

RAPPORT de CONTROLE le 12/12/2024

EHPAD LES ORCHIS à COMBRONDE_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 : 27 places dont 24 places HP - 3 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	Ecart(s) / 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 Les Orchis est un petit établissement communal de 27 places. L'organigramme est transmis, il présente les liens hiérarchiques et fonctionnels et il rend compte de sa structure interne (fonctions et ETP correspondants). Toutefois, il est relevé que les fonctions d'IDEC ne sont pas mentionnées sur l'organigramme. Par ailleurs, il est observé que les ETP indiqués correspondent au temps de travail dédié à cet EHPAD pour les fonctions mutualisées avec les deux autres EHPAD en direction commune (assistante de direction, directrice, cadre de santé, responsable hébergement).	Remarque 1 : Le poste d'IDEC n'apparaît pas sur l'organigramme, ce qui ne permet pas de comprendre ses liens hiérarchiques et fonctionnels et sein de l'EHPAD Les Orchis.	Recommandation 1 : Faire apparaître le poste d'IDEC sur l'organigramme.	1.1 - organigramme Combronde	Organigramme modifié. Le poste d'IDEC est intégré. L'infirmière faisant fonction réalise sa formation au vu de l'obtention du certificat de Coordonnateur de parcours d'accompagnement et de soins.	L'établissement a remis son organigramme avec l'intégration de l'IDEC dans le pôle soin. Il est noté que l'organigramme n'indique aucun lien hiérarchique entre l'IDEC et la cadre de santé. Il conviendra de corriger cet oubli pour que l'organigramme reflète bien la réalité de l'ensemble des liens hiérarchiques existants entre professionnels de l'EHPAD. La recommandation 1 est levée.
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 que le poste de MEDEC (0,4 ETP) est vacant ainsi que celui d'IDEC. L'établissement ajoute que le poste de cadre de santé a été pourvu le 22 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. Or, le cumul de ces trois établissements dépasse la limite d'encadrement autorisée pour un titulaire de diplôme de niveau 6, selon l'article D312-176-6 du CASF. Par conséquent, la directrice n'exerce pas ses fonctions en conformité avec les exigences réglementaires en vigueur.	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 dépassant la capacité d'encadrement autorisée pour un titulaire de niveau 6, la directrice de l'EHPAD n'atteste pas qu'elle est 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. Par ailleurs, il est surprenant que le rapport de contrôle réalisé sur l'EHPAD des Ancizes en 2022 n'ait pas relevé ce point.	La réponse évoque le contrôle sur pièces de l'EHPAD des Ancizes réalisé en 2022 et fait part de son étonnement face à l'absence d'écart sur ce point. Lors du contrôle de cet EHPAD, la mission de contrôle n'avait pas connaissance que la directrice assurait les fonctions de direction de 3 établissements. L'analyse a donc été faite avec une vision partielle de la réalité, ce qui a entraîné une analyse différente de celle posée aujourd'hui pour les EHPAD Le Montel et Les Orchis. Par ailleurs, la situation de la directrice doit bien répondre 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 fixés : - 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. La prescription 1 est maintenue. Doter l'établissement d'un directeur titulaire des titres requis.
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 déclare ne pas être concerné par le DUD. Or, il est rappelé que 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'établissements issus du corps des O.S. qui relèvent de la fonction publique hospitalière. La délégation donnera de la lisibilité dans la gestion de l'établissement et éclairera les relations entre le CIAS et la directrice.	Ecart 2 : L'absence de DUD pour la directrice de l'EHPAD Les Orchis contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 2 : Se mettre en conformité en élaborant le document unique de délégation pour la directrice de l'EHPAD, conformément à l'article D312-176-5 du CASF.	1.4-DUD	Vous trouverez ci-joint le document unique de délégation.	L'établissement a remis le document unique de délégation 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 grands 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. La prescription 2 est levée.
