

RAPPORT de CONTROLE le 28/11/2024

EHPAD M.D.R. MORESTEL à MORESTEL _38

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

Thématique: CSP 11/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CH DE MORESTEL

Nombre de places : 220 places en HP

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart(s) / 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 du centre hospitalier intercommunal de Morestel (CHIM) a été remis. L'EHPAD fait partie du groupement hospitalier Nord-Dauphiné (GHND). Cet organigramme est partiellement nominatif, mais n'est pas daté. Il présente l'ensemble des pôles du CHIM ainsi que les différents services de l'EHPAD.	Remarque 1 : l'absence de date sur l'organigramme ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour.	Recommandation 1 : s'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.		Une nouvelle version de l'organigramme est en cours de réalisation par la cellule communication du GHND. Celui-ci sera daté à chaque mise à jour.	Le projet d'organigramme aurait pu être valablement remis comme élément probant. Pour autant, il est pris en compte l'engagement de l'établissement de dater l'organigramme. La recommandation 1 est toutefois levée.
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare 0,60 ETP vacant : - 0,50 ETP de kinésithérapeute, - 0,10 ETP d'orthophoniste. Il est aussi déclaré que l'établissement ne dispose pas de MEDEC à la question 1.11. Soit un poste vacant d'1 ETP.					
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'arrêté du CNG du 09/07/2022 remis détache M , directeur d'établissement sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans le corps des directeurs d'hôpital, aux centres hospitaliers de Bourgoin-Jallieu, de Pont de Beauvoisin, de la Tour du Pin et de Morestel, en qualité de directeur adjoint, directeur délégué des EHPAD, du centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu et du centre hospitalier intercommunal de Morestel, pour une période de deux ans, à compter du 18/07/2022.					
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	L'établissement n'est pas concerné par cette question.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	Oui	Les plannings de garde de direction du GHND, qui couvrent la période du 03/04/2023 au 30/09/2024, ont été remis. Ils attestent de l'organisation d'une astreinte au niveau de la direction du GHND. Le tour de garde s'effectue entre les directeurs du GHND, du lundi 8h au lundi suivant 8h. En revanche, aucune procédure formalisant le fonctionnement de l'astreinte et à l'attention des personnels n'a été remise. Il est déclaré que "les astreintes administratives de direction sont gérées par le Centre Hospitalier Pierre Oudot". Il en ressort toutefois qu'en l'absence de procédure d'astreinte, les professionnels se trouvent sans consignes claires et peuvent être en difficulté en cas de survenue d'un événement indésirable (EI) ou d'un événement indésirable grave (EIG) au sein de l'EHPAD.	Remarque 2 : l'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser auprès du cadre d'astreinte en cas de difficulté.	Recommandation 2 : formaliser une procédure retraçant les actions à réaliser durant l'astreinte de direction à destination du personnel de l'EHPAD.		A ce jour, il n'y a pas de procédure délimitant les situations de déclenchement des astreintes : une astreinte cadre et direction est assurée en permanence et accessible, <u>par défaut</u> , pour tous les agents. Cette procédure sera discutée avec les directeurs délégués, fonctionnels concernés.	Il est bien compris que la mise en place d'une procédure relative à l'astreinte à l'attention des professionnels de l'EHPAD, et au-delà des personnels du CH, sera évoquée par les différents directeurs concernés. Néanmoins, il est rappelé que l'absence de formalisation de ce document formalisant le fonctionnement de l'astreinte à l'attention des professionnels peut les mettre en difficulté, en cas de survenue d'un EI ou d'un EIG, sans consigne claire. La recommandation 2 est maintenue.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Trois comptes rendus de staff de direction de l'EHPAD ont été remis : 07/12/2023, 01/02/2024 et 03/05/2024. L'organisation de seulement 3 staffs de direction sur une période de 7 mois démontre une irrégularité dans la tenue des staffs, qui peut fragiliser la continuité de l'organisation de l'établissement et nuire à la circulation en transversalité de l'information entre le directeur et les cadres de l'EHPAD. L'absence de staff de direction rapproché montre aussi qu'il n'est pas utilisé par la direction comme un outil de pilotage et de management de l'EHPAD.	Remarque 3 : les staffs de direction ne sont pas régulièrement mis en place ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de l'organisation de l'établissement ainsi que la circulation en transversalité de l'information entre le directeur et les cadres de l'EHPAD.	Recommandation 3 : réunir le staff de direction plus régulièrement.		Il est prévu un staff d'établissement une fois par mois. Cependant, il arrive que pour différentes raisons (réunion imprévue pour le directeur, formation, effectif réduit...) celui-ci soit annulé. Par contre, il se peut que le staff ait lieu sans la présence de l'assistante de direction (secrétaire de séance) par conséquent, chaque membre prend des notes uniquement.	Il est bien noté que la régularité de la tenue des "staffs" est assurée, une fois par mois. Il est dommage que les réunions ne fassent pas systématiquement l'objet d'un compte rendu partagé. La recommandation 3 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement du GHND de 2022 à 2025 a été remis. Il comprend des projets liés aux EHPAD rattachés au CH ainsi qu'un volet palliatif pour l'ensemble des EHPAD du groupement.					
