 22/06/2024 et 08/11/2024. Le suivi par courriel de l'EIG n°221 (22/06/2024) a également été remis. La transmission de ces documents atteste de la déclaration des événements indésirables au sein de l'établissement, mais aussi de leur suivi. La prescription 8 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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question. En l'absence de transmission du tableau de bord des EI et des EIG de 2023 et 2024 renseignant la déclaration interne, le traitement de l'événement, et la réponse apportée à l'analyse des causes de l'événement, l'établissement n'atteste pas disposer d'un dispositif de gestion global des EI et des EIG. Par ailleurs, le même constat a été posé dans le cadre des contrôles sur pièces des EHPAD Abbaye et Bévière qui sont bien antérieurs au présent contrôle (deuxième trimestre 2024). Par conséquent? l'association gestionnaire n'a pas mis en place les mesures correctives attendues.	Ecart 9 : En l'absence de transmission du tableau de suivi des EI et des EIG, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG ; la sécurité, la santé des personnes accueillies pourraient être menacées, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre le dispositif de gestion des EI/EIG, dont le tableau de suivi des EI/EIG, afin d'attester de la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.		L'association s'est munie de l'outil en 2023 pour améliorer son suivie qualité, les plans d'actions ainsi que la déclaration d'événement indésirable, Les salariés ont été formés à cet outil. Ce logiciel est accessible dans chaque unité sur chaque ordinateur. Les justificatifs du suivi des EI ont été transmis en piece jointes,	7 captures d'écran issues du logiciel ont été transmises. Elles permettent de visualiser la liste des EI et des EIG, notamment accompagnée des informations suivantes : date de survenue, typologie, niveau de gravité, état d'avancement ainsi qu'un extrait des descriptions des faits. Ces captures décrivent ne permettent pas d'accéder à l'intégralité du contenu relatif à un EI ou un EIG. En effet, il est nécessaire de cliquer sur l'événement concerné pour consulter le détail complet. Par ailleurs, l'une des captures d'écran présente un diagramme et un graphique de type camembert, synthétisant l'ensemble des déclarations enregistrées dans le système. Cette représentation graphique distingue les déclarations en cours, les déclarations clôturées, et indique également le délai moyen de traitement. L'établissement justifie de la déclaration interne des EI et des EIG et de la mise en place d'un dispositif de gestion des EI/EIG, la prescription 9 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	La décision d'institution du CVS n'a pas été transmise. Le résultat des élections d'avril 2023 du CVS a été remis et mentionne les représentants des résidents, des familles et des professionnels élus. Aucune information n'est transmise quant à la présence d'autres membres au CVS tel que le représentant de l'organisme gestionnaire ou le MEDEC, etc. . A la lecture des comptes rendus du CVS remis à la question 1.20, il est relevé que l'animatrice, la psychologue, le responsable de l'établissement (directeur adjoint) et le représentant de l'association () ont assisté à ces CVS. De plus, il est relevé que la composition du CVS présentée dans le règlement de "fonctionnement" du CVS (remis à la question suivante) mentionne à deux reprises le collège des personnes accueillies (résidents) : - "2+1 représentant des personnes accompagnées, ou leurs représentants légaux ou leurs familles, (2 titulaire et 1 suppléant), - 2+1 résidents (2 titulaires et 1 suppléant)". Cette composition entraine une confusion dans la composition du CVS. Les autres documents remis (affiche élections du CVS, courrier d'information élections du CVS) n'appellent pas de remarques particulières.	Ecart 10 : en l'absence de transmission de la décision d'institution des représentants (chaque membre et de chaque collège) du CVS, l'établissement n'atteste pas que sa composition est conforme avec l'article D311-5 du CASF.	Prescription 10 : transmettre la décision instituant le conseil de la vie sociale fixant le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants par collège, afin d'attester de la conformité de sa composition prévue à l'article D311-5 du CASF.			En l'absence de réponse, l'établissement ne justifie pas que la composition de son CVS est conforme avec la réglementation. La prescription 10 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	Le règlement "de fonctionnement" du CVS a été remis. Daté du 06/06/2023, il mentionne avoir été validé par le CVS à l'issue de sa première réunion, mais le compte rendu du CVS l'attestant n'a pas été remis. Enfin, à la lecture du règlement "de fonctionnement" du CVS, il est relevé que le document prévoit que l'ordre du jour soit communiqué 8 jours minimum avant la séance. Pour rappel, la réglementation prévoit que l'ordre du jour et les informations nécessaires doivent être communiqués 15 jours minimum avant la séance.	