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	L'établissement a remis une note interne, datée d'octobre 2023, qui précise que le planning d'astreinte est réalisé tous les mois et communiqué aux équipes. Le planning d'astreinte de 2023 est transmis. L'astreinte repose principalement sur deux professionnels, la directrice et la responsable hébergement et lors de leurs absences deux assistantes de direction de la direction commune. L'astreinte de direction est donc en place. Cependant, il n'est pas transmis la procédure expliquant le dispositif de l'astreinte mis en place notamment les situations pour lesquelles les professionnels peuvent avoir recours à l'astreinte et la période couverte par l'astreinte et les horaires de début/fin de l'astreinte.	Remarque 2 : L'absence de procédure organisant l'astreinte de direction ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté.	Recommandation 2 : Formaliser une procédure expliquant le dispositif de l'astreinte de direction mis en place et la transmettre.	1.5- PROCEDURE ASTREINTE EHPAD	La procédure d'astreinte précise les cas de sollicitations (voir document en PJ)	Une procédure d'astreinte a été rédigée. A la consultation du document, il est bien noté les cas de sollicitations à l'astreinte, il est également rappelés les horaires d'astreintes et le numéro de téléphone. Cette procédure permet de sécuriser l'astreinte. La recommandation 2 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 que "l'équipe de direction fait des points hebdomadaires et que les réunions de codir sont formalisées une fois par mois". Les comptes rendus des CODIR des 29/04/2024, 16/05/2024 et du 19/06/2024 ont été remis. Les documents confirment la périodicité déclarée de l'instance. 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. Il serait intéressant d'ajouter des professionnels clés à ces réunions comme la cadre de santé nouvellement recrutée. 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.				La cadre de santé participe bien aux réunions des comités direction. Elle n'apparaît pas sur les compte-rendu visés par le contrôle car le poste était vacant.	Il est pris acte de la participation de la cadre de santé au CODIR depuis son arrivée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'établissement a transmis 2 projets d'établissement : le précédent qui couvre la période 2019-2023 et le nouveau projet d'établissement 2024-2028. L'établissement déclare que le document sera présenté au conseil d'administration en octobre 2024. Aucune précision n'est apportée sur sa date de consultation par le CVS. 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.	Ecart 3 : En l'absence de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Ecart 4 : Le projet d'établissement ne traite que partiellement de la maltraitance en EHPAD, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 3 : Présenter le projet d'établissement au CVS pour assurer sa consultation, conformément à l'article L311-8 du CASF. Prescription 4 : Développer la politique de prévention de la maltraitance dans le projet d'établissement, conformément à l'article L311-8 du CASF.		Il est prévu que le projet d'établissement soit présenté lors d'un prochain CVS. L'établissement attire l'attention de l'ARS sur le fait que les actions concrètes relatives à la bientraitance ne se limitent pas aux propos du 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 IDEAGE, a été effectuée en décembre 2023 par 5 agents de l'EHPAD. 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 (gendarmérie).	L'établissement s'engage à présenter le projet d'établissement au CVS. La prescription 3 est maintenue. Il est bien noté que l'établissement traite de la lutte contre la maltraitance à travers différents axes du projet : accueil, pap, participation des usagers, ouverture vers l'extérieur, animations, politique de formation RH, sensibilisation ... De plus, des formations sur ce sujet sont mises en place, et des actions de sensibilisation auprès des agents, des familles et des résidents, en partenariat avec la Maison de la Protection des Familles, sont déjà prévues pour 2025. Ces éléments témoignent de l'engagement de l'établissement dans la lutte contre la maltraitance. Il convient d'intégrer cette démarche dans le projet d'établissement afin de formaliser la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement et qu'elle soit clairement définie et visible pour l'ensemble des parties prenantes, garantissant ainsi que tous aient une vision commune de cette politique. La prescription 4 est maintenue. Dans l'attente de l'intégration effective des éléments de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement.
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	L'établissement déclare ne pas disposer d'IDEC diplômée mais d'une "IDE faisant fonction". Le contrat de travail de l'IDE n'a pas été transmis. Par ailleurs, l'établissement n'a transmis aucun élément concernant la cadre de santé nouvellement recrutée présente à 0,3 ETP sur l'établissement.	Remarque 3 : En l'absence de transmission du contrat de travail de l'IDE faisant fonction d'IDEC et de celui de la cadre de santé, l'établissement n'atteste pas que le management de l'équipe soignante est organisé.	Recommandation 3 : Transmettre le contrat de travail de l'IDE faisant fonction d'IDEC et celui de la cadre de santé, afin d'attester du management de l'équipe soignante.	