

RAPPORT de CONTROLE le 18/12/2023

EHPAD DE CEYRAT LE LYS BLANC à CEYRAT_63

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

Thématique: CSP 5/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS CEYRAT

Nombre de places : 73 places dont 61 places HP et 2 places en HT avec 10 places AJ

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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	oui	L'organigramme transmis est daté du 7 septembre 2023. Il est nominatif. Il présente les équipes de l'accueil de jour et de l'EHPAD, de manière bien distincte. Les personnels sont réunis par bloc de fonctions. Il ne précise pas les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les professionnels de l'EHPAD. Et, il n'y a pas de visibilité sur l'organisation hiérarchique du pôle soins : -les fonctions soins ne sont pas regroupées dans un même bloc -l'IDEC n'est pas positionné en responsable du pôle soins -le pôle paramédical n'est pas positionné sous la responsabilité des infirmières.	Remarque 1 : L'organigramme de l'EHPAD remis manque de lisibilité dans sa présentation de l'organisation de l'établissement, et ne permet pas d'identifier clairement les liens fonctionnels et hiérarchiques entre les différents professionnels.	Recommandation 1 : Modifier l'organigramme afin de le rendre plus lisible et en y retraçant les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents professionnels et le transmettre.		Le poste d'IDEC est vacant depuis le 01/11/2023 nous sommes en cours de recrutement, A l'issu de celui-ci un organigramme vous sera transmis, Les liens fonctionnels vont dépendre du profil trouvé.	Il est bien noté que le poste d'IDEC est vacant depuis novembre 2023. Pour autant, il n'y a pas lieu de lier l'arrivée d'un nouvel IDEC aux modifications à apporter à l'organigramme, qui dans sa présentation actuelle n'est pas lisible. La réflexion sur la refonte de l'organigramme aurait d'ores et déjà pu être menée par la direction de l'EHPAD et revue si besoin à l'arrivée du prochain IDEC, sachant que, par nature, un organigramme a vocation à évoluer. Il est rappelé que l'organigramme est avant tout un outil de communication interne et externe, destiné à faciliter la compréhension des liens hiérarchiques et fonctionnels existants entre les professionnels de l'EHPAD. La recommandation 1 est maintenue. Transmettre l'organigramme
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	oui	Il a été à nouveau remis l'organigramme comme élément de réponse. Au regard de ce document, 2 ETP d'AS sont vacants en hébergement permanent. Concernant l'accueil de jour (AJ), il compte 1,8 ETP vacants sur les 3,1 ETP soignants qui y sont affectés : -Infirmière en soins généraux à 0,5 ETP -Technicien paramédical à 0,5 ETP -Agent social à 0,8ETP Cela représente un peu plus de la moitié de l'effectif. Cette situation peut fragiliser la qualité et la sécurité de la prise en charge des résidents de cette unité.	Remarque 2 : Le nombre important de postes vacants en AJ peut mettre en difficulté l'établissement pour assurer la sécurité et la prise en charge des résidents.	Recommandation 2 : stabiliser l'effectif de l'accueil de jour, afin de garantir et sécuriser la prise en charge des résidents.		Sur l'AJ nous ne disposons pas de crédits suffisants pour recruter. Nous avons un déficit en soins sur 2023 de 6 761,77 € malgré un excédent global de 20 730,55 €. Ce déficit s'explique par le coût transport. De plus sur la structure le travail du médecin co et de l'administration n'est pas rémunéré afin de garder un équilibre financier.	La réponse fait état d'insuffisance de crédits pour financer l'AJ, ce qui ne permet pas d'avoir l'effectif du personnel dédié à l'AJ complet. La recommandation 2 est levée.
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	oui	Le document transmis intitulé "arrêté portant avancement de grade par ancienneté n°2023037" est daté du 15 décembre 2022. Ce document n'atteste pas que la directrice détient un diplôme de niveau 7 (anciennement niveau I) tel que prévu par la réglementation.	Ecart 1 : En ne fournissant pas de diplôme, la directrice ne peut attester du niveau requis, conformément à l'article D312-176-6 du CASF.	Prescription 1 : Transmettre les justificatifs de qualification de la directrice de l'EHPAD, attestant du niveau 7, conformément à l'article D312-176-6 du CASF.	ATTESTATION	Copie de l'attestation dans l'attente de la récupération du diplôme auprès de la faculté de droit	La directrice est titulaire d'un DESS Droit, Economie et Gestion des collectivités territoriales, obtenu en 1997. Elle atteste bien d'un niveau de qualification de niveau 7. Il n'y aura pas lieu de transmettre le diplôme correspondant. La prescription 1 est levée.
