

RAPPORT de CONTROLE le 24/01/2024

EHPAD SAINT LOUIS à ST NIZIER SOUS CHARLIEU_42

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : M.R.DE ST NIZIER

Nombre de places : 88 lits dont 4 lits en HT et un PASA

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	Il a été remis l'organigramme de l'administration de la direction commune des EHPAD du CH de Charlieu les Cordeliers, EHPAD du Pays de Belmont et de l'EHPAD Saint Louis. Toutefois, il était attendu la transmission de l'organigramme de l'EHPAD Saint Louis permettant de connaître son organisation interne. En effet, il n'est pas identifié les professionnels intervenant à l'EHPAD Saint Louis tels que : le MEDEC, la cadre de santé. Par ailleurs, l'organigramme remis n'est pas daté ce qui ne permet pas de s'assurer de son actualisation.	Remarque 1 : L'organigramme remis ne permet pas de connaître le fonctionnement interne de l'EHPAD Saint Louis. Remarque 2 : L'absence de date sur l'organigramme de l'EHPAD Saint Louis ne permet pas de s'assurer de son actualisation régulière.	Recommandation 1 : Elaborer un organigramme spécifique à l'EHPAD Saint Louis intégrant les professionnels intervenant à l'EHPAD afin de connaître son organisation interne. Recommandation 2 : S'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.	1.1 Organigramme	L'organigramme de l'EHPAD SAINT-LOUIS a été réalisé et est mis à jour lors de chaque changements.	Dont acte. L'organigramme remis est daté et les professionnels intervenant à l'EHPAD St Louis sont identifiés. Par conséquent, les recommandations 1 et 2 sont levées.
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	Le tableau remis présente les professionnels titulaires et les professionnels contractuels exerçant à l'EHPAD Saint Louis au 1er juillet 2024. En l'absence de précision sur la quotité d'ETP par professionnels, le tableau des effectifs est difficilement lisible. Par conséquent, il n'est pas possible de connaître précisément le nombre d'ETP vacants à l'EHPAD Saint Louis. Dans tous les cas, sur le soins il apparait que le poste de cadre de santé est vacant mais remplacé par une faisant fonction, 2 postes vacants d'IDE dont 1 poste non remplacé et le second remplacé par une succession d'intérimaires.	Remarque 3 : En l'absence de précision du nombre d'ETP par professionnels, le tableau des effectifs 2024 manque de clarté.	Recommandation 3 : Ajouter la quotité d'ETP des professionnels afin de quantifier le nombre d'ETP vacants.	1.2 Effectifs du personnel	Tableau des effectifs ci-joint	Dont acte. La quotité d'ETP des professionnels a été ajouté au tableau des effectifs 2024. Par conséquent, la recommandation 3 est levée.
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	Par l'arrêté n°2021-17-0469, Mr _____, directeur d'établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux du CH de St Just la Pendue et de l'EHPAD de Neulise est nommé pour assurer la direction par intérim des fonctions de directeur du CH de Charlieu et de l'EHPAD de St Nizier sous Charlieu, à compter du 19 novembre 2021 et jusqu'à la nomination d'un nouveau directeur.					
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	oui	Le directeur fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux. Il exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du CSP.					
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	Il a été remis le planning du 1er et 2ème semestre 2024. A la lecture du planning, il est relevé que 5 professionnels y participent, le roulement est équilibré. De plus, il est précisé le nom des professionnels d'astreinte et leur numéro. Toutefois, il n'est pas précisé les fonctions des agents participant à l'astreinte. Il est présenté le périmètre de l'astreinte, elle est composée de 11 EHPAD. -EHPAD la Pacaudière (92 lits), -EHPAD Le Cloître (83 lits), -EHPAD Le Bel Autonne (80 lits), -EHPAD de St Nizier sous Charlieu (88 lits), -EHPAD du CH de Charlieu (85 lits), -EHPAD du Pays de Belmont (125 lits), -EHPAD Maison de la Foret (50 lits), -EHPAD le Parc (80 lits), -EHPAD les Hirondelles (54 lits), -EHPAD du CH de St Just la pendue (96 lits), -EHPAD de Neulise (84 lits), ce qui représente au total 917 lits. Par ailleurs, aucune procédure d'astreinte n'a pas été transmise, ce qui ne permet pas de connaître son organisation et son fonctionnement.	Remarque 4 : L'absence de transmission de la procédure d'astreinte administrative ne permet pas de définir son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, amplitude horaire, modalités de recours, numéro unique, etc.) et d'informer les professionnels des 11 établissements des critères de déclenchement de l'astreinte.	Recommandation 4 : Rédiger une procédure d'astreinte administrative définissant son fonctionnement et son organisation (cadres responsables, amplitude horaire, modalités de recours, numéro unique, etc.) et d'informer les professionnels des 11 établissements des critères de déclenchement de l'astreinte.		La procédure d'astreinte administrative est en cours de rédaction entre les directeurs d'établissement	S'agissant de la formalisation d'une procédure d'astreinte administrative, la direction déclare programmer un temps d'échange avec les autres directeurs du territoire courant le 1er semestre afin d'élaborer une procédure de saisine de l'astreinte. Dans l'attente de la transmission de la procédure, la recommandation 4 est maintenue.