1.9- Contrat de la cadre de santé 1.9- Contrat IDE 1.9- Convention de formation IDEC	Les contrats sont fournis en PJ On notera également que l'IDE est inscrite dans un parcours de formation de "COORDONNATEUR DE PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS (IDEC)" (cf. convention de formation en PJ)	Le contrat à durée déterminée de la cadre de santé est transmis. Celle-ci exerce à temps plein sur la période du 22 juillet 2024 au 21 juillet 2025. La recommandation 3 est levée. Par ailleurs, le CDI de l'IDEC sur un poste à temps partiel est également transmis. Il est précisé que l'IDEC suit un parcours de formation intitulé "coordonnateur de parcours d'accompagnement et de soins (IDEC)" dispensé par la Croix-Rouge, qui se déroule du 11/09/24 au 13/02/25. Cette formation permettra donc de soutenir utilement l'IDEC dans ses fonctions d'encadrement, avec des compétences managériales renforcées.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer d'IDEC diplômée mais d'une "IDE faisant fonction". La décision du président de l'association du 24 juin 2024, précise que l'IDEC est inscrite à une formation de coordonnateur de parcours d'accompagnement et de soins ayant lieu au deuxième semestre 2024 (11/09/2024) sur une période de 21 jours. Ainsi, l'établissement atteste accompagner l'IDEC dans ses fonctions d'encadrement. Cependant, aucun élément concernant la cadre de santé n'est transmis.	Remarque 4 : 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 4 : Transmettre le diplôme de cadre de santé de la cadre de santé.	1.10- Diplôme cadre de santé attestation réussite	diplôme cadre de santé : voir PJ attestation de réussite	En réponse, il est remis l'attestation de réussite au master 2 "Management et administration des établissements de santé", datée d'octobre 2024 de la cadre de santé. Ce diplôme atteste qu'elle dispose d'une formation spécifique à l'encadrement mais il ne s'agit pas du diplôme de cadre de santé attendu. Cette infirmière n'est donc pas titulaire du diplôme de cadre de santé, tel que défini par l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. En conséquence, Madame ... est IDEC et ne peut se prévaloir du titre de cadre de santé. Il est rappelé que le diplôme d'État de cadre de santé est obligatoire pour exercer la fonction de cadre de santé. Il est rappelé que le diplôme peut être obtenu par la voie de la VAE. La recommandation 4 est levée, puisque le diplôme de cadre de santé ne peut être produit. L'établissement veillera à ce que Mme ... s'inscrive dans un IFCS en vue d'obtenir le diplôme d'État de cadre de santé pour occuper ces fonctions, ou bien l'identifier 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 que le poste de MEDEC (0,4 ETP) est vacant.	Ecart 5 : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur, conformément à 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 coordonnateur pourrait l'intéresser. Le CIAS est prêt à s'impliquer dans des démarches de recrutement (job dating) qui seraient pilotées par l'ARS.	L'établissement atteste 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. Toutefois, aucun élément probant n'a été transmis. Au-delà de la prise de contact directe avec les médecins généralistes de proximité (nouveaux arrivants ou partant en retraite), d'autres modalités peuvent être valablement envisagées pour donner toutes les chances à l'EHPAD de recruter un MEDEC comme la publication d'offre d'emploi sur des sites spécialisés ou non. Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC, la prescription 5 est maintenue.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	NON	Cf. réponse précédente.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	OUI	L'établissement déclare que la commission gériatrique n'est pas mise en place au sein de l'établissement.	Ecart 6 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 6 : 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 réunira 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 avoir élaboré de RAMA. Il est ajouté que l'établissement a bien connaissance de l'obligation réglementaire d'élaborer le document mais qu'il ne peut l'être en l'absence de MEDEC. A ce sujet, il est rappelé que le RAMA, n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, mais le rapport des activités médicales de l'établissement. A ce titre sa rédaction est pluridisciplinaire. L'équipe soignante, encadrée par l'IDEC, est donc en mesure de le renseigner partiellement en l'absence du MEDEC. Le Directeur de l'EHPAD cosigne d'ailleurs le rapport. L'établissement peut valablement s'appuyer sur le modèle type de RAMA élaboré par l'ARS Pays de Loire (cf. site Internet ARS Pays de Loire).	Ecart 7 : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : Rédiger le RAMA 2023, même partiellement en l'absence de MEDEC, conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre. 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° 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 understandable. 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 7 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) ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement n'a transmis aucun signalement d'EIG aux autorités de contrôle sur la période 2023-2024. L'établissement déclare que ce point a été relevé comme un point de "faiblesse" dans le cadre du diagnostic CPOM et qu'il s'agit d'un objectif d'amélioration fixé.					
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 déclare disposer d'une procédure interne de déclaration des EI/EIG. Le tableau de bord des EI/EIG enregistrés en 2023 a été transmis. Aucune déclaration d'EI pour l'année 2024 n'a été transmis. Les événements déclarés recensés dans le tableau sont pour la majorité des chutes. Le tableau récapitule la description des événements, les actions mises en places et l'analyse des causes. Ces éléments témoignent de la mise en place d'un dispositif de gestion globale des EI.					
