

RAPPORT de CONTROLE le 25/11/2024

EHPAD RESIDENCE SENIOR LE RIVAGE à ROANNE_42

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : FONDATION PARTAGE ET VIE

Nombre de places : 80 places en HP

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecarts / 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 nominatif et est daté du 30 septembre 2024.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).	oui	La direction a répondu au 11 novembre 2024 et déclare ne plus avoir de postes vacants. En effet, la situation s'est nettement améliorée courant 2024, puisque les postes vacants occupés par des remplaçants en CDD ont accepté la signature d'un contrat en CDI.					
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	La directrice en poste depuis le 1er décembre 2014 a obtenu le certificat professionnel de directeur des établissements de santé à en 2014 ce qui est conforme au niveau d'étude exigé à l'article D312-176-6 CASF.					
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 directrice de l'EHPAD a reçu subdélégation du directeur territorial en date du 27/02/20. La subdélégation couvre notamment l'élaboration du budget prévisionnel, l'exécution et le suivi des dépenses, la gestion des ressources humaines et les relations avec les intervenants extérieurs.					
1.5 Un 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	Il a été transmis 4 documents internes à la Fondation Partage et Vie relatifs à l'astreinte : 1er document : Un document sur l'organisation de l'astreinte mutualisée entre les directeurs sur une zone géographique identifiée. Pour ce faire, un critère de définition du périmètre a été arrêté : c'est 2h de distance moyenne entre les sites. Le roulement de l'astreinte mutualisée est organisé et repose sur le principe suivant : 1 semaine d'astreinte toutes les 3 semaines maximum par directeur d'établissement. En revanche, il manque la liste des établissements qui constituent le périmètre de l'astreinte mutualisée. Une carte existe mais elle est insuffisante car très peu visible. De plus, il n'est pas fait référence à un numéro unique d'astreinte. 2ème document : Le planning d'astreinte remis manque de clarté puisque 3 noms apparaissent sans aucune précision de leur fonction ou de leur rattachement à un établissement. De plus, les horaires d'astreinte n'y sont pas définis. 3ème document : La Fondation Partage et Vie a transmis à chaque établissement un manuel d'urgence de l'astreinte. Les modalités d'intervention sont définis concernant les urgences absolus (incendie, accident électrique,...), les personnes accueillies (chute, maladie,...), les personnels (accident du travail ou absence), les problématiques techniques (coupe EDF, inondation du bâtiment,...) et enfin les situations météorologiques exceptionnelles. Cette trame du manuel d'urgence a été personnalisée par l'établissement et elle n'appelle pas de remarque particulière. 4ème document : La procédure en mode dégradé de l'organisation de travail des ASD, IDE et ASL transmise permet de constater que l'appel à l'astreinte se fait uniquement la nuit et en l'absence de veilleuse de nuit.	Remarque 1 : En l'absence d'indication sur les EHPAD y participant, le périmètre de l'astreinte mutualisée n'est pas clairement défini. Remarque 2 : Les plannings remis ne mentionnent pas les horaires de l'astreinte et les fonctions des professionnels y participant.	Recommendation 2 : Compléter la procédure en intégrant la liste des établissements participants à l'astreinte mutualisée. Recommendation 2 : Modifier les plannings d'astreinte en faisant apparaître les horaires et la fonction des professionnels participants à l'astreinte.	1.5. Astreintes 2025	La carte de l'astreinte est peu visible, elle a été éditée par le siège de la Fondation. De ce fait, en établissement, il a été décidé d'afficher les semaines d'astreintes des directeurs avec leur numéro professionnel. Il n'y a pas de numéro unique d'astreinte car l'utilisation du numéro professionnel est plus pratique. Le planning d'astreinte est affiché dans la salle de relève. Il a été mis à jour et est indiqué sur ce planning les établissements faisant parti du roulement ainsi que les postes des personnes d'astreinte et les horaires (en pièce jointe)	La direction déclare ne pas pouvoir modifier les documents réalisés par le siège. Toutefois, la remarque a été prise en compte puisque la direction déclare avoir rectifié dans l'établissement le planning d'astreinte en faisant apparaître le périmètre de l'astreinte avec le numéro professionnel des directeurs assurant l'astreinte. En conséquence, la recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	oui	Il a été remis les prises de note de la directrice concernant les CODIR du 9/09 au 18/11/24. Cette absence de formalisation de CR ne permet pas le pilotage des dossiers avec les cadres de proximité.	Remarque 3 : En l'absence de formalisation des CR de CODIR, l'établissement n'atteste pas organiser de réunions avec l'équipe encadrante afin de suivre les différents dossiers d'actualité.	Recommendation 3 : Formaliser les CR de CODIR afin de suivre les différents dossiers d'actualité avec l'équipe encadrante.	1.6. CR CODIR Janvier 2025	Les documents envoyés ne sont pas les prises de notes mais les comptes rendus en version manuscrite. Néanmoins, vous trouverez en pièce jointe les CR de 2025 (version informatique) signés par les membres du CODIR. Les suivants seront sur le même format	La direction a remis les 3 derniers CR de CODIR pour le mois de janvier 2025. Les CR sont formalisés permettant une meilleure diffusion à l'ensemble de l'équipe de direction. Par conséquent, la recommandation 3 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	oui	Le projet d'établissement couvre la période 2024-2029, il est inscrit qu'il a été validé par la directrice le 15 octobre 2024. Il y a des objectifs sur 5 ans mais pas de fiches actions calendrés avec un pilote identifié, ce qui ne facilite pas le suivi des objectifs dans le projet d'établissement. De plus, il n'est pas fait mention de la date de consultation du CVS pour la rédaction et mise à jour du PE conformément à l'article L311-8 du CASF.	