

RAPPORT de CONTROLE le 28/01/2025

EHPAD MAISON DE RETRAITE LA VERRERIE à FIRMINY_42

Mise en œuvre du Plan EHPAD 2022-2024 : **Contrôle sur pièces**
Thématique: CSP 12/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS FIRMINY
Nombre de places : 88 places en HP

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 de l'EHPAD a été remis. Il est nominatif et a été mis à jour en décembre 2024. Il présente l'organisation de l'EHPAD, avec un pôle administratif identifié. Le pôle soignant regroupant les personnels soignants n'est pas mentionné en tant que tel. Toutefois la ligne hiérarchique concernant les personnels du soin est bien précisée : le comité de direction (dont IDEC/MEDEC), les IDE, les AS et les ASH. Il est relevé que l'organigramme liste l'ensemble des personnels : l'établissement est ainsi doté en décembre 2024 de : - 7 IDE, - 21 AS jour et 2 AS nuit, - 18 agents de service jour et 2 agents de nuit. Les liens hiérarchiques entre les professionnels de l'EHPAD sont globalement indiqués, hormis pour l'animatrice et les 2 lingères.					
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.).	Non	Aucune réponse n'est apportée. Toutefois, il est relevé à la lecture de l'organigramme qu'au jour de la réponse au contrôle sur pièces en décembre 2024, le poste de directeur n'est pas occupé (recrutement en cours). Le poste d'IDEC est également vacant (poste pourvu au 06/01/2025) ainsi que celui de psychologue. Il est aussi repéré sur le site internet de l'EHPAD au 23/01/2025, que le poste de directeur adjoint est à pourvoir au 01/02/2025, en raison du départ de la directrice adjointe, Mme ... (indiquée sur l'organigramme), suite à une mutation vers autre collectivité territoriale.					
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	Il est déclaré que l'établissement ne dispose pas de Directeur, en cours de recrutement en décembre 2024. Suite aux échanges téléphoniques et courriels avec l'EHPAD, la mission a été informée que le nouveau Directeur prendra ses fonctions à partir du 27 janvier 2025. Il est donc attendu le ou les justificatifs attestant du niveau de qualification du nouveau directeur en réponse au contradictoire.	Ecart 1 : En l'absence de transmission des justificatifs de diplôme/de la décision de nomination du nouveau Directeur de l'EHPAD, il n'est pas possible de vérifier s'il dispose du niveau de qualification requis conformément à l'article article D312-176-6 du CASF.	Prescription 1 : Transmettre les justificatifs de qualification du Directeur de l'EHPAD, afin d'attester de la conformité de l'EHPAD avec l'article D312-176-6 du CASF.	Question_1-3	"La directrice possède un BTS Management et un diplôme d'Etat Infirmier. Cependant, elle intégrera le dispositif de formation VAE pour un Master Management des Organisations Sanitaires et Sociales en septembre 2025 à l'Université Jean Monnet à Saint-Etienne. Elle possède également le concours de la Fonction Publique Territorial en catégorie A."	Il est déclaré que la Directrice nouvellement recrutée ne dispose pas des qualifications requises pour exercer ses missions. L'établissement complète sa déclaration en indiquant que la Directrice intégrera le dispositif de formation VAE pour un Master Management des Organisations Sanitaires et Sociales en septembre 2025 à l'Université Jean Monnet à Saint-Etienne et qu'elle appartient à un grade de catégorie A de la Fonction Publique Territoriale (sans précision de son grade). Pour autant, aucun élément probant n'a été transmis, en conséquence la prescription 1 est maintenue.
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 ?	Non	La prise de poste du nouveau directeur étant fixée au 27 janvier 2025, il est attendu la transmission du DUD précisant la nature et l'étendue des compétences et missions du directeur en réponse à la procédure contradictoire.	Ecart 2 : En l'absence de transmission du DUD du directeur, l'établissement n'atteste pas de sa conformité avec l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 2 : Transmettre le DUD précisant la nature et l'étendue des compétences et missions du nouveau directeur afin d'attester de la conformité de l'établissement avec l'article D312-176-5 du CASF.	ARRETE_DELEGATION_SIGNATURE_VICE_PRESIDENTE_20210.pdf		L'arrêté de délégation de signature à la Vice-Présidente du CCAS de Firminy a été remise. Ce document ne correspond pas au DUD dont doit obligatoirement disposer la Directrice de l'EHPAD afin d'être à même d'assurer la direction de l'EHPAD. La prescriptions 2 est maintenue.