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement intérieur de fonctionnement de l'EHPAD a été remis. Il s'applique à tout le centre intercommunal de Morestel. Il ne comporte pas de date d'actualisation, mais mentionne avoir reçu "un avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement le 28 mai 2014 et du Comité Technique d'Etablissement le 28 mai 2014", et avoir été "adopté par le Conseil de surveillance le 28 mai 2014". Ainsi, le document est ancien. Par ailleurs, il est relevé qu'il n'a pas été consulté par le Conseil de la Vie Sociale de l'établissement (CVS). Il est relevé que le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles. Par ailleurs, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD mentionne que le trousseau ne doit pas comporter du linge fragile (fibres textiles modernes, laine, soie). Cette mention est limitative du droit des résidents et entraîne une restriction de liberté en matière vestimentaire pour celui-ci. De plus, il est précisé que dans le cas où le résident n'aurait pas marqué son linge, cette prestation lui sera facturée 60 €. Or, il est rappelé que celle-ci est obligatoirement incluse dans les prestations socles depuis le 01/01/2023. Enfin, il indique que les résidents ne peuvent pas vivre avec leur animal de compagnie. Pour rappel, depuis avril 2024, et seulement sauf avis contraire du CVS, les EHPAD sont dans l'obligation de garantir aux résidents le droit d'accueillir leurs animaux de compagnie.	Ecart 1 : en l'absence d'actualisation et de consultation par le CVS du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles R311-33 et L311-7 du CASF. Ecart 2 : le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence et de situations exceptionnelles, ce qui contrevient à l'article R311-35 du CASF. Remarque 4 : l'impossibilité pour le résident de détenir du linge fragile constitue une entrave à sa liberté en matière vestimentaire, au sens des recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur "la qualité de vie en EHPAD (volet 2) organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne". Ecart 3 : en précisant dans le règlement de fonctionnement que le marquage du linge des résidents de l'EHPAD est facturé, l'établissement ne respecte pas les prestations socles minimales obligatoires au sein des EHPAD, listées dans l'annexe 2-3-1 du CASF. Ecart 4 : en refusant l'accueil des animaux de compagnies des résidents, sans avis contraire du CVS, l'établissement contrevient à l'article L311-9-1 du CASF.	Prescription 1 : actualiser le règlement de fonctionnement et assurer sa consultation par le CVS, conformément aux articles R311-33 et L311-7 du CASF. Prescription 2 : intégrer dans le règlement de fonctionnement les mesures à prendre en cas d'urgence et de situations exceptionnelles, conformément à l'article R311-35 du CASF Recommandation 4 : inscrire dans le règlement de fonctionnement que la détention de linge fragile par les résidents est possible, au regard des recommandations de bonnes pratiques de la HAS sur "La qualité de vie en EHPAD (volet 2) organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne". Prescription 3 : inclure dans règlement de fonctionnement de l'EHPAD, que le marquage du linge des résidents est intégralement pris en charge par l'établissement, comme le prévoit l'annexe 2-3-1 du CASF. Prescription 4 : consulter le CVS concernant l'accueil des animaux de compagnie des résidents et inscrire la décision dans le règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-9-1 du CASF.		Le règlement intérieur de fonctionnement va être révisé prochainement dans sa globalité et mis au plan de charge de la cellule qualité en 2025, En attendant le livret d'accueil de l'EHPAD a été revu récemment et certains nombres de réponses aux remarques font partie de ce livret (les animaux de compagnie, le marquage du linge) Pour les autres remarques : -urgences et situations exceptionnelles : un plan THSSE est en place, une indication sera faite sur le règlement intérieur et des précisions concernant la canicule, l'incendie et les vigilances sanitaires seront indiquées: mise à jour sur 2025 -le linge fragile : précision dans le livret d'accueil et mise en conformité dans le prochain règlement intérieur de fonctionnement.	Dont acte. Les prescriptions 1, 2, 3 et 4 sont maintenues ainsi que la recommandation 4 dans l'attente de la mise en œuvre effective des mesures correctives attendues.