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 le tableau de suivi de 3 pôles : finances, RH et ALISE (cuisine, logistique, achat, blanchisserie), ce qui atteste de l'organisation de temps d'échanges au sein des pôles sur la base de tableaux de suivi des réunions. Toutefois, dans la mesure où ces réunions ne sont pas datées, cela ne permet pas de s'assurer de leur périodicité régulière. Par ailleurs, il y a été remis un unique CR de réunion de "commission de coordination de direction" daté du 26 juillet 2024. Il s'agit d'une réunion transversale spécifique à l'EHPAD Saint Louis. Sont présents l'adjointe de direction, la cadre de santé, la responsable RH, le référent technique, la gestionnaire qualité et le chef de restauration. Un tour de table est réalisé permettant à chacun des responsables d'évoquer des sujets spécifiques à leur service. Il était attendu les 3 derniers CR afin de justifier de leur régularité. En l'absence d'organisation de temps d'échanges réguliers entre les responsables de services, la direction ne peut garantir l'existence d'un pilotage de proximité de l'EHPAD.	Remarque 5 : En l'absence de date sur les CR des réunions de pôles, il n'est pas possible de s'assurer d'une périodicité régulière de ces réunions. Remarque 6 : En l'absence d'organisation de temps d'échanges réguliers entre les responsables de services, la direction ne peut garantir l'existence d'un pilotage de proximité de l'EHPAD.	Recommandation 5 : Dater les CR des réunions de pôles afin d'attester de leur périodicité régulière. Recommandation 6 : Organiser des temps d'échanges réguliers avec les responsables de services afin de garantir une gestion de proximité de l'EHPAD.	1.6.1 suivi pole FINANCE 1.6.2 suivi pole ALISE 1.6.3 suivi pole RH	Les CR des réunions de pôles ont été datés, comme vous le verrez ci-joint. Des CODIR sont organisés tous les 15 jours.	Il a été remis le tableau de suivi de 3 pôles : finances, RH et ALISE, ce qui atteste de l'organisation de temps d'échanges au sein des pôles sur la base de tableaux de suivi des réunions. Ces réunions sont datées, ce qui permet de s'assurer d'une périodicité des réunions de pôles. Par conséquent, la recommandation 5 est levée. S'agissant des CR de la réunion de la commission de coordination de direction, la direction déclare réunir le CODIR tous les 15 jours. Toutefois, la direction n'a pas remis d'éléments de preuve. En conséquence, la recommandation 6 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement remis pour 2025-2030 est toujours en cours de finalisation. En effet, il manque deux fiches actions concernant la logistique et la technique. A sa lecture, il s'agit d'un PE commun au CH de Cordeliers et aux EHPAD du CH. Les objectifs sont déclinés en action et est précisé l'EHPAD concerné. Par ailleurs, le PE n'a pas fait l'objet d'une consultation des membres du CVS et par conséquent contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Ecart 1 : En l'absence de consultation du CVS sur le projet d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté et indiquer sa date de consultation au sein du PE, conformément à l'article L311-8 du CASF.	1.7 odj du dernier CVS	Le projet d'établissement a été présenté lors du dernier CVS du 9 décembre 2024, après validation en COPIL (cf ordre du jour du précédent CVS ci-joint).	Il a été remis l'ordre du jour de la réunion du CVS du 9 décembre 2024. Toutefois, en l'absence de transmission du PV de CVS, l'EHPAD n'atteste pas de la réunion effective des membres du CVS. Par conséquent, la prescription 2 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 couvrant la période 2025-2030, comporte un axe spécifique à la prévention de la maltraitance au sein de la fiche action "promouvoir la bientraitance". En effet, on retrouve comme objectif la mise en place des temps d'analyse/évaluation des pratiques professionnelles, la définition d'un plan de formation autour des pratiques de soins, la création d'un groupe de travail chargé du déploiement de la politique de prévention de la maltraitance et davantage développer la communication auprès des patients et résidents. Au sein d'une seconde fiche action, axée sur la partie qualité intitulée "développer la culture qualité et gestion des risques", les objectifs sont la réalisation d'une cartographie des risques et le développement du circuit de déclaration, traitement et information des EI/EIG. Par conséquent, l'EHPAD atteste avoir développé une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.					