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	Le document remis, intitulé "astreintes prévisionnelles 2024 des directeurs et factotum des établissements", correspond au planning annuel qui présente la répartition entre cadres et factotum des semaines couvertes par l'astreinte technique et l'astreinte administrative pour les établissements du CCAS : EHPAD La Maison de Retraite la Verrerie, EHPAD La MAPAD Les Bruneaux et la résidence autonomie Mail. A la lecture du document, il est relevé que l'astreinte technique est assurée chaque semaine par un factotum (responsables techniques) à tour de rôle pour l'ensemble des établissements. De même, l'astreinte de week-end est mutualisée, un personnel administratif étant identifié pour effectuer l'astreinte pour les trois établissements. L'astreinte de nuit de semaine est propre à chaque structure : pour l'EHPAD La maison de retraite la Verrerie, l'astreinte repose sur les 2 cadres de direction (directeur/directeur adjoint) et l'IDEC, à tour de rôle. Par ailleurs, le document ne précise pas systématiquement le numéro de téléphone de toutes les personnes assurant l'astreinte inscrites sur le planning. L'absence des numéros de téléphone des factotum, de la directrice adjointe et de l'IDEC sur le planning peut mettre en difficulté les professionnels pour contacter l'astreinte rapidement, si ce document est le seul à disposition. Enfin, aucune procédure d'astreinte n'a été remise en complément, ce qui laisse supposer que l'établissement n'en dispose pas. Il est relevé que l'absence de procédure peut être préjudiciable pour le personnel qui peut se retrouver en difficulté, sans consignes claires, si un événement grave se produit.	Remarque 1 : L'ensemble des numéros de téléphone des cadres et responsables techniques assurant l'astreinte n'étant mentionnés systématiquement au regard du nom du professionnel d'astreinte sur le planning d'astreinte, cela peut mettre en difficulté le professionnel pour contacter l'astreinte rapidement, en cas de survenue d'une situation d'urgence nécessitant le recours à l'astreinte. Remarque 2 : L'absence de formalisation d'une procédure relative au fonctionnement et à l'organisation du dispositif de l'astreinte administrative/technique (cadres responsables, heure de début/fin, modalités de recours au cadre d'astreinte, numéro à contacter, etc.) ne permet pas de disposer de consignes claires et d'un cadre précis explicitant le dispositif d'astreinte, ce qui peut mettre en difficulté les personnels, si une situation grave se produit.	Recommandation 1 : Compléter le planning d'astreinte en indiquant les numéros de téléphone de l'ensemble des personnes assurant l'astreinte technique et administrative ou insérer l'annuaire des personnes d'astreinte (nom et numéro de téléphones) en complément du planning d'astreinte. Recommandation 2 : formaliser une procédure complète relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative et technique, précisant notamment les cadres et professionnels responsables, l'heure de début/fin de l'astreinte, les motifs et les modalités de recours au cadre d'astreinte et les numéros téléphone à contacter.		Le planning d'astreinte remis présente désormais les numéros par lesquelles les personnes d'astreinte sont joignables de nuit selon les établissements et les week-ends. La recommandation 1 est levée. Aucune procédure d'astreinte n'a été remise. La recommandation 2 est maintenue.	