Remarque 4 : Le projet d'établissement ne comporte pas de fiches action, ce qui ne facilite pas le suivi des objectifs dans le projet d'établissement. Ecart 1 : En l'absence de date de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevent à l'article L311-8 du CASF.	Recommendation 4 : Prévoir des fiches actions pour chaque objectif identifié dans le projet d'établissement. Prescription 1 : Présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-8 du CASF.		Les fiches actions seront préparés lors du prochain COPIL au mois de Février afin qu'elles soient travaillées en équipe pluridisciplinaire. Le projet d'établissement sera présenté au membres du CVS pour consultation. Le prochain CVS aura lieu le vendredi 28 Mars	Suite au mail de la directrice du 13 mars 2025, de nouveaux éléments de réponse ont été apportés. La direction a remis le CR de CVS en date du 24 février 2025. A sa lecture, des fiches actions ont été élaborées et présentées aux membres du CVS. Par conséquent, la recommandation 4 est levée. De plus, les membres du CVS ont émis un avis favorable sur le contenu du projet d'établissement présenté lors de la séance du 24 février 2025. En conséquence, la prescription 1 est levée. Il convient d'intégrer les fiches actions et la date de consultation des membres du CVS au sein du projet d'établissement.
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	Il a été remis une charte de bientraitance, une procédure sur la gestion de la maltraitance et le projet d'établissement. S'agissant du projet d'établissement, il est relevé l'absence des modalités de repérage des risques de maltraitance et notamment l'absence d'une cartographie des risques. A partir du résultat de cette cartographie, un plan d'action pourra être élaboré. Il est à souligner la volonté de la part de la direction de former davantage les professionnels à la prévention de la maltraitance et d'instituer un groupe d'analyse des pratiques professionnelles et de veiller à la régularité du suivi des événements indésirables. S'agissant de la procédure de la prévention de la maltraitance, elle définit ce qu'est la maltraitance, les moyens de prévention dont dispose l'établissement et la manière dont doit être gérée les situations de maltraitance. L'EHPAD a réfléchi à une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, conformément au décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS, qui reste à compléter notamment sur la partie des moyens de repérage et la mise en place d'un plan d'actions.	Remarque 5 : En l'absence de développement des moyens de repérage des risques de maltraitance et d'élaboration d'un plan d'actions, la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance risque de ne pas être opérationnelle.	Recommendation 5 : Développer les moyens de repérage des risques de maltraitance et élaborer un plan d'actions afin que la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance soit opérationnelle.	1.8. Autoévaluation risques de maltraitance	Autoévaluation des risques de maltraitance avec cartographie et plan d'action intégrés. Cette autoévaluation va être versée au projet d'établissement qui sera présenté au CVS, au COPIL et aux membres du CSE. Cette cartographie intégrant les moyens de repérage et le plan d'actions qui en découle est en pièce jointe.	La direction a remis la cartographie des risques et le plan d'action de l'établissement. Il convient d'intégrer désormais ces éléments au sein du projet d'établissement afin d'identifier clairement la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD Le Rivage. Par conséquent, la recommandation 5 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	oui	Le règlement de fonctionnement couvre la période 2024-2029, il a été mis à jour le 27 février 2024. Il est relevé l'absence de date de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement contrairement à ce que prévoit l'article L311-7 du CASF. Par ailleurs, le contenu du règlement est incomplet ce qui contrevent à l'article R311-35 du CASF. En effet, les items suivants sont manquants : - absence des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, - absence des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues.	Ecart 2 : En l'absence de référence à la date de consultation du règlement de fonctionnement par les membres du CVS, l'EHPAD contrevent à l'article L311-7 du CASF. Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas l'ensemble des items prévus à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : Procéder à la consultation du CVS concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues conformément à l'article R311-35 du CASF.		Le règlement de fonctionnement sera présenté aux membres du CVS pour consultation. Le prochain CVS aura lieu le vendredi 28 Mars Le règlement de fonctionnement va être réactualisé en rajoutant les items manquants et présenté au prochain CVS	Suite au mail de la directrice du 13 mars 2025, de nouveaux éléments de réponse ont été apportés. La direction a remis le CR de CVS en date du 24 février 2025. Dans son ordre du jour, il est indiqué la consultation des membres du CVS quant aux modifications faites au sein du règlement de fonctionnement. Par conséquent, l'EHPAD atteste avoir présenté le règlement de fonctionnement aux membres du CVS, la prescription 2 est levée. Par ailleurs, la direction a présenté les points modifiés. Notamment, il a été intégrer au sein du règlement de fonctionnement les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues. Par conséquent, la prescription 3 est levée.