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Il a été remis le règlement intérieur de l'EHPAD. A sa lecture son contenu s'apparente au règlement de fonctionnement. Il n'est pas daté ce qui ne permet pas de s'assurer de son actualisation au maximum tous les 5 ans, conformément à l'article R311-33 du CASF. Par ailleurs, il n'est pas précisé la date de consultation des membres du CVS, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Concernant le contenu, il est incomplet. En effet, l'item relatif aux modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues sont manquantes conformément à l'article R311-35 du CASF.	Ecart 2 : En l'absence d'une date d'actualisation du règlement de fonctionnement, il n'est pas possible d'apporter une appréciation sur la périodicité de modification du document, conformément à l'article R311-33 du CASF. Ecart 3 : En absence de date de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L 311-7 du CASF. Ecart 4 : Le règlement de fonctionnement n'est pas conforme à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : Préciser la date de modification du règlement de fonctionnement afin d'attester de sa conformité avec l'article R311-33 du CASF. Prescription 3 : Consulter les membres du CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, conformément l'article R311-35 du CASF.	1.9 règlement de fonctionnement	La date de modification du règlement de fonctionnement a été indiquée sur la page de garde: mis à jour octobre 2024. Il a été précisé que le CVS sera consulté dès lors qu'une modification du règlement de fonctionnement doit être faite page 6. Les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissements, lorsqu'elles ont été interrompues, ont été rajoutées page 20.	Dont acte. Le règlement de fonctionnement est daté du mois d'octobre 2024. Par conséquent, la prescription 2 est levée. Concernant la consultation des membres du CVS, la direction déclare avoir ajouté une mention qui stipule que "le CVS sera consulté à chaque modification du règlement de fonctionnement". Toutefois, il est relevé à la page 4 que le règlement de fonctionnement "sera présenté au prochain CVS". Dans l'attente de la présentation du document aux membres du CVS et de l'inscription de la date de consultation dans le document, la prescription 3 est maintenue. S'agissant de l'actualisation du règlement de fonctionnement, les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues ont été ajoutées. Par conséquent, la prescription 4 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 la décision de mutation de Mme _____, infirmière en soins généraux, à l'EHPAD St Louis de St Nizier sous Charlieu à compter du 5 juin 2023. La direction précise que Mme _____ remplace Mme _____ en qualité de faisant fonction de cadre de santé.					

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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Mme exerce en qualité de faisant fonction de cadre de santé à l'EHPAD St Louis. Toutefois, aucune attestation de formation n'a été transmise, ne pouvant atteste que Mme ait suivie une formation spécifique à l'encadrement.	Remarque 7 : La cadre de santé faisant fonction ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement de l'équipe soignante.	Recommandation 7 : Accompagner la cadre de santé faisant fonction à la formation et au diplôme de cadre de santé.		Suite à l'entretien indivuel effectué avec Mme , il s'avère que cette dernière a pour projet de passer le diplôme de cadre de santé.	La direction déclare que Mme souhaite préparer le diplôme de cadre de santé. Par conséquent, la recommandation 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).	<div><div></div><div>oui</div></div>	Le Dr a été recruté en qualité de médecin coordonnateur à compter du 15 novembre 2022. Elle exerce à temps partiel, soit 0,7ETP, sur deux établissements. Elle intervient à l'EHPAD du CH de Charlieu à hauteur de 0,35ETP et à l'EHPAD St Louis à hauteur de 0,35ETP. Toutefois, au regard de la capacité de l'établissement (88 lits) et conformément à l'article D312-158 du CASF, le temps d'intervention du MEDEC est insuffisant.	Ecart 5 : Le temps d'intervention du MEDEC est insuffisant, par conséquent l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps d'intervention du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, conformément à l'article D312-158 du CASF.		Le MEDEC a augmenté son temps de travail de 0,40 ETP.	La direction déclare que le MEDEC a augmenté son temps de travail à hauteur de 0,4ETP. Toutefois, cela est toujours insuffisant. Par conséquent, dans l'attente d'un temps de MEDEC à hauteur de 0,6ETP au regard de la capacité de l'établissement (88 lits), la prescription 5 est maintenue .