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'y a pas eu de CODIR depuis deux ans, date de départ de l'ancien MEDEC. Il est rappelé que le comité de direction a vocation, par définition, à réunir l'ensemble des cadres et des professionnels clés de la structure pour construire et mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement et en assurer en transversalité la gestion au quotidien. L'absence de CODIR depuis plusieurs années est donc préjudiciable à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la circulation en transversalité de l'information entre les cadres.	Remarque 3 : Il n'existe pas de CODIR depuis 2 ans au moins, ce qui est préjudiciable pour la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommandation 3 : Mettre en place un CODIR, afin de réinstaurer au sein de l'EHPAD un lieu d'échanges réunissant la direction et les cadres/professionnels clés de l'EHPAD pour construire et mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement et assurer en transversalité la gestion au quotidien et la continuité de l'organisation de l'établissement.	Question_1-6	"Un CODIR a été fait le 12 mars mais pas de compte rendu établi. Plusieurs CODIR auront lieu cette année du fait que l'équipe de direction est au complet."	Il est bien compris qu'un CODIR s'est tenu le 12 mars sans faire l'objet d'un compte rendu et que la direction souhaite s'engager à pérenniser cette instance. Pour autant, aucun document attestant de cette déclaration n'est transmis. La recommandation 3 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement existant couvre la période 2012-2017 et n'a pas été actualisé depuis. Il n'a pas été transmis par l'établissement comme indiqué. Il est déclaré que le projet d'établissement "en cours n'existe pas et devra être rédigé en équipe pluridisciplinaire lorsque le nouveau directeur sera nommé". A la lecture du compte rendu CVS du 07/04/2023, remis à la question suivante, il est mentionné "Lancement de la démarche du projet d'établissement de l'EHPAD la VERRERIE. Plusieurs date de groupe de travail étaient proposées, allant de mai à octobre 2023. Ainsi, le projet d'établissement aurait du être mis à jours en 2023.	Ecart 3 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 3 : Se doter d'un projet d'établissement actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF.	Question_1-7 PROJET_DETABLISSEMENT_2025-2030	"Un projet d'établissement est en cours de réactualisation mais nous avons le projet de mutualiser l'EHPAD en janvier 2026. Des groupes de travail seront quand même établis afin de pouvoir concrétiser ce projet."	Il est bien compris qu'un projet de rapprochement avec d'autre EHPAD du groupe AESIO est en cours et devrait aboutir d'ici 2026, voire 2027. Un document de travail, " PROJET D'ETABLISSEMENT EHPAD LA VERRERIE 2025-2030", est remis. Il s'agit de la trame du futur projet d'établissement qui indique notamment les thèmes des futurs groupes de travail (autonomie de la personne, prévention et risque de chutes, alimentation/dénutrition, douleur, projet personnalisé). La prescription 3 est maintenue dans l'attente de la finalisation 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.	Non	L'établissement ne répond pas à la question et aucun élément permettant d'attester que l'EHPAD a mis en place une politique globale de prévention et de lutte contre la maltraitance n'a été remis. Il est rappelé que le projet d'établissement devra satisfaire aux obligations introduites par le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des établissements sociaux et médico-sociaux.	Ecart 4 : En l'absence de projet d'établissement valide, la politique de prévention de la maltraitance n'est pas définie, et l'EHPAD La Maison de Retraite La Verrerie contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 4 : Développer la politique de prévention de la maltraitance dans le nouveau projet d'établissement, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	Question_1-8	"Le projet d'établissement est en cours avec des groupes de travail d'équipe"	Il est déclaré que le projet d'établissement est en cours d'élaboration avec des groupes de travail. Dont acte. Cependant, aucune des thématiques mentionnées dans la trame "PROJET D'ETABLISSEMENT EHPAD LA VERRERIE 2025-2030" ne comportent de partie dédiée à la prévention et à la lutte contre la maltraitance. La prescription 4 est maintenue.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis a été consulté par le CVS le 23/06/2023 et adopté par le conseil d'administration du 08/11/2023. Il est complet, mais ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence. Il est relevé que s'agissant du régime de sûreté des biens, le rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, ces points ne se trouvent pas dans le règlement de fonctionnement, mais définis dans le contrat de séjour. Or, la réglementation prévoit que le règlement de fonctionnement précise ces éléments.	Ecart 5 : Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence, le régime de sûreté des biens et le rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, conformément à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 5 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures à prendre en cas d'urgence, le régime de sûreté des biens et le rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, conformément à l'article R311-35 du CASF.			L'établissement n'a pas répondu à la prescription 5 et n'a transmis aucun document. La prescription 5 est maintenue.
