

RAPPORT de CONTROLE le 28/02/2025

EHPAD MAPAD LES BRUNEAUX 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 : 79 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 de l'EHPAD remis est nominatif et mis à jour le 15/01/2025. Il présente l'organisation de l'EHPAD, avec un pôle administratif identifié. Il identifie le pôle soignant regroupant les personnels soignants ainsi que le pôle d'entretien présentant le personnel d'entretien et la cuisine. L'animatrice et le responsable technique sont aussi mentionnés. L'organigramme présente les professionnels titulaires et les vacataires. Les liens hiérarchiques entre les professionnels de l'EHPAD sont indiqués, hormis pour la qualicienne.					
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	L'établissement déclare un total de 19 postes vacants au 01/07/2024, dont certains sont occupés par des CDD : - un poste de MEDEC, un nouveau MEDEC a été recruté le 01/10/2024, - un poste d'IDE occupé par un CDD, - 4 postes d'aides-soignants, dont 3 occupés par un CDD, - un poste de psychologue, - 5 postes d'ASH, dont 3 occupés par un CDD, - un poste de cuisinier, - un poste d'attaché de direction, - un poste de directeur, un nouveau Directeur a été recruté le 03/02/2025, - un poste de directrice adjointe occupé par un CDD, - un poste de secrétaire d'accueil, - un poste de secrétaire comptable occupé par un CDD.					
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	L'arrêté de nomination de la précédente Directrice de l'EHPAD Les Bruneaux a été remis. Il était attendu l'arrêté de nomination ou le contrat de travail de la Directrice en poste depuis le 3 février 2025.	Ecart 1 : En l'absence de transmission de la décision de nomination de la Directrice actuelle de l'EHPAD, il n'est pas possible de vérifier son niveau de qualification, par conséquent l'EHPAD contrevient à l'article article D312-176-6 du CASF.	Prescription 1 : Transmettre les justificatifs de qualification de la Directrice actuelle de l'EHPAD, conformément à l'article D312-176-6 du CASF.	DIPLOMES	Mme a un diplôme de cadre de santé, une maîtrise et un master Management des Organisations Sanitaires et Sociales.	Le diplôme de Master droit, gestion, mention management de la Directrice a été remis. Ce document atteste de son niveau de qualification. La prescription 1 est levée.
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	Il est déclaré que "le directeur de l'établissement ne dispose pas de document unique de délégation."	Ecart 2 : La Directrice de l'EHPAD ne dispose pas de document unique de délégation du Conseil d'administration de l'EHPAD Les Bruneaux, ce qui contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 2 : Elaborer le DUD du Directeur de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 du CASF, et le transmettre.	ARRETE_DELEGATION_SIGNATURE_VICE_PRESIDENTE_20210	Mme n'a pas de délégation de signature. Mme est vice présidente au CCAS et est signataire,	Aucun DUD n'est transmis alors que concernant les délégations de compétences, la délégation du secteur communal est obligatoire au titre de l'article D312-176-5 du CASF. Le décret n°2007-22 du 19 février 2007 oblige à la formalisation des compétences et missions confiées par délégation aux directeurs d'ESSMS du secteur privé/lucratif et associatif ainsi qu'aux directeurs d'ESSMS gérés par les CCAS et CIAS, hormis pour ces derniers, s'il s'agit de directeurs d'établissement issus du corps des D3S, qui relèvent de la fonction publique hospitalière. La prescription 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	<p>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.</p> <p>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 Les Bruneaux, l'astreinte repose sur les 2 cadres de direction (directrice/directrice adjointe) et l'IDEC, à tour de rôle.</p> <p>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 factotums et des personnes d'astreinte le week-end sur le planning peut mettre en difficulté les professionnels pour contacter l'astreinte rapidement, si ce document est le seul à disposition.</p> <p>De plus, le planning remis n'a pas été mis à jour depuis le départ de l'ancienne Directrice le 08/10/2024. En effet, celle-ci est toujours affectée à des périodes d'astreinte alors qu'elle n'est plus en poste.</p> <p>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.