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé? Joindre le document.	non	La directrice déclare "En qualité d'établissement public, il n'y a pas sur notre structure de délégation du Président de CCAS au directeur." La directrice relevant de la fonction publique territoriale, la réglementation prévoit qu'elle doit disposer d'un DUD.	Ecart 2 : La directrice ne dispose pas de document unique de délégation du président du CCAS et par conséquent contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 2 : Se mettre en conformité en élaborant le document unique de délégation, donnant délégation du président du CCAS à la directrice de l'EHPAD, conformément à l'article D312-176-5 du CASF.		A ce jour, la gouvernance du CCAS souhaite avoir l'entière délégation de la structure. Il n'est octroyé aucune délégation à la Direction.	La réponse apportée démontre que le CCAS de Ceyrat, qui est l'organisme gestionnaire de l'EHPAD, méconnaît les dispositions réglementaires relatives aux délégations de compétences au sein des EHPAD, gérés par des CCAS. En effet, les personnels contractuels et titulaires de la fonction publique territoriale sont soumis à l'obligation de détenir un DUD pour diriger un EHPAD. L'article D. 312-176-5 du CASF dispose ainsi que "dans les ESMS de droit privé, mentionnés au I de l'article L. 312-1, lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs ESMS, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel. Ce document définit la fonction de direction au travers des 4 grands champs de compétences : -conduite de la définition et de la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ; -gestion et animation des ressources humaines ; -gestion budgétaire, financière et comptable en application des articles R. 314-9 à R. 314-55 ; -coordination avec les institutions et intervenants extérieurs. La directrice de l'EHPAD, titulaire de la fonction publique territoriale, est nécessairement en fonction par le biais d'une délégation de compétences formalisée par un écrit. Ainsi, l'attribution de la fonction de direction doit être matérialisée par le DUD qui précise les compétences et les missions déléguées, afin de sécuriser la gestion courante de l'établissement La prescription 2 est maintenue. L'établissement et la gouvernance du CCAS doivent mettre fin à l'irrégularité constatée et établir un DUD en faveur de la directrice de l'EHPAD. Il est attendu la transmission du DUD.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	oui	L'extrait du registre des délibérations du CA du CCAS de Ceyrat de septembre 2014 a été transmis. Il précise les modalités de mise en œuvre du régime d'astreintes et d'interventions pour l'EHPAD. Il ne s'agit pas d'une procédure expliquant l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte. Il ne semble pas exister de procédure d'astreinte à destination des professionnels expliquant les modalités de saisine du cadre d'astreinte. Les plannings d'astreintes transmis, qui concernent la période de janvier à juin 2023, montrent que l'astreinte repose exclusivement sur la Directrice de l'EHPAD, ce qui peut entraîner un risque de fatigue professionnelle. L'adjoite de direction n'a réalisé que 2 semaines d'astreintes sur les 6 derniers mois.	Remarque 3 : L'absence de procédure relative à l'astreinte administrative à destination du personnel ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire de son organisation, fonctionnement et des sollicitations à réaliser en cas de difficulté. Remarque 4 : En faisant reposer la responsabilité de l'astreinte administrative de direction exclusivement sur la directrice, cela peut être un facteur de risque en matière d'usure professionnelle.	Recommandation 3 : Rédiger une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative à destination du personnel de l'EHPAD et la transmettre. Recommandation 4 : Veiller à élargir l'astreinte à d'autres personnels de l'EHPAD, en plus de la Directrice, et répartir le nombre de jours d'astreinte de direction de façon plus équilibrée entre les personnes assurant l'astreinte de façon à équilibrer la charge de travail.		