Ecart 11 : En l'absence de transmission du compte rendu de la séance se prononçant sur l'établissement du règlement de fonctionnement du CVS daté de juin 2023, l'EHPAD n'atteste pas de sa conformité avec l'article D311-19 du CASF. Ecart 12 : Le règlement de fonctionnement du CVS ne prévoit pas que la transmission de l'ordre du jour du CVS et les informations nécessaires à sa réalisation soient transmis 15 jours minimum avant la séance, ce qui contrevient à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 11 : Transmettre le compte rendu du CVS se prononçant sur le règlement de fonctionnement du CVS daté de juin 2023, afin d'attester de la conformité de l'EHPAD avec l'article D311-19 du CASF. Prescription 12 : Inscrire dans le règlement de fonctionnement du CVS que l'ordre du jour et les informations nécessaires à sa réalisation soient transmis 15 jours avant la séance comme prévu par l'article D311-16 du CASF.		Il n'y a pas de compte rendu stipulant l'accord du CVS envers le règlement de fonctionnement, Cela sera stipulé dans le 1er compte rendu du CVS 2025 qui sera signé par le président du CVS, Il sera inscrit dans le règlement de fonctionnement que l'ordre du jour sera transmis 15 jours avant la séance prévu.	L'établissement atteste ne pas disposer de compte rendu permettant de justifier l'établissement du règlement de fonctionnement (règlement intérieur) du CVS. Il précise également que cette mention sera inscrite au premier compte rendu 2025 du CVS. L'établissement déclare également qu'il sera inscrit dans le règlement intérieur que l'ordre du jour sera transmis 15 jours avant la séance prévue. Les prescriptions 11 et 12 sont maintenues dans l'attente de leur effective mise en place.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	Trois comptes rendus ont été remis : 30/05/2023, 27/11/2023 et 28/03/2024. Aucun de ces documents n'est signé par le Président du CVS. L'établissement ne justifie pas de l'organisation de trois CVS en 2023 et en 2024. Par ailleurs, à la lecture du compte rendu du CVS du 28/03/2024, il est relevé l'absence de confidentialité des échanges relative aux résidents. En effet, des appréciations et des critiques sur des situations personnelles sont exprimées par les usagers en séance et sont retranscrites dans les comptes rendus sans être anonymisées. L'établissement veillera pour l'avenir à anonymiser systématiquement les échanges, comme prévu par l'article 6.4 du règlement de fonctionnement du CVS, afin de garantir la libre expression de ses membres.	Ecart 13 : En l'absence de signature des comptes rendus du CVS par le Président du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-20 du CASF. Ecart 14 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2023 et en 2024, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 15 : En l'absence d'anonymisation des échanges dans les comptes rendus du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-28 du CASF.	Prescription 13 : Faire signer les comptes rendus du CVS par le Président du CVS conformément à l'article D311-20 du CASF. Prescription 14 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 15 : Anonymiser les échanges dans les comptes rendus du CVS afin d'être conforme avec l'article D311-28 du CASF.		Les compte-rendu du CVS seront signés par le président du CVS, Concernant la prescription 14, plusieurs CVS ont été reportés car une représentante des familles ne pouvait etre présente (période estivale et période de vacances scolaire) en 2024, A l'avenir nous assurerons la tenu de 3 CVS par an conformément à l'article D311-16 du CASF. Il y a eu 3 CVS en 2023 et 2 CVS en 2024. Nous veillerons à ce que les échanges dans les comptes rendu soient bien aninymisés pour garantir la libre expression de ses membres,	Deux comptes rendus du CVS ont été remis : 16/02/2023 et celui du 27/11/2024. Cette transmission atteste que 3 CVS se sont réunis en 2023 et deux en 2024. Il est rappelé que l'absence ponctuelle d'un représentant des familles ne constitue pas un obstacle à la tenue des séances du CVS. L'établissement s'engage à organiser le Conseil de la Vie Sociale trois fois par an. Il s'engage également à faire signer les comptes rendus par le président du CVS et à veiller à l'anonymisation systématique des échanges. Les prescriptions 13, 14 et 15 sont maintenues dans l'attente de leur mise en place effective.