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	Il est déclaré que l'établissement dispose d'une IDEC positionnée sur des missions de faisant fonction de cadre de santé, jusqu'au 30/09/2024 (départ en retraite), mais aucun document attestant de sa présence effective au sein de l'EHPAD au moment du contrôle n'a été remis. Il est aussi déclaré qu'elle sera remplacée dès le mois d'octobre par un autre IDEC, sans autre précision.	Remarque 5 : en l'absence de transmission du contrat de travail ou de l'arrêté de nomination de l'IDEC, l'établissement n'atteste pas que le management de l'équipe soignante est organisé.	Recommandation 5 : transmettre le contrat de travail ou l'arrêté de nomination de l'IDEC, afin d'attester du management de l'équipe soignante.	Décision d'intégration pour mutation de Mme (IDEC)		La décision d'intégration de Mme a bien été remise comme élément probant. La recommandation 5 est levée.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	L'attestation individuelle de fin de formation de l'IDEC à la formation "Infirmier coordinateur référent en EHPAD" dispensée par entre le 11/09/2017 et 19/12/2017 atteste de sa formation au management des soins.					
1.11 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent).	Oui	L'établissement déclare qu'il ne dispose pas de MEDEC. Pour rappel, au regard de sa capacité autorisée, la présence d'un MEDEC au sein de l'EHPAD ne peut être inférieure à 1 ETP.	Ecart 5 : en l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : doter l'établissement d'un médecin coordonnateur diplômé à hauteur d'un ETP, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.		A ce jour, l'établissement a pu procéder au recrutement d'un praticien contractuel ayant dans ses missions celles de médecin coordonnateur. Toutefois, faute d'autre médecin pour le moment, ce praticien ne dispose pas de temps médical permettant d'assurer les missions de médecin coordonnateur. Son temps est priorisé sur la clinique, missions de médecin traitant mais pas de médecin coordonnateur. L'établissement est toujours en recherche de recrutement.	Il est acté que le praticien contractuel recruté doit effectuer les missions de médecin coordonnateur, mais que cela n'est pas actuellement possible. Il est rappelé l'obligation pour l'EHPAD de se doter d'un médecin coordonnateur pour 1 ETP, au regard de la capacité importante de l'établissement La prescription 5 est maintenue, dans l'attente que les missions de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD soient effectivement assurées.

1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Au regard de la réponse à la question 1.11, l'établissement n'est pas concerné par la question 1.12. Il est cependant rappelé que le MEDEC qui devrait être recruté doit satisfaire aux obligations de qualification prévues par l'article D312-157 du CASF ou s'engager dans un processus de formation.				A ce jour, l'établissement a pu procéder au recrutement d'un praticien contractuel ayant dans ses missions celles de médecin coordonnateur. Toutefois, faute d'autre médecin pour le moment, ce praticien ne dispose pas de temps médical permettant d'assurer les missions de médecin coordonnateur. Son temps est priorisé sur la clinique, missions de médecin traitant mais pas de médecin coordonnateur. L'établissement est toujours en recherche de recrutement.	Dont acte. Il est rappelé que le médecin coordonnateur en EHPAD doit respecter des conditions de qualifications prévues par la réglementation.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	Aucun procès-verbal de commission de coordination gériatrique n'a été remis. L'établissement déclare qu'en l'absence de MEDEC, il n'y a pas de commission de coordination gériatrique, mais qu'il existe une commission médicale d'établissement (CME) qui traite également des sujets en EHPAD. Les procès-verbaux de ces CME ont été remis. Toutefois, il ne s'agit pas de la commission de coordination gériatrique et ces réunions ne peuvent en aucun cas la remplacer. En effet, la commission de coordination gériatrique est une obligation légale pour l'EHPAD impliquant l'ensemble des équipes soignantes salariées et des professionnels libéraux. Ainsi que le rappelle la HAS dans sa fiche-repère sur la CCG, elle a pour objectif une meilleure coordination des soins entre les équipes internes et l'ensemble des professionnels libéraux et elle permet une approche globale de la prise en soin des résidents en abordant des thématiques variées.	Ecart 6 : en l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		A ce jour, l'établissement a pu procéder au recrutement d'un praticien contractuel ayant dans ses missions celles de médecin coordonnateur. Toutefois, faute d'autre médecin pour le moment, ce praticien ne dispose pas de temps médical permettant d'assurer les missions de médecin coordonnateur. Son temps est priorisé sur la clinique, missions de médecin traitant mais pas de médecin coordonnateur. L'établissement est toujours en recherche de recrutement.	