Les astreintes administratives sont faites par les 2 personnes de la direction. Le travail pendant l'astreinte relève soit du technique (panne matériel) soit de l'humain (pouvoir à l'absence du personnel) soit pour rédiger les certificats de décès, informer les familles et procéder aux opérations de transfert de corps. Elles sont assurées depuis plus de 24 ans sans discontinuité en fonction des impératifs privés de chacune. Si vous souhaitez une trame rédiger nous vous en transmettrons une,	Il est bien compris que la pratique de l'astreinte au sein de l'EHPAD est ancienne et repose depuis plusieurs années sur le binôme de direction. Le dispositif ainsi organisé est jugé satisfaisant par l'EHPAD et l'organisme gestionnaire. Dont acte. Par ailleurs, la réponse n'apporte aucune précision au sujet de la procédure d'astreinte à l'attention des professionnels de l'EHPAD attendue. Or, la mise en place d'une procédure à l'attention des professionnels de l'EHPAD, explicitant les principes de l'astreinte et les situations qui déclenchent sans délai l'alerte vers le cadre d'astreinte n'est pas inutile et prend tout son sens notamment en cas d'arrivée de nouveaux professionnels. La recommandation 3 est maintenue. Rédiger et transmettre la procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative à destination du personnel de l'EHPAD. La recommandation 4 est levée.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	oui	L'établissement déclare ne pas tenir de CODIR régulièrement et mettre en place des réunions informelles avec l'IDE, la psychologue, le MEDEC, l'adjoite de direction et la Directrice. L'argument avancé pour justifier l'absence de CODIR, reposant sur la petite taille de la structure (63 lits) n'est pas recevable. La tenue d'un CODIR est indépendante de la taille de l'établissement. Il est rappelé que le CODIR permet à l'équipe de direction de traiter des sujets spécifiques à l'EHPAD en transversalité. De plus, l'établissement aurait tout intérêt à formaliser le CODIR, ce qui concourrait à la traçabilité des échanges et des décisions.	Remarque 5 : L'absence de CODIR ne permet pas à l'équipe de direction de l'EHPAD de traiter de sujets spécifiques en transversalité, ce qui est préjudiciable pour la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommandation 5 : Mettre en place des CODIR, contribuant à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations.		Le codir se résume à des réunions informel le mercredi matin en présence de notre medco, d'un temps pys à 0,5 etp et des 2 membres de la direction. Une réorganisation aura lieu à l'arrivée de l'IDEC et depuis le 01/01/2024 notre temps de psychologue est passé de 0,50 à 0,80 ETP.	La tenue chaque semaine d'un temps d'échange entre la direction, le médecin coordonnateur (MEDEC) et le psychologue et l'IDE est une nécessité pour permettre la continuité de la gouvernance de l'EHPAD. Pour autant, il convient que ces temps de réunion soient institutionnalisés et référencés comme des comités de direction ainsi que formalisés par l'élaboration de comptes rendus afin de donner de la lisibilité aux points/décisions évoquées en réunion et permettre leur suivi/mise en place. La recommandation 5 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement fourni n'est pas daté. Dans le document, il est fait référence à des objectifs pour 2009 et 2010 et à des éléments qui concernent l'année 2007. Le projet d'établissement semble donc plutôt ancien. L'établissement ne déclare pas, par ailleurs, que des travaux d'actualisation du projet d'établissement sont en cours.	Ecart 3 : En l'absence de projet d'établissement valide et récent, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 3 : Se doter d'un projet d'établissement valide et récent conformément à l'article L311-8 du CASF et transmettre tout élément de preuve attestant que sa réécriture est prévue.	CPOM	La mise à jour du projet d'établissement est un objectif du CPOM pour l'année 2024. Nous ne manquerons pas de vous le transmettre.	Le CPOM 2023-2027 a été remis. Celui-ci fixe bien en effet, comme objectif, la mise à jour du projet d'établissement en N+1, ce qui correspond à l'année 2023, la valeur initiale étant 2022. Aucun élément probant confirmant le lancement effectif des travaux d'actualisation du projet d'établissement et l'organisation de la démarche retenue n'a été remis, alors que la réécriture du PE était donc prévue dès 2023. La prescription 3 est maintenue. Transmettre tout élément de preuve attestant que la réécriture du PE.

