

RAPPORT de CONTROLE le 23/12/2024

EHPAD LE MONTEL à MANZAT_63

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

Thématique: CSP11 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CIAS CC COMBRAILLES SIOULE MORGE

Nombre de places : 41 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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	OUI	L'EHPAD Le Montel est un petit établissement communal de 41 places. L'organigrammes est transmis, il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels et il rend compte de sa structure interne (fonctions et ETP correspondants). Il est repéré que la directrice consacre 0,3 ETP à l'EHPAD Le Montel.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	OUI	L'établissement déclare le poste de MEDEC vacant, tandis que le poste de cadre de santé a été pourvu en juillet 2024.					
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	La directrice dispose d'une licence en sociologie, obtenue en 1996. Elle est donc titulaire d'un diplôme de niveau 6, ce qui correspond au niveau requis pour un établissement médico-social de moins de 50 salariés. Cependant, l'arrêté du Président du CIAS, daté du 31/12/2018, a nommé la directrice sur les fonctions de direction des 3 EHPAD en direction commune gérés par le CIAS : Les Orchis, Le Montel et l'EHPAD d'Ancizes-Comps. De ce fait, la directrice doit disposer d'un niveau de qualification de niveau 7 (anciennement niveau I). En effet, celle-ci répond aux exigences de la réglementation puisqu'elle dirige plusieurs EHPAD qui répondent cumulativement sur les trois derniers exercices comptables clos consécutifs (2021, 2022 et 2023) à au moins deux des trois seuils fixes : - Le nombre de salariés cumulé entre les trois EHPAD dépasse le seuil des 50 salariés (2021 : 67,86 ETP, 2022 : 74,23 ETP et 2023 : 83,14 ETP) - Le total cumulé entre les trois EHPAD du bilan dépasse 1 550 000 euros (2021 : 8 493 682,71€, 2022 : 9 067 256,58€ et 2023 : 13 220 373,24€). Ces données nous ont été transmises par le service performance de la direction autonomie de l'ARS. De fait, entre le nombre de salariés et le total bilan consolidé des 3 établissements, 2 des seuils sont donc dépassés sur les 3 derniers exercices.	Ecart 1 : La directrice ne disposant pas de la qualification de niveau 7 (anciennement niveau I) requis dans le cas d'une direction commune de trois établissements, celle-ci n'atteste pas être en conformité avec la réglementation pour exercer ses fonctions, telles qu'exigées par l'article D. 312-176-6 du CASF.	Prescription 1 : Doter l'établissement d'une directrice titulaire des titres requis, en apportant la preuve de son inscription dans un dispositif de formation (classique ou par la voie de la validation des acquis de l'expérience) en vue d'obtenir un diplôme de niveau 7, afin de respecter l'article D. 312-176-6 du CASF.	L'établissement est surpris de l'interprétation faite par l'ARS. En effet, par courrier en date du 17/10/2024, les services de l'ARS indiquent qu'il n'est pas possible de fusionner les 3 établissements pour créer un EHPAD administratif unique, s'agissant de numéros FINESS et d'autorisations administratives distinctes. Aussi, conformément à l'analyse de l'ARS, le CIAS considère qu'il y a donc 3 EHPAD de moins de 50 salariés avec un directeur à temps non complet sur chaque EHPAD. La directrice s'engage à s'inscrire dans un parcours de validation des acquis d'expérience. Ce projet est actuellement à l'étude nous n'avons à ce jour aucun retour des organismes.	Comme le précise la réponse, la directrice est bien responsable de 3 EHPAD de moins de 50 salariés chacun. Dans ce contexte et au vu de la réglementation, celle-ci, ayant reçu les délégations de compétences requises (DUD), elle doit être titulaire d'une qualification de niveau 7. Il est bien noté que la directrice va s'engager dans parcours de formation de validation des acquis afin d'obtenir un diplôme de niveau 7. Toutefois, aucun élément probant n'a été remis. La prescription 1 est maintenue, dans l'attente de la validation d'un diplôme de niveau 7 par la directrice. Il n'est pas attendu d'élément probant en retour.	