Au vu des éléments de réponse, la commission de coordination gériatrique n'est pas en place. La prescription 6 est maintenue, dans l'attente de l'organisation de la commission de coordination gériatrique une fois par an, au minimum.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	Oui	L'établissement déclare qu'il n'élabore pas de RAMA. Il est rappelé que le RAMA est un outil de pilotage au service de l'établissement, qui permet le suivi annuel du projet de soins, de l'évolution des bonnes pratiques de soins et des caractéristiques de la population accueillie. Sa rédaction est une obligation légale. Le RAMA n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, mais le rapport des activités médicales de l'établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. A ce titre, il peut donc être rédigé par la direction de l'EHPAD avec le concours de l'équipe soignante. Il convient donc de produire les données du RAMA 2023, afin d'assurer la continuité des informations médicales se rapportant à la prise en charge des résidents.	Ecart 7 : en l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : rédiger le RAMA de manière annuelle conformément à l'article D312-158 du CASF et transmettre le RAMA 2023.		A ce jour, l'établissement a pu procéder au recrutement d'un praticien contractuel ayant dans ses missions celles de médecin coordonnateur. Toutefois, faute d'autre médecin pour le moment, ce praticien ne dispose pas de temps médical permettant d'assurer les missions de médecin coordonnateur. Son temps est priorisé sur la clinique, Enfin, Le GHND est toujours en recherche pour le recrutement d'un Chef de Pôle de Gériatrie pour l'ensemble des EHPAD du groupement. L'établissement est toujours en recherche de recrutement.	Malgré l'absence de médecin pour occuper les fonctions de médecin coordonnateur, le RAMA peut être valablement réalisé partiellement par l'équipe soignante. Il est rappelé que le RAMA est le rapport des activités médicales de l'établissement et que sa rédaction est pluridisciplinaire. Il peut donc être rédigé par la direction de l'EHPAD avec le concours de l'équipe soignante. Il convient donc de produire les données du RAMA, chaque année, afin d'assurer la continuité des informations médicales se rapportant à la prise en charge des résidents. La prescription 7 est maintenue, dans l'attente de la rédaction du RAMA chaque année.
1.15 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 réalisés en 2023 et 2024.	Oui	Plusieurs documents ont été remis, dont la procédure de gestion des EI (dont EIAS), le guide d'utilisation du logiciel , la charte d'incitation au signalement ainsi que trois signalements d'EIG : 10/01/2023 (vollet 1 et 2) 10/03/2023 (vollet 1 et 2), 27/01/2023. A la lecture de l'EIG du 10/01/2023, il s'avère que celui-ci est survenu trois jours avant la déclaration, soit le 07/10/2023. Quant à l'EIG du 27/01/2024, ce dernier a été signalé le 22/02/2024, soit 31 jours après la survenue de l'événement. Il est rappelé à l'établissement son obligation de signaler sans délai, tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents. Par ailleurs, il est relevé que la procédure GHND de signalement et de gestion des EI (dont EIAS) définit ce qu'est un EIGS, mais pas un EIG au sens de l'article L331-8-1 du CASF et de l'article 1 de l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales.	Ecart 8 : en l'absence de signalement immédiat des EIG du 10/01/2023 et du 22/02/2024 aux autorités administratives compétentes, l'EHPAD n'atteste pas être conforme à l'article L331-8-1 CASF. Remarque 6 : la procédure relative au signalement et à la gestion des EI au sein du GHND ne définit pas ce qu'est un EIG au sein des ESMS, ce qui ne permet pas à l'EHPAD de développer la culture de signalement des EIG.	Prescription 8 : informer, sans délai, les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, conformément à l'article L331-8-1 CASF. Recommandation 6 : intégrer dans la procédure de gestion des EI les spécificités du secteur médico-social, afin de développer la culture de signalement des EIG en EHPAD.		La procédure de gestion des EI GHND sera revue afin d'intégrer les spécificités du secteur médico-social sur le premier trimestre 2025	Dont acte. La prescription 8 et la recommandation 6 sont maintenues, dans l'attente du signalement systématique des EIG auprès des autorités administratives compétentes et de l'intégration dans la procédure de gestion des EI des spécificités du secteur médico-social, afin de développer la culture de signalement des EIG au sein de l'EHPAD.