</p>	<p>Remarque 1 : L'ensemble des numéros de téléphone des cadres et responsables techniques assurant l'astreinte n'est pas mentionnés systématiquement 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.</p> <p>Remarque 2 : L'absence de mise à jour du planning d'astreinte suite au départ/absence de la Directrice de l'établissement ne permet pas d'assurer la continuité de la fonction de direction, ce qui peut mettre en péril la sécurité des résidents.</p> <p>Remarque 3 : 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.</p>	<p>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 téléphone) en complément du planning d'astreinte.</p> <p>Recommandation 2 : Mettre régulièrement à jour le planning d'astreinte au regard des professionnels d'astreinte absent.</p> <p>Recommandation 3 : 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.</p>	ASTREINTE FIR FICHES ASTREINTES	<p>Le planning d'astreinte est effectué au regard des recommandations n°1/2/3.</p> <p>Les numéros de téléphone de l'ensemble des personnes assurant l'astreinte technique et administrative sont mises à jour régulièrement en fonction de l'absentéisme et du personnel assurant le remplacement.</p> <p>Il vient en complément du planning annuel établi en interne et est modifié régulièrement au regard des absentéismes.</p> <p>Le document est établi par la Mairie de Firminy et nous dépendons du CCAS de Firminy. Vous trouverez donc en pièce jointe la procédure de la Ville de Firminy.</p>	<p>Il est bien pris acte que le planning d'astreinte a été effectué, cependant ce dernier n'est pas transmis. Toutefois, ce document a été consulté dans le cadre du contrôle sur pièce de l'EHPAD la Verrerie. Sa lecture permet de lever la recommandation 1.</p> <p>Il est déclaré que les numéros de téléphone de l'ensemble des personnes assurant l'astreinte technique et administrative sont mis à jour régulièrement. Cela transparait notamment par la remise des fiches astreintes du 28 avril au 26 mai 2025 diffusées à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD.</p> <p>La recommandation 2 est levée.</p> <p>La procédure d'astreinte de la Mairie de Firminy est remise. Elle est à destination des personnes couvrant l'astreinte.</p> <p>Il n'existe pas de procédure d'astreinte à destination des professionnels de l'EHPAD précisant les heures de début et de fin de l'astreinte, les modalités de recours au cadre d'astreinte, et le ou les numéros à contacter. Les professionnels de l'EHPAD n'ont donc pas à disposition des consignes claires et un cadre précis explicitant le dispositif d'astreinte mis en place au sein de l'EHPAD, ce qui peut mettre en difficulté les personnels, si une situation grave se produit.</p> <p>La recommandation 3 est maintenue.</p>
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 4 : Il n'existe pas de CODIR depuis 2 ans au moins, ce qui est préjudiciable pour la continuité de l'organisation et du pilotage de l'établissement.	Recommandation 4 : 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.	CODIR 10-03-2025 et liste d'émargement CODIR 23-04-2025 et liste d'émargement	Depuis l'arrivée de la directrice le 3 février 2025, un CODIR a été mis en place une fois par mois avec la rédaction de compte rendu.	Trois comptes rendus de CODIR ont été remis : 10/03/2025, 23/04/2025 et 23/05/2025. Le CODIR est composé de la Directrice, de la Directrice adjointe, du médecin coordonnateur et de l'IDEC. Les comptes rendus sont bien formalisés et le CODIR aborde des sujets relatifs à la gestion de l'EHPAD, à son organisation et traite également de points se rapportant à la prise en charge des résidents. La recommandation 4 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	<p>Le projet d'établissement transmis couvre la période 2014-2018 et n'a pas été actualisé depuis. 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".</p> <p>A la lecture du projet d'établissement, il est relevé que ce dernier ne comporte pas la démarche de soins palliatifs mise en place par l'établissement (mesure à prendre, formation, actions de coopération, etc.). Il ne précise pas non plus sa consultation par le conseil de la vie sociale (CVS).