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.	OUI	L'établissement a remis le document unique de la directrice. Le document est daté de novembre 2023. Le DUD présente les trois niveaux de délégations, le conseil d'administration, le président du CIAS et le directeur de l'établissement. Le DUD précise bien les quatre grand domaines de délégation. Toutefois, le document ne précise la nature de la délégation. Il conviendra de compléter le document avec la mention "délégation de compétence". Le document est conforme. La directrice assure ainsi pleinement la gestion courante de l'établissement.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 2ème semestre 2023 ainsi que le planning prévisionnel du 1er semestre 2024.	OUI	La procédure de fonctionnement des astreintes, datée au 11/2024, est transmise. Cette procédure précise les modalités de fonctionnement de l'astreinte aux professionnels ayant recours à l'astreinte. L'astreinte est commune aux trois EHPAD de la direction commune. Le document est clair. De plus, le planning des astreintes est transmis. Il est observé que l'astreinte repose sur la directrice de l'établissement et sur la responsable hébergement.					
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	OUI	L'établissement déclare que <i>"l'équipe de direction fait des points hebdomadaires et que les réunions de codir sont formalisées une fois par mois"</i> . Les comptes rendus des CODIR des 29/04/2024, 16/05/2024 et du 19/06/2024 ont été remis. Ce sont les mêmes documents qui ont été remis en réponse au contrôle sur pièces (CSP) de l'EHPAD Les Orchis en juillet 2024. Il était donc attendu les 3 derniers comptes rendus du CODIR précédents le dépôt des documents sous collecte Pro (août, septembre et octobre 2024). A la lecture des comptes rendus, il est noté que le CODIR est commun aux 3 EHPAD en direction commune. Les sujets abordés traitent de la gestion et du pilotage stratégique des établissements. Toutefois, il est constaté que le CODIR rassemble uniquement la directrice et la responsable hébergement. La cadre de santé recrutée en juillet 2024 n'y participe pas. Le CODIR ne rassemble donc pas les cadres et professionnels clés des 3 EHPAD, ce qui ne permet pas de développer une culture professionnelle commune chez les cadres des 3 sites, alors que cela participerait au nécessaire rapprochement des établissements, par une meilleure compréhension des enjeux de chaque site et leur partage.	Remarque 1 : En l'absence de compte rendu de CODIR récent (septembre, octobre, novembre), l'établissement n'atteste pas réaliser des réunions transversales de pilotage stratégique au-delà de juin 2024. Remarque 2 : En limitant la participation au CODIR à la directrice et à la responsable hébergement, l'établissement se prive d'une dimension transversale sur les trois établissements et d'une culture professionnelle commune aux cadres et professionnels des trois sites.	Recommandation 1 : Transmettre les derniers comptes rendus de CODIR. Recommandation 2 : Elargir le CODIR aux professionnels clés des différents sites.	1.6- CR CODIR EHPADs SEPTEMBRE 2024 1.6- CR CODIR EHPADs OCTOBRE 2024 1.6- CR CODIR EHPADs NOVEMBRE 2024 1.6- CR CVS DECEMBRE 2024 - EHPAD Le Montel	La cadre de santé participe bien aux réunions des comités de direction. Elle n'apparaît pas sur les compte-rendu visés par le contrôle car le poste était vacant. Les CODIR sont composés de la directrice de l'action sociale, la directrice des EHPADs, la cadre de santé et la responsable hébergement en fonction des agendas et disponibilités des cadres. Des CODIR sont également organisés avec les assistantes de direction, le DGS, la DGS adjointe, le Président et le Vice-président. En août aucun CODIR n'a était effectué sur cette période de vacances. De plus, la directrice des EHPADs était en arrêt maladie.	Les comptes rendus de septembre, octobre et novembre ont été remis, attestant de la tenue de ces réunions régulières malgré l'absence de la directrice. La recommandation 1 est levée. Il est observé que la cadre de santé nouvellement recrutée participe aux CODIR. De plus, l'établissement déclare que des CODIR sont organisés entre les assistantes de direction, le DGS, la DGS adjointe, le Président et le Vice-président. Ces réunions permettent notamment de partager une vision transversale sur les trois sites. Ainsi, la recommandation 2 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2024-2028. Le document est commun aux EHPAD de la direction commune. Le document est complet. Toutefois, la date de consultation du projet d'établissement par le CVS n'apparaît pas, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa consultation par l'instance. Par ailleurs, à la lecture du document il est observé un point 3.2 "La bientraitance et sa mise en œuvre" qui présente les principes de bientraitance et leur mise en œuvre de manière générale. Cette partie est peu développée et ne présente pas d'objectifs déclinés en actions concrètes de mise en œuvre dans le cadre de la politique de lutte et de prévention contre la maltraitance. Or, il est rappelé que depuis la publication de l'article L311-8 du CASF les ESMS doivent développer une démarche spécifique sur la thématique de la maltraitance.	Ecart 2 : En l'absence de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Ecart 3 : Le projet d'établissement ne traite que partiellement de la maltraitance en EHPAD, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Présenter le projet d'établissement au CVS pour assurer sa consultation, conformément à l'article L311-8 du CASF. Prescription 3 : Développer la politique de prévention de la maltraitance dans le projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF.		