1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le règlement de fonctionnement remis n'est pas daté. Dans le corps du document il est repéré la mention "conseil général", ce qui n'est plus d'actualité depuis 2013. Il est donc antérieur à 2013. De plus, celui-ci ne répond pas aux attendues réglementaires sur les points suivants : -absence de précision sur la consultation par le CVS. -absence des mesures à prendre en cas d'urgences ou de situations exceptionnelles. -absence des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.	Ecart 4 : Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé et contrevient à l'article R311-33 du CASF. Ecart 5 : Le règlement de fonctionnement ne correspond pas aux attentes de l'article R311-35 du CASF.	Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement, conformément à l'article R311-33 du CASF. Prescription 5 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments fixés par l'article R311-35 du CASF.	CPOM	La mise à jour du règlement de fonctionnement est un objectif du CPOM pour l'année 2024. Nous ne manquerons pas de vous le transmettre.	Il est bien noté que dans le cadre des objectifs du CPOM, la mise à jour du règlement de fonctionnement est fixée à N+1, avec comme valeur initiale 2021. Le document actualisé, prenant en compte les prescriptions posées, aurait donc du déjà être réalisé dès 2022 et abouti en 2023. Les prescriptions 4 et 5 sont maintenues. Transmettre le règlement de fonctionnement actualisé, validé par le CVS et intégrant les mesures à prendre en cas d'urgences ou de situations exceptionnelles et les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.
1.9 L'établissement dispose-t-il d'un(e) IDEC ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	oui	L'IDEC a été recruté le 15 mai 2023, pour une année "en qualité d'infirmier en soins généraux de classe normale contractuel (...)" et pour assurer les fonctions d'infirmier coordinateur au sein de l'EHPAD "Le Lys blanc" selon la fiche de poste correspondante". L'IDEC est en CDD pour une durée d'une année. Il est relevé une erreur de frappe sur le contrat l'IDEC concernant l'année de fin du contrat (2023 au lieu de 2024). Dans le contrat de travail, il n'est pas précisé son temps de travail ce qui ne permet pas de connaître s'il a été recruté à temps plein ou à temps partiel.	Remarque 6 : En l'absence de mention du temps de travail de l'IDEC sur le contrat de travail, il est difficile d'apprécier si son temps de travail effectif lui permet d'exercer ses fonctions d'encadrement.	Recommandation 6 : Compléter le contrat de travail de l'IDEC en y indiquant son temps de travail et transmettre le document.		La délibération créant le poste indique qu'il s'agit un temps complet à 35h00	La réponse fait état d'un temps plein d'IDEC. Il est relevé que l'organigramme précise aussi 1 ETP pour le poste d'IDEC. La recommandation 6 est levée.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	non	L'établissement déclare que "l'IDEC a été recruté en mai 2023. Pas de formation spécifique au sein de notre structure depuis mai." Aucun diplôme spécifique à l'encadrement n'a été transmis.	Remarque 7 : L'IDEC en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encadrement.	Recommandation 7 : Accompagner l'IDEC dans un cursus de formation pour acquérir rapidement des compétences managériales et transmettre tout document attestant une inscription à une formation d'encadrement.		En fonction des parcours professionnels de chacun. Le futur idee a accès au formation du CNFPT ou autre	Il est pris acte de l'engagement de l'établissement à assurer l'accompagnement de l'IDEC prochainement recruté, selon ses besoins. La recommandation 7 est levée.
1.11 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent).	Oui	Il n'a pas été transmis le planning mensuel réalisé du MEDEC, ce qui ne permet pas de connaître la répartition de son temps de travail. En revanche, il a bien été transmis son contrat de travail. Il est recruté le 1 janvier 2021 pour une durée de 3 ans. Initialement embauchée pour un contrat de 8h45 hebdomadaires, au 1er septembre 2023 le temps de travail du MEDEC a été augmenté par avenant à 11h30 hebdomadaires pour un ETP de 0,4 ETP, ce qui en-deçà du temps de présence réglementaire du MEDEC, fixé à 0,60 ETP au regard de la capacité de l'établissement. Il est repéré que l'avenant au contrat de travail n'est pas signé.	Remarque 8 : En l'absence de transmission du planning mensuel réalisé, la mission n'est pas en mesure d'apprécier la répartition du temps de travail du MEDEC. Ecart 6 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent l'EHPAD contrevient à l'article D 312-156 du CASF.	Recommandation 8 : Transmettre le planning mensuel réalisé du mois précédent afin de connaître la répartition du temps de travail du MEDEC. Prescription 6 : Augmenter le temps de médecin coordonnateur dans l'établissement conformément à l'article D 312-156 du CASF.		Le planning du medeco est contractualisé sur les lundis et mercredis. Pour information le medeco a un cabinet libéral en parallèle,	En appui de la déclaration, aucun élément probant n'est transmis. Il est compris que le médecin coordonnateur ayant une activité en libéral, celui-ci n'augmentera pas son temps de travail au sein de l'EHPAD et continuera à assurer une présence de 2 jours par semaine. La recommandation 8 est levée ainsi que la prescription 6.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	Le diplôme remis atteste que le MEDEC dispose d'une capacité en gériatrie depuis le 18 février 2011.			DIPLÔME	Joint	Le diplôme avait déjà été transmis. Aucune recommandation ou prescription n'a d'ailleurs été posée à cette question.