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	Le poste d'IDEC a été vacant du 30/11/2024 au 06/01/2025, date à laquelle une nouvelle IDEC est recrutée. Il est déclaré que son arrêté de nomination sera transmis ultérieurement, dont acte.	Remarque 4 : en l'absence de transmission de l'arrêté de nomination de l'IDEC, en poste depuis le 06/01/2025, l'établissement n'atteste pas que la coordination des soins et l'encadrement de l'équipe soignante sont assurés.	Recommandation 4 : transmettre l'arrêté de nomination de l'IDEC en poste depuis le 06/01/2025 au sein de l'EHPAD afin d'attester que l'encadrement du soins est bien assuré.	Contrats__Ophélie_BRUCHON.pdf		La décision de détachement dans une autre administration, du 30/12/2024, de Mme B. O. atteste que celle-ci a été mise à disposition pour un an (01/01/2025 au 31/12/2025) auprès du CCAS de Firminy. La recommandation 4 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.	Oui	Il est déclaré que la nouvelle IDEC bénéficie d'une expérience d'au moins un an en qualité de cadre infirmière au CHU de Saint-Etienne Nord en lien avec la gériatrie. Il est aussi précisé qu'elle a bénéficié d'une formation managériale en 2024, mais aucun document l'attestant n'a été remis.	Remarque 5 : Aucun justificatif de formation n'a été transmis, ce qui ne permet pas d'attester que la nouvelle IDEC a réalisé une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 5 : Transmettre l'attestation de formation spécifique à l'encadrement de l'IDEC.	Contrats____.pdf		Un certificat de réalisation du 11/03/2025 a été remis. Ce document atteste que Mme B. O. a bénéficié d'une action de formation entre le 28/03/2024 et le 12/04/2024 sur "Piloter et manager de manière opérationnelle un service hospitalier" effectuée au sein du CHU de Saint-Etienne dans lequel elle était affectée. La décision de faisant fonction de cadre de santé du 22/12/2023, également remise, atteste que Mme O. B. été nommée au sein du CHU de Saint-Etienne, en qualité de faisant fonction de cadre de santé à compter du 12/01/2024. La recommandation 5 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 précédant le contrôle sur pièces).	Oui	Le contrat de travail à durée déterminée du MEDEC a été remis. Signé le 03/09/2024, il prévoit le recrutement du médecin "pour assurer les fonctions suivantes : coordination, organisation et évaluation de la qualité des prestations de soins délivrés [...], élaboration du projet de soins et du rapport médical annuel. Le contrat de travail couvre la période du 1er septembre 2024 au 31 aout 2025." Le médecin est recruté à hauteur de 0,50 ETP. Il est noté que le temps de présence du MEDEC est en-deçà du temps réglementaire prévu à 0,60 ETP, pour un établissement autorisé pour une capacité de 88 places. A la lecture du contrat de travail, il est relevé que le document ne présente pas les modalités d'exercice de l'ensemble de ses missions définies à l'article D. 312-158 CASF et les moyens appropriés à leur réalisation ainsi que l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement.	Ecart 6 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF. Ecart 7 : En l'absence des mentions dans le contrat de travail du MEDEC précisant les modalités d'exercice de l'ensemble de ses missions et les moyens appropriés leur réalisation ainsi que l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-159-1 du CASF.	Prescription 6 : Augmenter le temps de médecin coordonnateur, à hauteur de 0,60 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF. Prescription 7 : S'assurer que le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail prévoyant les modalités d'exercice de l'ensemble de ses missions et les moyens appropriés leur réalisation ainsi que l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement, conformément à l'article D312-159-1 du CASF.			L'établissement ne répond pas aux prescriptions. En conséquence, les prescription 6 et 7 sont maintenues.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le diplôme capacité de médecine gérontologie du MEDEC a été remis. Il atteste de son niveau de qualification.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	Il est déclaré que l'établissement ne dispose pas de commission de coordination gériatrique. Il est rappelé que 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 commission de coordination gériatrique, 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 8 : En l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 8 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.			L'établissement ne répond pas. En conséquence, la prescription 8 est maintenue.