</p> <p>A la lecture du compte rendu CVS du 13/03/2023, remis à la question suivante, il est mentionné "projet d'établissement avec réflexion de mise en place de groupes de travail". Plusieurs dates de groupe de travail étaient proposées, allant d'avril à juin 2023. Ainsi, le projet d'établissement aurait dû être mis à jour en 2023, puis en 2024 suite à un report selon le compte rendu du CVS du 30/01/2024.</p>	<p>Ecart 3 : En l'absence de projet d'établissement valide et consulté par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.</p> <p>Ecart 4 : En l'absence de volet relatif à la dispensation des soins palliatifs dans le projet d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D311-38 CASF.</p>	<p>Prescription 3 : Se doter d'un projet d'établissement actualisé et consulté préalablement par le CVS, conformément à l'article L311-8 du CASF.</p> <p>Prescription 4 : Intégrer dans le projet de soins du projet d'établissement un volet complet relatif à la réalisation des soins palliatifs comme le prévoit l'article D311-38 CASF.</p>	Projet_Etablissement_LOCAUX_20-05-2025 Projet_Etablissement_BIENTRAITANCE Projet d'animation 2025	Suite à la demande de l'ARS relative à l'actualisation du projet d'établissement, je vous informe que ce travail a été différé en raison du projet structurant de la future Cité des Aînés, porté par la commune. Dans cette perspective, plusieurs groupes de travail ont néanmoins été mis en place et poursuivent leurs réflexions sur des thématiques majeures : l'aménagement des locaux, la bientraitance, et le projet d'animation et les soins palliatifs.	Des groupes de travail ont été constitués en 2025. Ils ont produit des éléments de réflexion pour le projet 2025-2030, centrés sur l'architecture, la bientraitance et l'animation. Toutefois, certains thèmes comme les soins palliatifs ou le projet de soins ne sont pas abordés dans ces groupes de travail. Les documents transmis indiquent que ces travaux sont suspendus en raison de l'implication de l'établissement dans le projet Cité des Aînés, dans une logique de transfert de gestion vers le groupe AESIO Santé, traduisant un repositionnement stratégique de l'établissement. Les prescriptions 3 et 4 sont maintenues dans l'attente de l'actualisation effective du projet d'établissement de l'EHPAD.
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	<p>Il est déclaré "qu'une formation sur la bientraitance est proposée chaque année depuis 2023, sur 2 journées, pour 6 agents par année", la transmission de la feuille d'émargement de l'action de formation à la bientraitance dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie du 02/10/2023 au 03/10/2023 et 30/09/2024 au 01/10/2024 ont été remises. Ces documents attestent de la volonté de l'établissement de développer et de soutenir les pratiques professionnels en matière de bientraitance.</p> <p>Pour autant, la partie 5.2.3.1. "Lutte contre la maltraitance" inscrite dans le projet d'établissement 2014-2018, décrit de manière très succincte (en deux phrases) la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance mise en place au sein de l'établissement.</p>	Ecart 5 : En l'absence de projet d'établissement intégrant la politique de prévention de l'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D311-38-3 du CASF.	Prescription 5 : Développer dans le prochain projet d'établissement l'ensemble des attentes réglementaires concernant la politique de prévention de la maltraitance dans le prochain projet d'établissement, conformément à l'article D311-38-3 du CASF.	Plan de prévention sur les actes de maltraitance procedure signalement maltraitance	S'agissant de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance, les documents y afférant sont actuellement annexés au projet en vigueur. Ils seront repensés et consolidés dans le cadre de l'actualisation complète du projet d'établissement, prévue en cohérence avec le transfert de gestion vers le groupe AESIO en 2026.	Le plan de prévention sur les actes de maltraitance et la procédure de signalement de la maltraitance ont été remis. Ces documents participent au développement et au soutien des pratiques professionnels en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance. En conséquence, la prescription 5 est maintenue dans l'attente de l'intégration effective de la démarche interne de prévention et de lutte contre la maltraitance de l'EHPAD dans le prochain projet d'établissement.