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	oui	Il a été transmis deux documents se rapportant à la commission gériatrique du 20 juin 2019 : -le courrier d'annonce de la date de la commission gériatrique ainsi que la feuille d'émargement. -le PowerPoint de présentation de cette même commission gériatrique. Le compte rendu de la commission gériatrique de 2019 n'a pas été remis. Il est relevé que la commission gériatrique ne s'est pas réunie chaque année depuis 2019, aucun document n'ayant été transmis pour les années suivantes.	Ecart 7 : en l'absence d'organisation chaque année de la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 7 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Avant COVID réunion gériatrique tous les ans. Absence de réunion 2020 et 2021. Pas de temps ni de moyen humain en 2022 car nous avions la négociation du CPOM. Retour de la commission septembre 2024 au plus tard.	Le contexte particulier de la crise COVID explique valablement l'interruption de la commission de coordination gériatrique sur cette période. Les comptes rendus de la commission en 2017 et 2018 auraient pu être remis comme éléments probants. Il est bien noté qu'en 2022, tous les efforts de l'établissement étaient déployés en vue de la négociation CPOM et que, pour cette raison, la commission de coordination gériatrique n'a pas été réunie. Elle est programmée pour 2024. La prescription 7 est maintenue. Transmettre le compte rendu de la commission qui se tiendra en septembre 2024.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	oui	Il a été déposé le RAMA 2021.Celui-ci n'est signé, ni par le MEDEC, ni par la Directrice, ce qui n'est pas réglementaire. De plus, il est relevé une incohérence entre l'année du RAMA et les années de référence inscrites dans les tableaux qui ne vont pas au delà de 2020. La mission s'interroge sur l'actualisation effective du RAMA. Il n'a pas été transmis le RAMA 2022 comme demandé et aucun document expliquant l'absence du document n'a été remis.	Ecart 8 : En l'absence de signature conjointe du RAMA 2021 par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. Ecart 9 : En l'absence de transmission du RAMA 2022, l'établissement n'atteste pas qu'il est conforme à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 8 : Veiller à faire signer systématiquement le RAMA par le MEDEC et la Directrice de l'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF. Prescription 9 : Transmettre le RAMA 2022 afin que l'établissement atteste de sa conformité avec l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.		Il vous sera transmis signé	Le document demandé n'a pas été remis. Les prescriptions 8 et 9 sont maintenues. Transmettre le RAMA 2022 signé (au titre de la prescription 9) ainsi que le RAMA 2023 signé (au titre de la prescription 8).
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG des 6 derniers mois.	oui	La déclaration de l'établissement démontre que l'établissement méconnaît la réglementation qui fixe l'obligation de signalement sans délai aux autorités de contrôle de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des résidents, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge. Il paraît étonnant que l'établissement n'ait pas rencontré ces 6 derniers mois des situations nécessitant une déclaration aux autorités de tutelles, telles quelles sont citées dans l'arrêté du 28/12/2016.	Ecart 10 : En l'absence d'une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des EIG, la direction de l'établissement ne respecte pas l'article L311-8-1 du CASF.	Prescription 10 : Se conformer à la réglementation en signalant systématiquement aux autorités de contrôle tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge, tels que prévu par l'article L311-8-1 du CASF.	CPOM	Objectif notifié au CPOM sur 2024 et 2025 avec l'augmentation du temps de travail de la psychologue	L'un des objectifs inscrits au CPOM 2023-2027 porte effectivement sur l'élaboration d'une démarche de signalement interne et analyse des dysfonctionnements et événements indésirables. A ce titre, il est relevé comme action à mettre en place en N+2 et N+3, avec valeur initiale 2021, soit en 2023 et 2024 : envoyer systématiquement en cas d'EIG les informations au CD63 et à l'ARS. La prescription 10 est maintenue. Transmettre tout élément probant attestant que l'établissement se conforme à la réglementation en signalant systématiquement aux autorités de contrôle tout dysfonctionnement grave dans sa gestion ou son organisation.