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 8 mars 2023. Le compte rendu du CVS du 31 mars 2023 a été remis. À sa lecture, il est bien noté que le "scrutin" pour l'élection des membres s'est bien déroulé le 8 mars et que le président de l'instance a été élu lors de cette même séance du CVS. De plus, il est observé que la composition du CVS est conforme. Toutefois, il est noté qu'aucun représentant de l'organisme gestionnaire n'a été désigné.	Ecart 8 : En l'absence de nomination du représentant de l'organisme gestionnaire, l'établissement contrevient à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 8 : Nommer au moins un représentant de l'organisme gestionnaire, conformément à l'article D311-5 du CASF.		Pour compléter l'information de l'ARS nous vous informons que le représentant de l'organisme gestionnaire est le Vice-Président du CIAS en charge des affaires sociales et du CIAS qui participe à chaque CVS. Un arrêté du Président du CIAS viendra formaliser la désignation.	L'établissement déclare que le représentant de l'organisme gestionnaire est le vice-président du CIAS. A la lecture des comptes rendus de CVS, il est bien repéré que celui-ci participe aux réunions de manière régulière. Cette information n'était pas explicitement identifiable, car il n'était pas indiqué en tant que "représentant de l'organisme gestionnaire". L'établissement précise que cette formalisation sera effectuée par un arrêté du président du CIAS. Par ailleurs, cette qualité pourra également être mentionnée directement dans les comptes rendus du CVS. En conséquence, la prescription 8 est levée.
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	Le compte rendu de séance du CVS du 31 mars 2023, confirme que le règlement intérieur du CVS a été adopté lors de cette séance.					
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024	OUI	Les comptes rendus de CVS des 05/04/2022, 31/03/2023 et du 19/12/2023 ont été remis. Il est observé que le CVS se tient pas régulièrement au moins trois fois par an conformément à la réglementation. À la lecture des comptes rendus, il est observé que les échanges sont riches et que les thèmes abordés sont variés.	Ecart 9 : En l'absence d'organisation de 3 CVS par an, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 9 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF.		NB/ Le prochain CVS aura lieu en décembre.	Des éléments d'explication ont été apportés pour justifier que le CVS ne s'est pas réuni 3 fois en 2022 et 2023 (départs de membres/2022, décès/manque de volontaires/2023). Concernant l'année 2024, il est déclaré qu'un CVS se tient en décembre 2024. Aucun compte rendu de CVS pour le 1er semestre 2024 n'a été remis en réponse au questionnaire 1 du contrôle sur pièces (CSP) alors que le dépôt des documents sous collecte pro s'est fait en juillet 2024, et aucune explication n'est fournie pour expliquer l'absence d'organisation d'autres CVS cette année-là. La prescription 9 est maintenue, dans l'attente de la tenue effective de 3 réunions de CVS au moins par an.
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.	OUI	L'arrêté conjoint ARS/CD du Puy-de-Dôme, daté du 03/01/2017, autorise trois places d'hébergement temporaire.					
2.2 <u>Si hébergement temporaire</u> : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2023 et 1er trimestre 2024. <u>Si accueil de jour</u> : transmettre la file active pour 2023 et 1er trimestre 2024. Joindre le justificatif.	OUI	L'établissement déclare un taux d'occupation moyen de 51,51% en 2023, suivi d'une baisse significative à 13,55 % au premier trimestre 2024 et de 23,44% au second trimestre. L'établissement ne présente aucun élément d'explication pour justifier cette situation.	Remarque 5 : La situation de sous-occupation des places d'HT en 2024 ne permet pas d'attester que l'établissement utilise de manière effective ses places d'HT.	Recommandation 5 : Améliorer le taux d'occupation des 3 places d'hébergement temporaire autorisées.	2.2- Courrier transformation de place hébergement temporaire du 29/08/2024	L'établissement rappelle à l'ARS que suite au diagnostic de territoire et à l'analyse des besoins dans le cadre du CPOM, le CIAS a sollicité une révision du nombre de places d'hébergement temporaire et une meilleure répartition territoriale (courrier du 29/08/2024)), sans réponse à ce jour.	Dont acte. Il est bien compris que l'établissement est en attente d'une réponse de l'ARS pour faire évoluer ses places d'hébergement temporaire (HT) avec le projet de conserver une seule place d'HT au sein de l'EHPAD. La recommandation 5 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.	OUI	Le projet de service de l'hébergement temporaire est transmis. Le document n'appelle pas de remarque.					
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.	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	OUI	Cf. réponse précédente.					
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.	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer de volet spécifique à l'hébergement temporaire dans son règlement de fonctionnement. L'établissement précise que "les modalités de fonctionnement sont les mêmes pour les résidents en hébergement permanent et que pour ceux en hébergement temporaire". Il est rappelé que l'hébergement temporaire est une modalité d'accueil particulière, qui se distingue de l'hébergement permanent. Dans un objectif de transparence, il convient de préciser dans le règlement de fonctionnement les spécificités de cette offre d'accueil.	Ecart 10 : En l'absence de précision des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 10 : Compléter le règlement de fonctionnement de l'EHPAD en y intégrant les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire, conformément aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	2.6- Règlement particulier hébergement temporaire	Cf règlement particulier pour hébergement temporaire	L'établissement a remis le règlement de fonctionnement spécifique à l'hébergement temporaire, daté de juillet 2018. Le document est complet. La prescription 10 est levée.