1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	<p>Le règlement de fonctionnement remis précise avoir été adopté en 2023 sans précision de sa date de consultation par le CVS et de sa date d'adoption par le conseil d'administration du CCAS gestionnaire.</p> <p>A la lecture du compte rendu du CVS du 19/06/2023 remis à la question 1.20, il est relevé que le règlement de fonctionnement a été consulté pour avis par ce CVS.</p> <p>Le règlement de fonctionnement est complet. Il prévoit les mesures à prendre en cas de situation exceptionnelles au travers du plan bleu, mais pas les mesures à prendre en cas d'urgence (hors urgences médicales). Il est relevé que les points relatifs au régime de sureté des biens et au rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, ne se trouvent pas dans le règlement de fonctionnement, mais sont définis dans le contrat de séjour. Or, la réglementation prévoit que le règlement de fonctionnement précise ces éléments.</p>	Ecarts 6 : Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence, le régime de sureté 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 6 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures à prendre en cas d'urgence, le régime de sureté des biens et le rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, conformément à l'article R311-35 du CASF.	règlement de fonctionnement	<p>Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD LES BRUNEAUX a été mis à jour conformément à la prescription demandée.</p> <p>De plus, une note y est également insérée dans le contrat de séjour envoyé antérieurement.</p> <p>(Partie V.8)</p> <p>Conformément à la réglementation en vigueur, ce document sera soumis à la validation du Conseil d'Administration du CCAS ainsi qu'à l'avis du Conseil de la Vie Sociale.</p>	<p>Le règlement de fonctionnement actualisé a été remis. Il intègre les mesures à prendre en cas d'urgence, le régime de sureté des biens et le rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.</p> <p>En conséquence, la prescription 6 est levée.</p>
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	L'arrêté de nomination par voie de mutation de Mme , infirmière en soins généraux hors classe, du 18/10/2017 a été remis. Il précise que Mme est nommée infirmière en soins généraux hors classe à temps complet à l'EHPAD les Bruneaux à compter du 01/10/2017.					
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	Deux documents ont été remis : -Une attestation de formation "formation à la fonction d'infirmière coordinatrice d'EHPAD" daté du 15/11/2013 a été remise. Ce document atteste que l'IDEC a effectué une formation de 4 jours (3, 4 octobre, 14 et 15 novembre 2013). -Une attestation de formation à la formation « animation et encadrement d'une équipe au quotidien" qui s'est déroulée du 22/09/2014 au 09/10/2014 a été remise et atteste que l'IDEC a suivi cette formation.					
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	<p>Le contrat de travail à durée déterminée (emploi permanent lorsque les besoins des services ou la nature des fonctions le justifient) établi en application des dispositions de l'article L332-8 du code général de la fonction publique EHPAD Les Bruneaux a été remis. Ce contrat prévoit le recrutement du Dr. afin d'assurer la fonction de coordination, d'organisation, d'évaluation de la qualité des prestations de soins délivrés par l'EHPAD Les Bruneaux, d'élaboration du projet de soins et du RAMA. Ce contrat est conclu du 01/10/2024 au 30/09/2025 à hauteur de 0,50 ETP. Il est relevé que ce temps de coordination est inférieur au temps réglementaire appliqué aux EHPAD autorisés de 79 places. Pour rappel, le temps de coordination médical pour l'EHPAD Les Bruneaux ne peut être inférieur à 0,60 ETP.</p> <p>Par ailleurs, le contrat de travail remis ne présente pas les modalités d'exercice de l'ensemble des 14 missions du MEDEC défini 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.</p>	Ecarts 7 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences de l'article D 312-156 du CASF.	Prescription 7 : 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.	CONTRAT DU 01 10 2024 AU 30 09 2025	Le médecin coordonnateur ne souhaite pas augmenter son temps de travail à 0,6. Son souhait est de rester à 0,5 pour maintenir son activité annexe de libéral.	Il est bien pris note du refus du médecin coordonnateur d'augmenter son temps de travail au sein de l'EHPAD. La prescription 7 est cependant maintenue à titre de perspective.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le MEDEC recruté est titulaire d'une capacité de médecine en gériatologie. En atteste le diplôme remis. Les autres diplômes du MEDEC ont été transmis (diplôme d'Etat de docteur en médecine, DU de base en soins palliatifs, capacité de médecin évaluation et traitement de la douleur).	Ecarts 8 : En l'absence des mentions dans le contrat de travail du MEDEC des modalités d'exercice de l'ensemble de ses missions et des moyens appropriés à 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 8 : S'assurer que le médecin coordonnateur dispose d'un contrat de travail prévoyant les modalités d'exercice de ses missions et les moyens appropriés pour 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.	PROFIL DE POSTE MEDCO SIGNE		