1.16 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions pour l'année 2022.	oui	Rien n'est mis en place en matière de signalement en interne des EI/EIG, ce qui est confirmé par la direction de l'établissement. Il n'existe ni fiche de signalement, ni procédure de déclaration pour les professionnels, ce qui souligne la carence de culture du signalement au sein de l'établissement.	Ecart 11 : L'absence de culture du signalement lié à une carence de gestion des EI/EIG en interne à l'EHPAD ne garantit pas la sécurité des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	Prescription 11 : Se doter d'outils de gestion des EI/EIG et acculturer le personnel au signalement afin de garantir la déclaration et le traitement des EI/EIG pour sécuriser la prise en charge des résidents au titre de l'article L311-3 du CASF.	CPOM	Objectif notifié au CPOM sur 2024 et 2025 avec l'augmentation du temps de travail de la psychologue	Il est bien relevé dans le CPOM l'inscription comme objectif de la mise en place d'une démarche de signalement en interne avec le recueil et l'analyse des dysfonctionnement/événements indésirables. L'objectif est prévu en N+ 2, avec valeur initiale 2021, soit en 2023. L'établissement aurait du être en mesure d'apporter des éléments de réponse afin d'attester du démarrage de la démarche de signalement interne. La prescription 11 est maintenue. L'établissement transmettra tout document probant attestant de la mise en place d'un dispositif de signalement, avec la mise en place d'outils de gestion des EI/EIG (protocoles) et que les personnels sont acculturés et formés au signalement.
1.17 Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres.	oui	La déclaration faite n'est pas satisfaisante, manque de clarté et atteste que l'établissement ne répond pas aux exigences posées par la réglementation concernant le CVS : aucune élection du CVS n'a été organisée suite au décret d'avril 2022, en raison de l'échec des élections en début d'année 2023 évoqué par la directrice. Le projet de procéder à une réélection fin 2023/début 2024 apparaît tardif dans un contexte d'absence totale de CVS.	Ecart 12 : En l'absence de mise en place d'un CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-3 du CASF.	Prescription 12 : Mettre en place un CVS conformément à l'article D311-3 du CASF.		Mise en place du nouveau CVS premier semestre 2024	A la lecture du CPOM 2023-2027 remis, il apparaît que l'objectif "mettre en conformité le CVS aux nouvelles modalités applicables à compter du 01/01/2023" est à réaliser en année N+2, avec comme valeur initiale 2021, soit en 2023. La réponse fait état d'une mise en œuvre pour le 1er semestre 2024, ce qui est tardif au regard de l'engagement CPOM de l'établissement. La prescription 12 est maintenue. Transmettre tout document probant attestant de la mis en place du CVS, dans le respect du Code de l'action sociale et des familles.
1.18 Suite à la nouvelle élection du CVS, avez-vous procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS ? Joindre le PV du CVS se prononçant sur le règlement intérieur.	oui	La réponse à cette question, identique à la précédente n'apporte aucun élément de réponse sur l'existence et l'approbation du règlement intérieur du CVS.	Rappel écart 12.	Rappel prescription 12.		Mise en place du nouveau CVS premier semestre 2024	Il est rappelé que l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS devra se réaliser lors de la 1ère réunion du cv, suivant l'élection de ses nouveaux membres (représentants des résidents, des familles et du personnel) et de la désignation du représentant de l'organisme gestionnaire/CCAS. Cf. prescription 12 maintenue.

1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	<div>oui</div>	Il a été transmis un document intitulé "conseil de la vie sociale" qui n'est pas daté. Ce document ne porte pas sur une réunion de CVS. Il semblerait qu'il s'agisse d'une réunion préparatoire d'un CVS qui s'est tenue en 2020, sachant qu'il fait référence à un CVS organisé en janvier 2020 et évoque la date du prochain CVS du 14 mai. L'objet de cette rencontre portait sur les questions qui préoccupent les familles des résidents. Il est supposé que c'était en vue de la préparation du CVS de mai. Aucun compte rendu de CVS de 2022 et 2023 n'a été remis ainsi que ceux de 2020. Cela confirme que l'établissement n'a pas mis en place de CVS depuis 2020.	Rappel écart 12.	Rappel prescription 12.		Mise en place du nouveau CVS premier semestre 2024	Renvoi à la prescription 12 maintenue.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	<div>oui</div>	L'établissement dispose de 10 places en accueil de jour. En atteste le document "compte administratif de 2022" transmis. De plus, l'établissement dispose de 61 lits en hébergement permanent et 2 lits en hébergement temporaire. Le document "ERRD 2022 de l'EHPAD" remis le confirme.					