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	oui	Il a été remis l'avantage au contrat de travail de Mme D-S attestant de sa promotion en qualité d'encadrante d'unité de soins à compter du 1er juillet 2018. Elle exerce à temps plein à l'EHPAD Séniior Le Rivage.					

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 à la question, l'EHPAD ne peut attester que l'IDEC a réalisé une formation spécifique à l'encadrement. En l'absence du diplôme de cadre de santé, il ne peut être identifiée sur l'organigramme comme "cadre de santé". Il s'agit d'une IDEC.	Remarque 6 : Aucun justificatif de formation n'a été transmis, ne permettant pas d'attester que l'IDEC a réalisé une formation spécifique à l'encadrement. Remarque 7 : L'organigramme identifie sur les fonctions de cadre de santé alors qu'elle ne dispose pas du diplôme de cadre de santé.	Recommendation 6 : Soutenir l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales. Recommendation 7 : Modifier l'intitulé des fonctions de au sein de l'organigramme en cohérence avec son diplôme.	1.11. Courier formation IDEC 1.11. Plaquette Croix Rouge 1.11. Organigramme Le Rivage	Nous avons proposé une formation au métier d'IDEC à au sein de la Croix rouge Française. Ce parcours de formation correspond à 147 heures au sein de la Crois Rouge de Lyon (courrier à la salariée et documentation en pièces jointes) L'intitulé des fonctions de a été modifié et est en pièce jointe.	La direction a transmis le courrier de proposition de formation d'IDEC à l'infirmière coordonnatrice de l'EHPAD. Cela atteste d'un engagement de l'établissement de soutenir l'IDEC en poste dans une formation lui permettant d'acquérir des compétences managériales. Par conséquent, la recommendation 6 est levée . La direction a remis l'organigramme avec l'intitulé des fonctions de l'IDEC modifié. La recommendation 7 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	Il a été remis le contrat de travail du Dr embauché en qualité de MEDEC, en CDI, à temps partiel soit 22,75 heures par mois, à compter du 1er juillet 2024. Par ailleurs, à la lecture de son planning remis, il est relevé que celui-ci est absent depuis le 9/08/24. En l'absence de précision sur la date de retour de l'arrêt longue maladie du MEDEC, l'EHPAD ne dispose pas de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF. Par ailleurs, au regard de la capacité de l'établissement (80 lits) et conformément à l'article D312-156 du CASF, le temps d'intervention du MEDEC est insuffisant. Il est attendu un temps d'intervention de 0,6ETP.	Ecart 4 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement est insuffisant et contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4 : Augmenter le temps de présence du MEDEC dans l'établissement à hauteur de 0,6ETP, et assurer son remplacement en son absence, conformément à l'article D312-156 du CASF.		Le médecin coordonnateur est déjà à 80% dans un autre établissement. Il ne peut donc pas assurer un poste à 0,60 ETP au sein de l'EHPAD. Souhaitez vous un courrier de sa part en indiquant ces éléments ?	La direction déclare que le MEDEC ne peut augmenter son temps de travail puisqu'il exerce à hauteur de 0,8ETP dans un autre établissement. Toutefois, le temps d'intervention du MEDEC reste insuffisant. Dans l'attente d'un temps d'intervention d'un MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 4 est maintenue .
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? joindre le ou les justificatifs.	oui	Dr est titulaire d'un DU en "coordination médicale d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes" obtenu en 2005.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	oui	La direction déclare que l'établissement ne dispose pas de MEDEC depuis 2021 et elle s'engage à réunir la commission de coordination gériatrique au retour de l'arrêt maladie du MEDEC. En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Ecart 5 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		A la lecture de la prescription, devons nous prévoir une commission de coordination gériatrique en l'absence du médecin coordonnateur et en présence de l'IDEC ?	La réunion de la commission de coordination gériatrique relève des missions du MEDEC, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. Il convient, au retour d'arrêt maladie du MEDEC, de réunir la commission de coordination gériatrique. De plus, l'IDEC peut être associé et participer à la préparation de la commission de coordination gériatrique. Dans l'attente, la prescription 5 est maintenue .