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	L'établissement déclare qu'il 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 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.	Ecarts 9 : En l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 9 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Le médecin coordonnateur est en poste depuis octobre 2024. Afin de lui permettre de prendre pleinement connaissance de l'établissement, de ses équipes, ainsi que de l'ensemble des partenaires intervenant dans la prise en charge des résidents, il a été convenu de programmer la commission gériatrique à partir de la fin de l'année 2025.	Il est pris note de l'organisation de la commission de coordination gériatrique en fin d'année 2025, en raison de l'arrivée récente (octobre 2024) du MEDEC au sein de l'EHPAD.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	La trame vierge du RAMA a été remise. En l'absence de remise du RAMA 2023 renseigné, l'établissement n'atteste pas de la rédaction effective du RAMA chaque année. Il est rappelé que ce rapport 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 le RAMA, afin de permettre la continuité des informations médicales se rapportant à la prise en charge des résidents.	Ecarts 10 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 10 : Rédiger chaque année le RAMA, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF, et transmettre le dernier RAMA rédigé.	RAMA_CNSA_2025_05_22_12_53 EHPAD LES BRUNEAUX	Le remplissage du RAMA a été effectué pour l'année 2024 et sera effectué également pour l'année 2025 et suivants.	Le RAMA 2024 a été remis. Il est complet et l'établissement s'engage à sa rédaction chaque année. Il veillera cependant à la cosignature du RAMA par le MEDEC et la Directrice.
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	Il est déclaré que les EIG sont transmis à l'ARS. Pour autant, aucun document l'attestant n'a été remis. L'établissement 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.	Ecarts 11 : En l'absence de transmission des signalement réalisés en 2023 et 2024 auprès des autorités administratives, l'EHPAD n'atteste pas de 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 du CASF.	Prescription 10 : Transmettre les signalements des EIG réalisés auprès des autorités administratives en 2023 et 2024 afin d'attester de l'information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.	PROCEDURE GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES EHPAD LES BRUNEAUX 2025	Il n'y a pas eu de EIG pour l'année 2023 et 2024.	Il est pris acte que l'établissement n'a pas connu d'EIG en 2024 et un seul en 2023 (11/01/2023) lié aux difficultés relationnelles entre une famille et l'établissement.
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	<p>Le tableau a été remis. Ce document ne présente que les événements qui se sont déroulés entre le 10/06/2023 et le 28/09/2023. 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 qualitiennne 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 par ailleurs, 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.</p> <p>En l'absence de la qualitiennne, il est constaté que le traitement des EI/EIG sous n'a pas été poursuivi par un autre professionnel de l'EHPAD. Il est déclaré que seuls les événements indésirables graves de la question 1.16. ont été traités, pour autant l'établissement n'a transmis aucun élément justifiant du traitement des événements indésirables graves.</p> <p>L'abandon de la déclaration des EI sur le logiciel de soins de l'EHPAD nuit à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents en continu.</p>	Ecarts 11 : En raison de l'abandon, depuis l'absence de la qualitiennne, du 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, 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 reprise de la gestion et du suivi des EI/EG à l'appui de notamment les tableaux de suivi des EI/EIG afin d'attester que l'établissement est en conformité à l'article L311-3 du CASF.	TCD_Evenements_Indesirables 2024 , 2025_ARSARA_Bilan EIGS 2024_V4	La gestion des EI est mise en place avec une volonté d'asseoir une culture de déclaration de tous EI dans un souci d'amélioration de la démarche qualité.	Plusieurs documents ont été remis dont le procédure de gestion des EI. Celle-ci précise que le personnel soignant à la responsabilité de déclarer immédiatement tout événement et que l'équipe de direction à celle de les analyser et de mettre en place des actions correctives. La procédure précise également qu'une analyse régulière des EI permet de mettre en place des actions préventives et d'améliorer la qualité des soins, mais ne précise pas comment sont analysés les EI (tel que des RETEX, CREX, ou autres).