2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	<div>oui</div>	Au regard du document transmis, 2 places en hébergement temporaires étaient occupées au 1er janvier 2023. Concernant l'accueil de jour, le planning transmis sans légende ne permet pas une lecture claire et compréhensible de celui-ci.	Remarque 9 : En l'absence de transmission de la légende du planning de l'accueil de jour, la mission n'est pas en mesure d'apprécier le taux d'occupation de l'accueil de jour.	Recommandation 9 : Transmettre la légende du planning de l'accueil de jour du mois de janvier 2023.	<div>planning</div>	joint avec légende	Le planning de février 2024, avec la légende, a été remis. La fréquentation des 10 places d'AJ sur ce mois-là est satisfaisante (entre 6 et 10 personnes/jour). La recommandation 9 est levée.
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	<div>oui</div>	Il est déclaré que l'établissement ne dispose pas de projet de service pour l'hébergement temporaire. La directrice affirme que "Pour l'accueil de jour, le projet de service sera finalisé dans le cadre du CPOM." Cela suppose donc que le projet de service est en cours de rédaction, il conviendra de le transmettre.	Ecart 13 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF. Remarque 10 : L'absence de transmission des travaux de rédaction en cours du projet de service de l'accueil de jour ne permet pas à la mission d'apprécier la mise en route des travaux.	Prescription 13 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF. Recommandation 10 : Fournir tout document attestant le commencement des travaux de rédaction du projet de service de l'accueil de jour.		Le service d'hébergement temporaire est traité comme le service d'hébergement permanent dans le respect des 90 jours. Pour l'AJ dans le cadre du cpom nous devons finaliser sa rédaction,	Il est bien relevé que dans le CPOM 2023-2027 des objectifs sont définis pour l'accueil de jour "développer l'offre en faveur du soutien à domicile (AJ, HT, SSIAD), avec comme sous-objectif : "développer l'activité de l'HT et développer l'AJ avec 1 ou 2 places supplémentaires sous réserve de financement", sur la durée du CPOM. C'est dans ce cadre que les projets de service spécifiques pour l'HT (à intégrer dans le projet d'établissement) et de l'accueil de jour devront être élaborés. La prescription 13 et la recommandation 10 sont levées.
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.	<div>oui</div>	Au regard du document remis, l'établissement ne dispose pas d'équipe dédiée à l'hébergement temporaire. En revanche, l'accueil de jour dispose bien de sa propre équipe. Il n'a pas été remis le planning de service pour l'accueil de jour.	Remarque 11 : En l'absence de transmission du planning de service sur une semaine de l'accueil de jour, la mission n'est pas en mesure de porter une appréciation sur l'organisation de l'accueil de jour.	Recommandation 11 : Transmettre le planning de service sur une semaine de l'accueil de jour.		Le fonctionnement est notifié dans le livret d'accueil les horaires sont postés soit 9h30-16h00 semaine 1 ou 10h00-17h00 semaine 2	La déclaration n'exonérât pas l'établissement de la transmission du planning du service de l'AJ sur une semaine (avec codes, noms/fonctions occupées). La recommandation 11 est donc maintenue.
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	<div>oui</div>	Il a été remis les diplômes des deux auxiliaires de soins intervenant sur l'accueil de jour.			<div>contrat aj</div>		
2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document.	<div>oui</div>	Trois documents ont été remis : - contrat de séjour AJ - dossier d'admission AJ - contrat de séjour hébergement temporaire Ces trois documents ne répondent pas à la question et n'atteste pas que les modalités d'accueil sont prises en compte dans le règlement de fonctionnement.	Ecart 14 : En l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire/accueil de jour, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 14 : Définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire/accueil de jour et l'intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D311-9 du CASF.		Règlement de fonctionnement pour HT comme pour l'HP. Dossier d'admission impression de via trajectoire et inscription dur titan link	Il est bien compris que le règlement de fonctionnement de l'établissement concerne les résidents accueillis en HP comme ceux accueillis en HT. Toutefois, il conviendra dans le prochain règlement de fonctionnement que celui-ci définisse clairement les modalités d'organisation de l'hébergement permanent, l'hébergement temporaire et aussi accueil de jour, afin d'identifier les différentes modalités d'accueil au sein de l'EHAD et de distinguer ce qui les différencie. La prescription 14 est levée.