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Il est déclaré que le RAMA n'est pas élaboré. Il est noté que son élaboration fait pourtant partie des missions listées dans le contrat de travail du MEDEC. De plus, il est rappelé que le RAMA est un outil de pilotage au service de l'établissement, qui permet un suivi annuel du projet de soins, de l'évolution des bonnes pratiques de soins et des caractéristiques de la population accueillie. A ce titre, il convient de produire les données du RAMA, afin d'assurer la continuité du recueil des informations médicales se rapportant à la prise en charge des résidents.	Ecart 9 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 9 : rédiger annuellement le RAMA, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.			L'établissement ne répond pas. En conséquence, la prescription 9 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.	Oui	Le volet 1 et 2 du signalement du 06/08/2024 portant sur le "décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge" a été remis, ainsi que 3 séries de courriers de réclamation relatifs à la prise en charge de résidents. Deux de ces réclamations (08/11/2024 et 28/12/2024) se rapportent à la gestion de la chute de deux résidents. Et la 3ème réclamation a fait l'objet d'une demande auprès du Défenseur des Droits (courrier du 17/07/2024) concernant des manquements liés à la prise en charge d'une résidente. Ces trois réclamations n'ont pas donné lieu à signalements auprès des autorités de contrôle. L'établissement n'atteste donc pas signaler de manière immédiate tout dysfonctionnement grave, aux autorités de contrôle, dans sa gestion et son organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers (événements indésirables graves et événements indésirables graves associés aux soins).	Ecart 10 : En l'absence de transmission des signalements des EIG et des EIGS effectués auprès des autorités administratives compétentes en lien avec les courriers du 17/07/2024, du 08/11/2024 et du 28/12/2024, l'EHPAD n'atteste pas assurer de manière complète et continue dans le temps l'information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, comme prévu à l'article L331-8-1 CASF.	Prescription 10 : 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 usagers, conformément à l'article L331-8-1 CASF.			L'établissement ne répond pas. En conséquence, la prescription 10 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.	Oui	Aucun tableau de bord retraçant l'ensemble des EI/EIG déclarés en interne en 2023 et 2024 n'a été remis. Il est déclaré que l'établissement dispose du logiciel de soins ... pour assurer la gestion des EI/EIG/EIGS, mais qu'en l'absence de la qualicienne depuis plus d'un an cette fonctionnalité du logiciel n'est plus utilisée. Il est bien compris que la gestion et le suivi des EI/EIG sont assurés depuis en mode dégradé avec le retour au traitement des fiches d'évènements indésirables par dossiers informatiques sous Word, ce qui ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble des EI/EIG et des actions mises en place afin d'éviter qu'une situation ne perdure ou ne se reproduise. Il est constaté que le traitement des EI/EIG sous ... n'a pas été poursuivi par un autre professionnel de l'EHPAD, en l'absence de la qualicienne, afin d'assurer la continuité de cette mission qui concourt pourtant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents en continu. Il est déclaré à ce sujet que la nouvelle IDEC, qui arrive au 6 janvier 2025, sera chargée du traitement des EI et EIG sur le logiciel de soins et assurera le signalement des EI/EIG auprès de l'ARS. Il est pris bonne note de cet engagement. Toutefois, cette décision aurait pu être prise auparavant, ce qui aurait permis d'éviter la dégradation du traitement des EI/EIG au sein de l'EHPAD. Il est donc attendu la transmission de tout document attestant de la reprise de la gestion/suivi des EI/EIG sous ..., de la déclaration en interne, du traitement de l'évènement, jusqu'à la réponse apportée à l'analyse des causes.	Ecart 11 : En l'absence 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 l'établissement n'atteste pas assurer la sécurité et la santé des personnes accueillies au titre de l'article L311-3 du CASF.	Prescription 11 : Transmettre tout document attestant de la réactivation de ... concernant sa fonctionnalité de gestion/suivi des EI/EIG permettant notamment d'élaborer des tableaux de suivi des EI/EIG afin d'attester que l'établissement est en conformité à l'article L311-3 du CASF.			L'établissement ne répond pas. En conséquence, la prescription 11 est maintenue.