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	<p>Le résultat des élections du CVS du 07/12/2023 remis atteste de l'élection des représentants des résidents, des familles et des professionnels. Le compte rendu du CVS du 30/01/2024 présente quant à lui la composition du CVS. A la comparaison des deux documents, il est relevé que la composition du CVS diffère sur le nombre des représentants suppléants des résidents et titulaires des familles (un représentant en moins pour chaque catégorie). La composition du CVS au 20/01/2024 est donc contraire à celle prévue par le règlement intérieur du CVS qui prévoit au moins 3 représentants des résidents suppléants au minimum et 4 titulaires pour les représentants de familles.</p> <p>Pour autant la composition du CVS reste conforme aux attentes réglementaires. Ainsi le CVS est composé de :</p> <ul style="list-style-type: none">- 5 représentantes des résidents (contre 6 dans le règlement intérieur du CVS), dont 2 suppléantes,- 10 représentants des familles, dont 7 suppléants,- 10 représentants des professionnels (soignants et non-soignants),- Le MEDEC,- 2 représentantes de l'organisme gestionnaire,- 2 représentants de l'association des familles, dont un suppléant- un représentant de la direction.	Remarque 5 : La composition du CVS au 20/01/2024 ne respecte pas celle arrêtée par le règlement intérieur du CVS.	Recommandation 5 : Respecter le règlement intérieur du CVS en nommant un troisième représentant des résidents suppléants et un quatrième représentant titulaire des familles.		Suite à votre demande concernant la désignation d'un troisième représentant suppléant des résidents et d'un quatrième représentant des familles au sein du Conseil de la Vie Sociale, je vous informe qu'une seule liste de candidatures a été présentée lors de la constitution du CVS.	Il est déclaré que l'établissement n'est pas parvenu à établir une composition du CVS conforme au règlement intérieur de l'instance. Ainsi, l'établissement veillera à l'élaboration de procès-verbal de carence pour les sièges non pourvus lors des élections du CVS.
						L'ensemble des candidats de cette liste ont été nommés, ce qui ne permet pas, en l'état, de désigner davantage de représentants dans les collèges concernés.	La recommandation 5 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.	Oui	<p>Le compte rendu du CVS du 19/06/2023 a été remis. Ce document atteste de l'établissement du règlement intérieur de l'instance au 19/06/2023. Pour rappel, les dernières élections du CVS se sont déroulées le 04/12/2023, et le CVS d'installation a eu lieu le 30/01/2024. Le CVS n'a donc pas établi son règlement intérieur à cette date conformément à la réglementation qui prévoit que le CVS établit son règlement intérieur dès sa première réunion.</p> <p>La lecture du règlement intérieur du CVS appelle les remarques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- sont éligibles, pour représenter les familles, tout membre de la famille du résident, des proches, amis, personnes de confiance, tuteurs. Or, il est rappelé que ne sont éligible pour représenter les familles que les parents d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, tout représentant légal, toute personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation.- Le Président du CVS et son Vice-Président peuvent être élus à main levée. Or, la réglementation prévoit que ces derniers sont élus par bulletin secret.	<p>Ecart 12 : Le CVS n'a pas établi son règlement intérieur suite aux dernières élections de l'instance du 07/12/2023, ce qui contrevient à l'article D311-19 du CASF.</p> <p>Ecart 13 : La présentation des personnes éligibles au siège des représentants des familles inscrites dans le règlement intérieur du CVS déroge à l'article D311-11 du CASF.</p> <p>Ecart 14 : En prévoyant dans le règlement intérieur du CVS que le Président du CVS et son Vice-Président soient élus à main levée, le règlement de fonctionnement contrevient à l'article D311-9 du CASF.