Le projet d'établissement a été présenté en CVS en décembre 2024. Il sera validé au prochain CVS en mars 2025. La politique de prévention de la maltraitance sera développé en 2025 dans le projet d'établissement. De plus, l'Etablissement attire l'attention de l'ARS sur le fait que les actions concrètes relatives à la bientraitance ne se limitent pas aux propos de paragraphe 3.2. En effet, la politique de l'établissement en matière de bientraitance s'exprime à travers l'ensemble des points et objectifs du projet d'établissement et du CPOM (accueil, pap, participation des usagers, ouverture vers l'extérieur, animations, politique de formation RH, sensibilisation ...). A titre d'information complémentaire, on peut noter qu'une formation sur la prévention de la maltraitance, organisée par , a été effectuée en decembre 2023. De plus, des sensibilisations sur la prévention de la maltraitance, à destination des agents/résidents/familles, sont prévues en 2025 sur l'ensemble des EHPADs en partenariat avec la maison de protection des familles (gendarmerie). La dernière sensibilisation s'est déroulée à l'EHPAD le Montel en Janvier 2025	Il est pris bonne note de la consultation du CVS sur le projet d'établissement en décembre 2024. La prescription 2 est levée. La réponse mentionne que "la politique de prévention de la maltraitance sera développée en 2025 dans le projet d'établissement". Pour autant, aucun élément probant n'est remis. Il est également fait état d'un certain nombre de formations et de sensibilisations organisées pour le personnel de l'EHPAD. Ces mesures s'inscrivent bien dans la politique de lutte contre la maltraitance et à ce titre doivent être retranscrites dans le projet d'établissement, qui doit plus globalement présenter l'ensemble de mesures prises par l'établissement en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle qui déclinent sa politique de lutte contre la maltraitance. La prescription 3 est maintenue, dans l'attente de la rédaction effective de la politique de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement. Il n'est pas attendu d'élément probant en retour.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement a été adopté en conseil d'administration en avril 2023 et consulté par le CVS en mars 2023. Le document n'appelle pas de remarque.					
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	Le contrat à durée déterminée de l'IDEC est transmis. Celle-ci est recrutée <i>"dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire"</i> à compter du 01/12/2023 au 30/11/2024, à temps plein. Elle est recrutée en qualité d'infirmière. Pour autant, il est relevé que son contrat de travail ne prévoit pas ses missions d'infirmière coordonnatrice. Par ailleurs, aucun élément concernant la cadre de santé recrutée en novembre n'a été transmis.	Remarque 3 : En l'absence de mention dans le contrat de travail de l'IDEC de ses missions de coordination des soins, l'établissement n'atteste pas l'avoir recruté sur des missions de coordination des soins. Remarque 4 : En l'absence d'élément concernant la cadre de santé nouvellement recrutée, l'établissement n'atteste pas disposer d'une cadre de santé.	Recommandation 3 : Modifier le contrat de travail de l'IDEC en prévoyant les qui lui incombent et le transmettre. Recommandation 4 : Transmettre l'arrêté de nomination de la cadre de santé.	1.9- Contrat de la cadre de santé 1.9- Contrat IDEC 1.9- Certificat administratif	Le contrat de l'infirmière coordinatrice sera modifié avec l'intitulé infirmière coordinatrice. Les missions ont été modifiées en décembre.	Le contrat de travail de l'IDEC arrivant à échéance, le nouveau contrat de travail a été établi. Celle-ci est toujours sur un COD pour la période du 01/12/2024 au 30/11/2025. La mention d'infirmière est toujours inscrite. L'établissement s'engage à modifier cette mention pour le terme "d'infirmière coordinatrice". Il est à noter que les missions inscrites ont été modifiées dans le contrat de travail correspondant bien à celle d'une IDEC. Par conséquent, la recommandation 3 est levée. L'établissement dispose d'une cadre de santé, son contrat de travail sur la période du 22/10/2024 au 21/07/2025 est transmis. La recommandation 4 est levée.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	L'IDEC a suivi une formation d' <i>"Infirmier coordinateur en SSIAD, en SPASAD et en EHPAD"</i> d'une durée de 126 heures, en 2019. Ce qui atteste d'une formation spécifique à l'encadrement. Aucun élément concernant la cadre de santé recrutée en novembre n'a été transmis.	Remarque 5 : En l'absence de transmission du diplôme de la cadre de santé, l'établissement n'atteste pas de sa formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation 5 : Transmettre le diplôme de cadre de santé de la cadre de santé.	1.10- Diplome Cadre Santé Attestation de réussite Master		La "cadre de santé" Mme dispose d'un master 2, intitulé <i>"Management et administratif établissement santé"</i> , obtenu en 2024. Il est rappelé que le titre de cadre de santé est réservé aux titulaire du diplôme de cadre de santé. Par conséquent, Mme est IDEC et ne peut se prévaloir du titre de cadre de santé. La recommandation 4 est levée. L'établissement veillera à identifier Mme , comme infirmière coordonnatrice au sein de l'EHPAD et non cadre de santé.