1.16 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, en 2023 et 2024.	Oui	Plusieurs documents ont été remis : le bilan des EI 2023 au sein du CHIM, le suivi des EI ayant fait l'objet d'un CREX en 2023 et en 2024, un document intitulé "la communication des résultats de CREX", ainsi que la fiche technique de "conduite à tenir en service de soins ou médico-technique en cas d'EIG". Par ailleurs, ce dernier ne définit pas ce qu'est un EIG au sens de l'article L331-8-1 du CASF et de l'article 1 de l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales. La transmission des suivis des EI, ayant fait l'objet d'un CREX, ainsi que le bilan des EI 2023 atteste de la mise en place d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG au sein de l'EHPAD.	Remarque 7 : la fiche technique relative à la "conduite à tenir en service de soins ou médico-technique en cas d'évènement indésirable grave (EIG)" ne définit pas ce qu'est un EIG au sein des ESMS, ce qui ne permet pas à l'EHPAD de développer la culture de signalement des EIG.	Recommandation 7 : intégrer dans la fiche technique relative à la "conduite à tenir en service de soins ou médico-technique en cas d'évènement indésirable grave (EIG)" les spécificités du secteur médico-social, afin de développer la culture de signalement des EIG en EHPAD.		La fiche technique "conduite à tenir en service de soins ou médico-technique en cas d'évènement indésirable grave (EIG)" sera revue afin d'intégrer les spécificités du secteur médico-social.	Dans l'attente de l'intégration dans la fiche technique relative à la "conduite à tenir en service de soins ou médico-technique en cas d'évènement indésirable grave (EIG)" les spécificités du secteur médico-social, la recommandation 7 est maintenue.
1.17 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 transmet le résultat des élections des représentants des résidents et des familles, mais pas la décision d'institution du CVS. Il déclare également que cette élection n'a pas donné lieu à l'élaboration d'une décision d'institution. Il est pourtant rappelé l'obligation à l'établissement d'élaborer et de transmettre la décision d'institution du CVS à l'autorité administrative compétente. Enfin, le procès-verbal du CVS du 14/11/2023 a également été transmis, mais il ne précise pas la composition du CVS. Il n'est donc pas possible pour la mission d'apprécier la composition du CVS de l'EHPAD.	Ecart 9 : en l'absence d'élaboration et de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'est pas conforme à l'article D311-4 du CASF et n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 9 : transmettre la décision instituant tous les membres du CVS, afin de vérifier sa conformité aux articles D311-4 et D311-5 du CASF.		Une décision formalisant l'installation de l'ensemble des membres des différents collèges sera présentée au prochain CVS prévu en 2025.	Il était attendu en réponse la transmission de la décision instituant l'ensemble des membres du CVS élus/désignés ou plus simplement la liste des différents collèges du CVS, à défaut de décision. Il est acté l'engagement pris par l'établissement de présenter au CVS en 2025 la décision instituant le CVS. La prescription 9 est levée.