</p>	<p>Prescription 12 : Etablir le règlement intérieur du CVS avec le nouveau CVS afin d'être conforme avec l'article D311-19 du CASF.</p> <p>Prescription 13 : Modifier le règlement intérieur du CVS concernant la règle de l'éligibilité des personnes candidates au siège de représentant des familles conformément à l'article D311-11 du CASF.</p> <p>Prescription 14 : Inscrire dans le règlement intérieur du CVS que le Président du CVS et son Vice-Président sont élus par vote à bulletin secret conformément à l'article D311-9 du CASF.</p>	<p>SIGNALEMENT ARS 2023 EHPAD-MEMBRE ELUE CVS</p>	<p>Concernant la demande de formalisation d'un nouveau règlement intérieur du Conseil de la Vie Sociale, je tiens à vous informer que la situation actuelle rend cette démarche particulièrement complexe. En effet, le fonctionnement du CVS est actuellement perturbé par le comportement d'un de ses membres, dont l'attitude insistante, voire autoritaire, génère un climat difficile. Certains membres ont d'ailleurs exprimé le souhait de mettre fin à leur mandat.</p> <p>Un signalement en ce sens a été adressé à vos services.</p> <p>Dans ce contexte, et au regard du transfert de gestion prévu vers le groupe AESIO en 2026, il a été convenu de reporter la rédaction d'un nouveau règlement intérieur à cette échéance. Cette actualisation permettra d'intégrer des ajustements importants, notamment la modification des critères d'éligibilité pour les représentants des familles, ainsi que l'introduction du vote à bulletin secret, afin de renforcer la transparence et l'équité du processus électoral.</p>	<p>Il est bien pris en compte les éléments de contexte présentés par la direction qui compliquent l'actualisation du règlement intérieur du CVS, qui est reportée en 2026.</p> <p>Les prescription 12, 13 et 14 sont levées.</p>
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	<p>7 comptes rendus de CVS ont été transmis : 13/03/2023, 19/06/2023, 09/10/2023, 17/10/2023, 30/01/2024, 25/03/2024 et 24/06/2024. Les comptes rendus sont bien formalisés et font état de sujets et de questions se rapportant à la prise en charge des résidents et notamment sur la nature et le prix des services rendus. Les comptes rendus de 2024 sont tous signés par le Président du CVS et son Vice-Président.</p> <p>Il est également relevé que l'établissement refuse de prendre en charge les gants, les serviettes de toilette et le marquage du linge. Pour rappel, ces prestations sont inscrites dans les prestations socles obligatoires des EHPAD et ne peuvent donc être facturées aux résidents.</p>	<p>Ecart 15 : En refusant de prendre en charge les gants, les serviettes de toilette et le marquage du linge, l'EHPAD contrevient à l'annexe 2-3-1 du CASF.</p>	<p>Prescription 15 : Prendre intégralement en charge la mise à disposition de gants et de serviettes de toilette ainsi que le marquage du linge du résident comme il est prévu par l'annexe 2-3-1 du CASF.</p>	<p>ACHAT GANTS ET SERVIETTES EHPAD LES BRUNEAUX</p>	<p>Des serviettes de toilette ainsi que des gants ont été mis à la disposition des résidents, conformément aux recommandations formulées.</p> <p>Concernant le marquage du linge, cette démarche sera mise en œuvre très prochainement via une offre de marché. L'établissement souhaite l'acquisition d'une machine dédiée afin de garantir une identification systématique et durable du linge personnel des résidents.</p>	<p>Trois documents ont été remis : une analyse comparative pour l'achat de gants de toilette, de serviettes de toilette et de serviettes de table (07/10/2024), une facture du 16/04/2025 concernant l'achat de 500 serviettes de bain, et un devis signé du 09/10/2024 concernant l'achat de 800 gants de toilette, 800 serviettes de toilette, 50 serviettes de table et 100 bavoirs.</p> <p>L'établissement déclare également que l'acquisition d'outil pour le marquage du linge est en cours.</p> <p>La prescription 15 est levée.</p>