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	L'établissement déclare ne pas disposer de MEDEC. L'établissement ajoute qu'une offre d'emploi a été lancée en novembre 2024. Il n'est pas précisé depuis quand le poste de MEDEC est vacant.	Ecart 4 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.		Régulièrement lors de l'installation d'un nouveau médecin ou d'un départ en retraite, l'établissement prend contact avec le professionnel de santé pour savoir si le poste de médecin coordinateur pourrait l'intéresser. Le CIAS est prêt à s'impliquer dans des démarches de recrutement (job dating) qui seraient pilotées par l'ARS. Actuellement, nous étudions le coût afin de transmettre l'offre sur un magazine spécifique (ex: réseau pro-santé ou annonces médicales).	L'établissement déclare prendre contact avec les professionnels de santé lors de l'installation de nouveau médecin afin de savoir si le poste de MEDEC pourrait les intéresser. Par ailleurs, l'établissement déclare également étudier le coût afin de transmettre l'offre sur un <i>"magazine spécifique (ex: réseau pro-santé ou annonces médicales)"</i> . Cela peut permettre de donner plus de visibilité à cette offre d'emploi. Toutefois, aucun élément probant n'a été transmis. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente du recrutement d'un MEDEC.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Cf. réponse précédente.	Cf écart n°4	Cf. prescription n°4			
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare ne pas organiser de commission de coordination gériatrique en raison de l'absence de MEDEC. Il n'est pas précisé depuis quand la commission de coordination ne s'est pas tenue.	Ecart 5 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		En vertu de l'article 1 de l'Arrêté du 5 septembre 2011, le médecin coordinateur préside la commission de coordination gériatrique. La commission gériatrique sera réunir dès que le poste sera pourvu, afin de respecter les modalités réglementaires de constitution de la commission.	Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC et de la mise en place de la commission de coordination gériatrique, la prescription 6 est maintenue.

1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	OUI	L'établissement déclare ne pas rédiger de RAMA en l'absence de MEDEC. Il est ajouté que "suite au recrutement de la cadre de santé, la structure étudiera la faisabilité de la rédaction du RAMA pour les prochaines années". L'établissement précise avoir conscience de l'obligation de rédaction du RAMA mais que cela ne peut être fait en l'absence de MEDEC. Il est rappelé que la rédaction du RAMA est obligatoire, même de façon partielle en l'absence de MEDEC. L'établissement peut se baser le modèle type de RAMA élaboré par l'ARS Pays de Loire (cf. site internet ARS Pays de Loire).	Ecart 6 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 6 : Rédiger le RAMA 2023, même partiellement en l'absence de MEDEC, conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre.		L'article D312-158 précise que c'est le médecin coordinateur qui coordonne et signe le rapport annuel des activités médicales. En l'absence de médecin coordinateur, et compte tenu des tensions sur le recrutement des soignants sur l'établissement (vacances de poste), l'ARS comprendra aisément qu'il est difficile de rédiger ledit rapport annuel; En l'absence de personnel soignants, priorité a été donnée à la prise en charge des résidents, et à l'accompagnement des familles. L'arrivée de la cadre de santé en juillet 2024, devrait permettre d'étudier la faisabilité de la rédaction du rapport annuel des activités médicales pour les prochaines années. Par ailleurs le 10 ^o de l'article D312-158 ne détaille pas le contenu du RAMA. Selon les modèles de RAMA proposés par les ARS régionales , on peut constater que de nombreuses informations contenues traditionnellement dans le RAMA sont présentes dans d'autres documents (projets d'établissement, indicateurs du CPOM,...). Les informations contenues dans le RAMA peuvent donc potentiellement faire doublon.	Il est bien pris en compte que l'établissement ne dispose pas de MEDEC et que la cadre de santé est arrivée en cours d'année 2024. L'établissement déclare que la priorité a été donnée à la prise en charge des résidents, ce qui est entendable. L'établissement veillera donc à rédiger le RAMA 2024 en cours d'année 2025 en collaboration avec la cadre de santé et l'équipe de soin. De plus, l'établissement relève que certains éléments présents dans le RAMA figurent également dans d'autres documents, et qu'il y a un risque de doublon. Bien que certains éléments du RAMA peuvent apparaître ailleurs, celui-ci a pour objectif de faire le point sur le projet de soin, d'en assurer le suivi au fil du temps et de permettre son évaluation. Ce document réglementaire doit être rédigé chaque année pour notamment permettre la comparaison des données d'une année sur l'autre. La prescription 6 est donc maintenue, dans l'attente de l'élaboration du RAMA pour les années à venir en débutant par le RAMA 2024.