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	oui	Il a été remis l'accusé de réception de la démarche d'analyse et maîtrise du risque infectieux transmise au CPIAS. Cet accusé de réception du CPIAS ARA ne peut s'apparenter à un RAMA. S'agissant du RAMA 2023 il est relevé l'absence de signature conjointe du MEDEC et de la directrice d'établissement, ce qui contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Ecart 6 : En l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Signer conjointement le RAMA 2023 par le MEDEC et la directrice d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	1.15. RAMA signé	En 2023, l'établissement n'avait pas de Medco. Le médecin, à son embauche en juillet 2024, n'a pas souhaité signer le RAMA 2023 puisqu'il n'était pas embauché à cette période là. Le RAMA en pièce jointe est signé par l'IDEC en poste et la directrice.	La direction déclare que l'IDEC en poste en 2023 a signé le RAMA 2023, en l'absence de MEDEC à cette époque. Par conséquent, la prescription 6 est levée .
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	oui	La direction déclare ne pas avoir eu de signalement à réaliser pour 2023. Pour l'année 2024, la direction a remis 2 fiches de signalements aux autorités de tutelle. Les 2 signalements concernent une erreur d'administration de traitement sans conséquence grave pour le résident. Par ailleurs, à la lecture des CR de réunion qualité, il est relevé la survenance de 2 EI qui auraient dû faire l'objet d'un signalement aux autorités de tutelle : - 1EI relatif à la tentative de suicide d'un résident (CR du 8/10/24). - 1EI concernant un départ de feu dans les cuisines (CR du 12/11/24). Par conséquent, l'EHPAD n'atteste pas signaler, sans délai, tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.	Ecart 7 : En l'absence de signalement aux autorités de tutelle de 2 événements survenus en 2024, l'EHPAD n'atteste pas signaler, sans délai, tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, ce qui contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 7 : Signaler, sans délai, aux autorités de tutelle, tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.			En l'absence de réponse et/ou d'élément de preuve, la prescription 7 est maintenue .
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	oui	La direction a remis 5 documents (affiche, protocole, procédures et guide) interne à la Fondation Partage et Vie concernant la déclaration et le traitement des EI/EIG. De plus, la direction a remis 3 CR de réunions du COPIL qualité (8/10, 7/11 et 12/11/24) attestant d'une réunion mensuelle. Participants la directrice, l'IDEC, des soignants (ASD et IDE), l'animatrice, la responsable cadre de vie et le référent qualité de la fondation. A la lecture des CR, une analyse des événements survenus est réalisée et un plan d'action est établi. Un tableau répertorie l'état d'avancement des plans d'actions. L'EHPAD s'est donc doté d'un dispositif de gestion des EI/EIG.					
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	oui	La direction a remis le PV des élections du CVS en date du 12 janvier 2024. Sont élus des représentants des résidents, des proches et des représentants du personnel ainsi que deux représentants des bénévoles. Il manque l'identification d'un membre de l'organisme gestionnaire conformément à l'article D311-5 du CASF. Par ailleurs, à la lecture de la décision instituant le CVS, il est relevé que le président du CVS a été élu, conformément à l'article D311-9 du CASF.	Ecart 8 : En l'absence d'identification d'un représentant de l'organisme gestionnaire, la composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : Identifier un représentant de l'organisme gestionnaire conformément à l'article D311-5 du CASF.	1.18. Courrier CVS	Courrier et mail envoyé aux représentants du CVS indiquant le représentant de l'organisme gestionnaire conformément à l'article D311-5 du CASF.	La direction a remis le courrier envoyé aux représentants du CVS informant de l'identification du représentant de l'organisme gestionnaire. Toutefois, à sa lecture, il est relevé que la directrice de l'EHPAD est la représentante de l'organisme gestionnaire. Or, la directrice n'a qu'une voix consultative et non délibérative. Par conséquent, la directrice ne peut être représentante de l'organisme gestionnaire. Par conséquent, la prescription 8 est maintenue .
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	oui	Il a été transmis le règlement intérieur du CVS actualisé lors de la séance du 16 février 2024 ainsi que le PV de CVS attestant de son approbation par les membres du CVS conformément à l'article D311-19 du CASF.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	oui	Il a été remis 4 CR de CVS pour 2023 et 3 CR de CVS pour 2024. Il est relevé la pluralité des échanges entre les familles, résidents et la direction. Par ailleurs, les différents PV de CVS ont bien été porté à la signature de la présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.					