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Le MEDEC est titulaire d'une capacité en gérontologie en 1998.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare que la commission de coordination gériatrique n'est pas encore mise en place. En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	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.		Projet de création d'une commission gériatrique en lien avec le MEDEC	La direction déclare qu'un travail est cours avec le MEDEC pour la création d'une commission de coordination gériatrique. Dans l'attente de la réunion de la commission, la prescription 6 est maintenue .
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare que le RAMA 2023 est en cours d'élaboration. En l'absence de transmission du RAMA 2023, l'EHPAD n'atteste pas de sa réalisation effective, ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Ecart 7 : En l'absence de transmission du RAMA 2023, l'EHPAD n'atteste pas de sa réalisation effective, ce qui contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Rédiger le RAMA 2023, conformément à l'article D312-158 du CASF, et le transmettre.		Pas de RAMA 2023, projet de rédaction pour 2025	La direction déclare qu'un travail est cours avec le MEDEC pour l'élaboration du RAMA 2024. Dans l'attente de la transmission du RAMA 2024, la prescription 7 est maintenue .
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des évènements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Il a été remis les fiches de signalements pour 3 EI/EIG : -1EIG le 2/12/23 relatif à l'arrêt cardiaque d'un résident entraînant son décès. Un CREX en date du 14/12/23 a été fait à la suite de cet évènement. -1EI le 2/07/24 concernant une erreur d'administration de traitement sans conséquence grave pour la résidente. Un CREX a été fait à la suite de cet évènement. -1EI le 28/09/24 lié au comportement violent d'un résident envers un autre résident entrainant sa chute et une fracture. Il est relevé qu'un CREX a été réalisé toutefois son CR n'a pas été transmis. S'agissant de l'EI relatif à l'arrêt cardiaque : à la lecture du CR du CREX, un plan d'action a été établi notamment l'objectif portant sur "l'accès au dossier patient à l'ensemble des agents ". Il est rappelé que l'EHPAD doit détenir pour chaque résident le dossier de liaison d'urgence, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Par ailleurs, à la lecture d'un CR de réunion du comité qualité et gestion des risques en date du 8/04/24, il est relevé qu'un EI daté du 26/02/24 relatif à des faits d'humiliation d'un professionnel envers un résident à fait l'objet d'un signalement à l'ARS. En revanche, sa fiche de signalement n'a pas été transmise, ni le CR du CREX qui a été réalisé à la suite de cet EI.	Remarque 8 : En l'absence de transmission du CR du CREX relatif à des faits d'humiliation d'un professionnel envers un résident, l'EHPAD n'atteste pas assurer un suivi de l'EIGS. Remarque 9 : En l'absence de mise en place du dossier de liaison d'urgence, l'EHPAD méconnaît les recommandations de bonnes pratiques de la HAS du 27 juillet 2015.	Recommandation 8 : Transmettre le CR du CREX relatif à des faits d'humiliation d'un professionnel envers un résident et les actions mises en œuvre dans le cadre du suivi de l'EIGS. Recommandation 9 : S'assurer de la mise à disposition des DLU de tous les résidents en cas d'hospitalisation d'urgence par les professionnels de l'EHPAD.	1.16 Signalement ARS	Pour l'Ei du 28/09/2024, le signalement a été effectué auprès de l'ARS mais aucun CREX n'a été effectué. Fiche de signalement ci-joint Les dossiers de liaisons d'urgence sont mis à disposition auprès des agents en cas de besoin.	La direction a remis la fiche de signalement réalisé auprès des autorités de tutelle relatifs à des faits d'humiliation d'un professionnel envers un résident. Il est seulement précisé qu'aucun CREX n'a été réalisé à la suite de cet évènement. Ainsi, l'établissement répond partiellement à la question puisque les actions mises en oeuvre dans le cadre du suivi de l'EIG n'ont pas été renseignées. Par conséquent, l'EHPAD n'atteste pas avoir réalisé le suivi de l'EIG, la recommandation 8 est maintenue . S'agissant de la mise à disposition des DLU des résidents, la direction déclare que les DLU sont bien mis à disposition des agents en cas de besoin. Toutefois, aucun élément de preuve n'a été transmis. En conséquence, la recommandation 9 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'évènement, 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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Il a été remis 3 CR du comité qualité et gestion des risques et 1 CR de la cellule évènements indésirables. A la lecture des CR sont présents la faisant fonction de cadre de santé, le MEDEC, la qualitiennne, la directrice adjointe, une AS et une IDE ainsi qu'un agent administratif. L'ensemble des EI survenus durant les 4 derniers mois a été analysé en collégialité. Un plan d'action est élaboré et le suivi est réalisé d'une séance sur l'autre. Par ailleurs, des CREX sont organisés lorsque des EIG surviennent. L'établissement atteste d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG.					