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 réalisés en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement déclare ne pas avoir une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle. L'établissement précise que ce "point de faiblesse" a été retenu dans les axes d'amélioration du CPOM. Dont acte.					
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, en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a remis le tableau de bord des EI des années 2023 et 2024. A la consultation du tableau, il est constaté que chaque déclaration d'EI est bien traitée par la directrice ou la cadre de santé. De plus, il est repéré que la grande majorité des EI déclarés concernent des chutes. En 2023, sur 90 EI déclarés, seuls 3 ne correspondaient pas à des chutes, et en 2024, ce chiffre est de 4 sur 62. Cette prédominance de la catégorie d'EI portant sur les chutes sur deux années consécutives interroge sur la sensibilisation des équipes à l'intérêt de déclarer tout type de dysfonctionnements. Par ailleurs, l'établissement dispose d'une procédure intitulée " événements indésirables et événements indésirables graves", récente, datée de septembre 2024. Cette procédure est claire et complète. Ce document renforce donc la démarche qualité de l'établissement.					
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	L'établissement déclare que "les élections du CVS" ont eu lieu le 9 mars 2023 pour l'EHPAD Le Montel. Les procès-verbaux des élections des représentants des résidents, des familles et des professionnels sont remis. Les modalités d'élections ont donc été respectées. De plus, il est bien repéré que le vice-président du CIAS participe en tant que membre de l'organisme gestionnaire aux réunions de CVS.					
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	L'établissement a remis un règlement intérieur de CVS. Ce document est conforme et prend bien en compte les modifications apportées par le décret du 25 avril 2022. Toutefois, le document n'a toujours pas été adopté en séance. L'établissement déclare que le document sera présenté en instance en fin d'année 2024.	Ecart 7: En l'absence d'approbation du règlement intérieur du CVS par ses membres suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF.	Prescription 7 : Faire adopter le règlement intérieur de CVS en séance, conformément à l'article D311-19 du CASF et transmettre le compte rendu de séance.			Le compte rendu de CVS du 19/12/2024 confirme que le règlement intérieur de CVS a été validé en instance. La prescription 7 est levée.
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	L'établissement a remis les comptes rendus de CVS des 02/2022, 06/04/2023, 21/12/2023 et du 25/06/2024. Le CVS ne se tient donc pas régulièrement au moins trois fois par an. A la lecture des comptes rendus, il est souligné que les sujets abordés sont variés et que les échanges sont riches. Toutefois, il est noté que les comptes rendus ne sont pas signés par le président du CVS.	Ecart 8 : En l'absence d'organisation de 3 CVS par an, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Ecart 9 : En l'absence de signature du Président du CVS sur les comptes rendus de séance, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 8 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF. Prescription 9 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.6 -CR CVS décembre 2024	NB/ Le prochain CVS aura lieu en mars 2025	L'établissement déclare que le prochain CVS aura lieu en mars 2025. Un seul CVS s'est donc tenu en 2024. Et l'établissement n'apporte aucun élément d'explication. La prescription 8 est maintenue, dans l'attente de l'organisation de 3 CVS par an. L'établissement n'apporte aucun élément concernant la signature des comptes rendus par le président du CVS. La prescription 9 est maintenue, dans l'attente que les comptes rendus du CVS à venir soient signés par le président.
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AI sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	NON	Non concerné.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	NON	Non concerné.					
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.	NON	Non concerné.					