1.18 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	L'établissement déclare que le nouveau règlement intérieur du CVS a été rédigé et sera présenté lors du CVS du 25/07/2024. Pourtant, il est relevé que les élections du CVS se sont déroulées le 12/10/2023 et le CVS d'installation du CVS lui le 14/11/2023, le règlement intérieur aurait dû être établi lors de cette première réunion conformément à la réglementation.	Ecart 10 : en l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS suite aux élections du 12/10/2023, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF	Prescription 10 : transmettre le procès-verbal du CVS du 25/07/2024 établissant le nouveau règlement intérieur, conformément à l'article D311-19 du CASF.	PV DU 25 07 2024	Le compte-rendu de la séance du 25 juillet 2024 est déposé sur collecte-pro.	Le compte rendu de la séance du CVS du 25/07/2024 est remis comme élément probant. Un point sur la validation du nouveau règlement intérieur s'y trouve. Le document est validé par l'instance. La prescription 10 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	Oui	7 procès-verbaux ont été remis : 12/01/2022, 08/04/2022, 06/10/2022, 29/06/2023, 14/11/2023, 07/12/2023 et 28/03/2024. Suite à l'annulation du CVS du 29/06/2023 (faute de quorum), le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2023. Ce procès-verbal de non-tenue de ce CVS a été rédigé. Il mentionne le désistement du Président du CVS, des représentants de familles et des résidents au CVS qui entraine de nouvelles élections des représentants du CVS. A la suite des élections, aucun membre du CVS n'a souhaité se porter candidat au poste de Président du CVS (cf. procès-verbal du 07/12/2023). De fait, les comptes rendus du CVS ne sont plus signés depuis le 29/06/2023. Il est par ailleurs relevé que tous les comptes rendus sont signés par le(a) Directeur(rice) délégué(e) de l'EHPAD. Il est rappelé que les comptes-rendus du CVS doivent être signés par le Président du CVS uniquement. Par ailleurs, le procès verbal du 06/10/2022 relève que deux avis ont été émis alors que le nombre de représentants des résidents et des familles n'était pas supérieur à la moitié des membres présents au CVS. Pour rappel, dans ce cas précis, l'examen de la question doit être inscrit à une séance ultérieure. De plus, il est relevé lors des CVS du 07/12/2023 et du 28/03/2024 que le nombre des professionnels présents lors des réunions est particulièrement important. Cela crée un déséquilibre par rapport aux représentants des usagers (résidents, familles et représentants légaux). Ces derniers ne sont jamais majoritaires au sein des réunions. Cette situation ne constitue pas des conditions équilibrées d'un échange productif et peut entraver la libre expression des usagers.	Ecart 11 : en l'absence d'organisation de 3 CVS en 2023, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 12 : en l'absence de Président du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-9 du CASF. Ecart 13 : en faisant signer le compte rendu du CVS par le Directeur en plus du Président ou à sa place, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF. Ecart 14 : lors de la séance du 06/10/2022 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. Remarque 8 : le déséquilibre constaté entre les professionnels présents aux réunions du CVS et les représentants des résidents/familles ne permet pas de garantir la libre expression de ces derniers.	Prescription 11 : veiller réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 12 : élire le Président du CVS conformément à l'article D311-9 du CASF. Prescription 13 : faire signer les comptes rendus par le seul Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF. Prescription 14 : veiller à ce que lors des consultations du CVS, le nombre de 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. Recommandation 8 : veiller à l'équilibre de la représentation entre les représentants de l'organisme et ceux des résidents/familles lors des réunions du CVS.		Les dates des 3 CVS sont organisées à N-1. Il se peut cependant qu'une des trois séances n'ait lieu faute d'éléments à présenter ou faute de quorum mais également suite à des désistements. Il est important de souligner qu'en amont de la séance, le Directeur et la Cadre Supérieur de Santé (qui fait office de PCRU) rencontrent les représentants des familles pour évoquer les problématiques et répondre rapidement à leurs interrogations afin de donner la parole aux représentants des résidents le jour de la séance. Suite aux élections de 2023, aucun membre n'a souhaité se porter volontaire pour être élu Président (e). Suite à la démission récente des deux représentantes des familles titulaires, les deux suppléantes prendront leur place. Un vote à bulletin secret sera effectué. Le nombre de professionnels invités au CVS sera limité afin de veiller à un juste équilibre entre les représentants des personnes accueillies, les représentants des familles et les professionnels.	La réunion préparatoire au CVS organisée en amont de la tenue du CVS avec les représentants des familles est une initiative intéressante. Il est bien compris que certains événements conduisent à l'annulation de CVS. Pour autant, il est rappelé que la règle est de 3 CVS par an au moins. Il est acté que le CVS ne compte pas de président, faute de candidats parmi ses membres. L'établissement compte donc sur le changement des membres titulaires des représentants des familles pour relancer l'élection d'un président. Il est rappelé que le président du CVS a une place importante au sein du CVS : il convoque le CVS (art 311-16 CASF), valide l'ordre du jour (art 311-16 CASF) et anime les réunions du CVS. L'engagement de l'établissement de réduire le nombre des professionnels de l'EHPAD présents lors des séances du CVS est bien noté. Les prescriptions 11, 12, 13 et 14 ainsi que la recommandation 8 sont maintenues dans l'attente de la mise en œuvre effective des mesures correctives attendues.