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Il a été remis la décision instituant le CVS daté du 23 novembre 2023. Ont été élus des représentants des résidents, des familles et deux représentants du personnel. Toutefois, en l'absence d'identification d'un représentant de l'organisme gestionnaire, l'EHPAD contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Ecart 8 : En l'absence d'identification d'un représentant de l'organisme gestionnaire, l'EHPAD contrevient 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 Décision institution CVS	Document ci-joint, le représentant de l'organisme gestionnaire est mentionné.	Par la décision du 23 novembre 2023, la directrice adjointe de l'EHPAD St Louis a été identifié comme représentante de l'organisme gestionnaire. Par conséquent, la prescription 8 est levée .
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Le règlement de fonctionnement remis est daté du 23/03/2022. Toutefois, au regard des nouvelles élections du 23/11/23, il est attendu que les membres élus élaborent lors de leur première réunion leur règlement intérieur de CVS, conformément à l'article D311-19 du CASF.	Ecart 9 : En l'absence d'élaboration du règlement intérieur du CVS par les membres nouvellement élus du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 9 : Etablir le règlement intérieur du CVS par les membres du CVS nouvellement élus, conformément à l'article D311-19 du CASF.		Le règlement intérieur sera établit los du prochain CVS.	La direction déclare que le bureau du CVS est en cours de modification. Elle précise que le règlement intérieur du CVS sera mis à jour à la suite de la modification du bureau du CVS. Dans l'attente de la transmission du règlement intérieur du CVS, la prescription 9 est maintenue .
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Il a été remis 3 CR de CVS pour 2023 et 2 CR de CVS pour 2024. Divers sujets sont abordés (animation, investissement, COVID, etc) et un temps d'échanges est laissé aux familles et résidents.					
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. <u>Si accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare un taux d'occupation des 4 lits d'hébergement temporaires de 43.01% pour 2023 et de 57% pour le 1er semestre 2024.					
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare que l'HT ne dispose pas de projet de service spécifique actualisé. Par ailleurs, la direction est précisé que dans le cadre des négociations CPOM, à compter du 1er janvier 2025, l'EHPAD St Louis n'aura plus de lits en hébergement temporaire. Toutefois, à la date du contrôle (11/10/24) et en l'absence d'arrêté modifiant la capacité autorisée de l'EHPAD, l'autorisation des lits d'HT est toujours en vigueur. Par conséquent, il est attendu la transmission du projet de service spécifique à l'HT, conformément à l'article D312-9 du CASF.	Ecart 10 : En l'absence de transmission du projet de service spécifique à l'hébergement temporaire, l'EHPAD contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 10 : Transmettre le projet de service spécifique à l'hébergement temporaire, conformément à l'article D312-9 du CASF.		Il n'existe pas de projet de service pour l'hébergement temporaire.	La direction déclare ne pas avoir de projet de service spécifique à l'hébergement temporaire. En conséquence, la prescription 10 est maintenue .
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 ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare que l'hébergement temporaire est géré par la cadre de santé de l'établissement, au même titre que l'hébergement permanent. Si tel est le cas, la fiche de poste de la cadre de santé doit préciser ses missions spécifiques à l'HT notamment les actions mises en place avec les interlocuteurs favorisant le retour au domicile.	Remarque 10 : En l'absence de transmission de la fiche de poste de la cadre de santé, il n'est pas possible de s'assurer que des missions spécifiques à l'HT lui sont dévolues.	Recommandation 10 : Transmettre la fiche de poste de la cadre de santé faisant fonction afin d'attester de ses missions spécifiques à l'HT.	2.3 Fiche de poste cadre de santé	La fiche de poste de la cadre de santé est transmise ci-joint.	La direction a remis la fiche de poste de la cadre de santé. A sa lecture, il est uniquement précisé que la cadre de santé assure la gestion des admissions des résidents en hébergement temporaire. Il n'est pas fait référence à ses missions de mise en relation avec les interlocuteurs favorisant le retour au domicile. En conséquence, la recommandation 10 est maintenue .