2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
<p>2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.</p> <p><u>Si accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.</p> <p>Joindre les justificatifs.</p>	Oui	Selon l'extrait d'ERRD 2023 remis, le taux d'occupation de l'hébergement temporaire été de 29,25 % en 2023. Selon le tableau " CONTROLE JOURNEES 2024" remis, le taux d'occupation de l'hébergement temporaire au 1er semestre 2024 était de 60,30%.					
<p>2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.</p>	Non	<p>L'établissement ne répond pas à la question. A la lecture du projet d'établissement remis à la question 1.7, il est relevé que celui n'intègre pas de projet relatif à l'hébergement temporaire.</p> <p>Le projet de service de l'hébergement temporaire doit être élaboré. Celui-ci doit décrire l'accompagnement des personnes accueillies en hébergement temporaire de manière complète, de l'admission jusqu'à la sortie et présenter de manière exhaustive : les objectifs opérationnels de l'hébergement temporaire, les modalités d'admission, de séjour, d'organisation de la sortie et du retour à domicile, le projet d'accompagnement personnalisé, le programme d'actions de soutien des aidants, la prévention et l'éducation à la santé, l'organisation interne au sein de la structure, l'équipe et son dimensionnement, l'inscription dans les dispositifs de coordination gérontologique et dans le réseau des partenaires locaux (sociaux, médico-sociaux et sanitaires).</p>	<p>Ecart 16 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.</p>	<p>Prescription 16 : 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.</p>		<p>Un projet de service spécifique sur l'hébergement temporaire sera rédigé dans le prochain projet d'établissement,</p>	<p>L'établissement s'engage à la rédaction d'un projet spécifique à l'hébergement temporaire dans le prochain projet d'établissement.</p> <p>La prescription 16 est maintenue dans l'attente de l'inscription effective du projet de service de l'hébergement temporaire dans le prochain projet d'établissement.</p>
<p>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 ?</p> <p>Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.</p>	Non	<p>L'établissement ne répond pas à la question, ce qui n'atteste pas que les personnes accompagnées en hébergement temporaire bénéficient d'un accompagnement individualisé avec des professionnels dédiés dont un référent hébergement temporaire.</p>	<p>Remarque 5 : L'absence de personnels dédiés pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 4 places d'hébergement temporaire n'atteste pas que la prise en charge pour ce public est organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.</p>	<p>Recommandation 5 : Organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 4 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.</p>		<p>A ce jour, la psychologue s'assure du suivi de l'accompagnement des résidents en hébergement temporaire en binôme avec le médecin coordonateur, Nous allons formaliser cet accompagnement.</p>	<p>Il est pris acte que la psychologue et le médecin coordonnateur assurent le suivi de l'accompagnement des résidents en hébergement temporaire. La formalisation de la prise en charge des personnes accueillies en hébergement temporaire permettra notamment de valoriser le travail effectué par ces deux professionnels.</p> <p>La recommandation 5 est levée.</p>