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	La composition du CVS au 01/09/2024 a été remise. Le document mentionne 4 représentantes des résidents, dont la Présidente, 2 représentantes des familles et 4 représentants des professionnels. Le document ne précise pas si la composition du CVS comprend également un représentant de l'organisme gestionnaire. A la lecture des comptes rendu du CVS remis aux questions suivantes, il est relevé que l'organisme gestionnaire est représenté par le Président du CCAS et par la conseillère municipale représentante du CCAS. En conséquence, le nombre de représentant des résidents et des familles n'est pas supérieur à la moitié des membres du CVS. La composition du CVS contrevient à la réglementation.	Ecart 12 : Le CVS n'étant pas majoritairement composé de représentants des personnes accueillies et des familles, la composition du CVS contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 12 : Ajuster le nombre des représentants de l'établissement afin de s'assurer que la majorité des membres du CVS soit représentée par les représentants des résidents et des familles, conformément à l'article D311-5 du CASF.			L'établissement ne répond pas. En conséquence, la prescription 12 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 procès-verbal du CVS établissant le règlement intérieur de l'instance n'a pas été remis et l'établissement n'atteste pas qu'un règlement intérieur est actuellement en place. Par ailleurs, il est rappelé que la mise en place du règlement intérieur du CVS aurait dû être établie dès la première réunion du CVS suite à son élection. Le projet de règlement intérieur du CVS est transmis. Le document a été actualisé après la parution du décret d'avril 2022 et il prend en compte ses dispositions. Toutefois, sa lecture appelle les remarques suivantes : - Il donne la possibilité d'élire le Président du CVS et son Vice-Président à main levée, alors que le scrutin s'organise réglementairement par bulletin secret ; - Il prévoit la transmission de la convocation comportant l'ordre du jour et les informations nécessaires au moins 8 jours avant la séance, contre 15 jours minimum selon la réglementation.	Ecart 13 : En l'absence de transmission du procès-verbal du CVS établissant le règlement intérieur de l'instance, l'établissement n'atteste pas de sa conformité avec l'article D311-19 du CASF. Ecart 14 : Le projet de règlement intérieur du CVS prévoit que le Président du CVS et son Vice-Président puissent être élus à main levée, ce qui contrevient à l'article D311-9 du CASF. Ecart 15 : Le règlement intérieur du CVS prévoit la transmission de la convocation comportant l'ordre du jour et les informations nécessaires à sa réalisation au moins 8 jours avant la séance, ce qui contrevient à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 13 : transmettre le procès-verbal du CVS établissant le règlement intérieur du CVS conformément à l'article D311-19 du CASF. Prescription 14 : Intégrer dans le règlement intérieur du CVS que le Président et le Vice-Président du CVS sont élus par vote à bulletin secret, comme prévu par l'article D311-9 du CASF. Prescription 15 : Modifier le règlement intérieur du CVS en mentionnant que la convocation du CVS et l'ordre du jour ainsi que les informations nécessaires à sa réalisation sont à transmettre au moins 15 jours à l'avance, comme le prévoit l'article D311-16 du CASF.			L'établissement ne répond pas aux prescriptions. En conséquence, les prescription 13, 14 et 15 sont maintenues.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	6 comptes rendus de CVS ont été remis : 07/04/2023, 23/06/2023, 20/10/2023, 07/03/2024, 20/06/2024 et 26/09/2024. Aucun des comptes rendus remis n'est signé par la Présidente du CVS. A leur lecture, il est noté que le nombre des représentants des résidents et des familles présents lors des séances du 23/06/2023, 07/03/2024, et 26/09/2024 n'est pas majoritaire, créant un déséquilibre par rapport au nombre des professionnels présents. Cette situation ne constitue pas des conditions équilibrées d'un échange productif et peut entraver la libre expression des usagers. Les comptes rendus sont bien formalisés et font état de points de présentation sur des sujets variés intéressant la prise en charge des résidents.	Ecart 16 : En l'absence de signature des comptes rendus du CVS par la Présidente du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF. Remarque 6 : Le déséquilibre constaté lors des séances du 23/06/2023, 07/03/2024 et 26/09/2024 du CVS entre les professionnels aux réunions de CVS et les représentants des résidents/familles présents peut être un frein à la libre expression de ces derniers.	Prescription 16 : Faire signer les comptes rendus par la Présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF. Recommandation 6 : Veiller à l'équilibre de la représentation lors des réunions du CVS entre les professionnels de l'EHPAD et les représentants des résidents/familles présents.			L'établissement ne répond pas aux prescriptions. En conséquence, la prescription 16 et la recommandation 6 sont maintenues.