

RAPPORT de CONTROLE le 09/08/2024

EHPAD BON SECOURS à RILLIEUX LA PAPE\_69

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

Thématique: CSP11 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : ASSOCIATION LA PIERRE ANGULAIRe

Nombre de lits : 50 lits HP

Questions	Fichiers déposés OUI /	Analyse	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommendations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
<b>1- Gouvernement et Organisation</b>							
1.1 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	oui	L'organigramme remis n'est pas daté ce qui ne permet pas de s'assurer de sa mise à jour régulière. Il est nominatif et les liens hiérarchiques entre les différents agents sont représentés. L'organigramme est divisé en deux pôles : soins et administratif/hébergement.  Il est relevé que pour le pôle soins, un tiers des soignants ne sont pas diplômés (AS, AES, AMP), ce qui peut impacter la sécurité et la qualité de la prise en charge.  Le directeur de l'EHPAD, M V, exerce la fonction de chefferie d'établissement sur 2 EHPAD (Bon secours : 50 lits, St Raphael : 70 lits). Or, l'organigramme ne le précise pas.	Remarque 1 : En l'absence de date sur l'organigramme, cela ne permet pas de s'assurer de sa mise à jour régulière.  Ecart 1 : Les conditions de collaboration sont réglementées et limitées aux professionnels cités dans le Code de la santé publique : Aides-soignants et auxiliaires médico-psychologiques (L4391-1 du CSP). De ce fait, ce personnel non diplômé n'est pas habilité à assurer en collaboration avec les infirmières, les missions dévolues aux aides-soignants diplômés et impacte la sécurité et la qualité de la prise en charge.  Remarque 2 : En l'absence de précision sur la répartition du temps de directeur entre les EHPAD de Bon secours et maison St Raphael, l'organigramme est incomplet.	Recommendation 1 : Dater l'organigramme.  Prescription 1 : Procéder au recrutement d'AS-AMP diplômés et stabiliser l'équipe soignante afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers en vertu des articles D312-155-0 du CASF et du L4391-1 du CSP.  Recommendation 2 : Modifier l'organigramme en précisant la répartition du temps de travail du directeur entre les EHPAD de Bon secours et maison St Raphael.	1.1_Plan de développement des compétences valide 2024 1.1_Organigramme Bon Secours V2	Le pourcentage de soignants diplômés vs non diplômés est de 60% vs 40. Nous valorisons et investissons dans la formation interne sous la forme de VAE (2 soignants en 2023) et de VAE inversée (1 soignante en 2024). La direction insuffle aussi une culture forte orientée vers la formation et le développement des compétences pour son personnel soignant (voir plan de développement des compétences joint).  Recommendations 1 et 2: Organigramme daté et répartition du temps du directeur mentionnée entre les 2 établissements.	L'organigramme remis est daté du mois de juin 2024 et la répartition du temps de travail du directeur est renseignée. Les recommandations 1 et 2 sont levées.  S'agissant du nombre important de soignants non diplômés : La direction déclare avoir 60% de ses effectifs soignants diplômés et 40% de soignants non diplômés. La proportion de soignants non diplômés reste importante puisque 40% des soignants sont des faisant fonctions. L'établissement dit "insuffler une culture forte en ce qui concerne la formation et le développement des compétences". Il est toutefois constaté qu'entre 2023 et 2024, le nombre de professionnels bénéficiant d'une VAE a diminué de 50% (2 en 2023 et 1 en 2024). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la prescription 1 est maintenue.
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er mars 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	oui	La direction déclare avoir au 1er mars 2024, 6 postes vacants :  -2ETP d'IDE, -2ETP d'ASD, -2ETP d'agent de soins.  Sur les 3 ETP d'IDE sur l'établissement, il y en a 2 qui sont vacants. Il n'existe donc plus d'équipe infirmier et par conséquent, la dispensation des soins infirmiers repose sur un seul ETP. Cette situation très critique ne permet pas d'assurer la continuité des soins et ne garantit pas le respect de la sécurité dans la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Ecart 2 : En l'absence d'équipe infirmier, la continuité des soins est mise en péril et ne garantit pas le respect de la sécurité dans la prise en charge des résidents, conformément à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Prescription 2 : Procéder au recrutement pérenne d'IDE afin de reconstruire une équipe infirmière pour assurer la continuité dans la prise en charge et le respect de la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	1.2_Planning IDE jan-juillet 2024 1.2_Annonces Indeed	Recherche active et continue d'IDE sur différents réseaux de recrutement L'établissement assure une continuité dans la pris en charge des soignants par la présence de vacataires réguliers sur l'établissement. Ces derniers refusent un contrat en CDI moins rémunérateur que le CDD (-20%) qui permet aussi de garder une "liberté" plus grande. Nous arrivons cependant à "préenvisager" nos vacataires, notamment 3 ( ) qui ont occupé régulièrement le poste d'IDE depuis plusieurs années (voir planning IDE jan-juillet 2024)	La direction déclare être en recherche active d'IDE en CDI. A la lecture du planning infirmier remis pour les mois de janvier, mars, mai et juillet 2024, il est constaté que l'ensemble des postes infirmiers vacants est assuré par un remplaçant. La direction précise que ces salariés vacataires ne souhaitent pas signer de CDI mais sont régulièrement présents sur l'établissement. En effet, 2 IDE sont sur des CDD longs, toutefois les autres IDE interviennent en remplacement de manière très ponctuelle. En conséquence, il n'existe pas d'équipe IDE stable ce qui fragilise son fonctionnement d'autant plus que le poste d'IDE est vacant depuis juillet 2024. En l'absence d'une équipe infirmière stable, la prescription 2 est maintenue.
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 directeur est titulaire d'un Master "Direction, organisation et stratégie des structures sanitaires et médico-sociales" obtenu en 2023. Il s'agit d'un diplôme de niveau 7, ce qui est conforme au niveau de qualification exigé à l'article D312-176-6 du CASF.					
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	Le directeur a reçu délégation de pouvoirs du Président le 3 juillet 2023. Ce DUD énonce dans un tableau très précis la nature et l'étendue de la délégation de pouvoirs.					
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	Le directeur a la direction de deux EHPAD : Bon secours et St Raphael. Il a été remis le planning d'astreinte 2024, il était également demandé celui de 2023. A sa lecture, il est relevé que l'astreinte est mutualisée entre les EHPAD de Bon secours et St Raphael. Participant à l'astreinte : le directeur, la cadre de santé de l'EHPAD Bon secours et 2 professionnels de l'EHPAD St Raphael, toutefois leurs fonctions ne sont pas précisées.  Par ailleurs, l'organisation de cette mutualisation n'est pas précisée dans la procédure d'astreinte. La procédure d'astreinte transmette énoncé les modalités de recours à l'astreinte, l'amplitude horaire, toutefois le numéro unique d'astreinte n'est pas indiqué.	Remarque 3 : En l'absence de complétude de la procédure d'astreinte, il n'est pas possible de connaître les modalités d'organisation de la mutualisation et notamment les agents participants à l'astreinte ainsi que le numéro unique d'astreinte.	Recommendation 3 :Modifier la procédure d'astreinte en la complétant des modalités de la mutualisation, et notamment en précisant les fonctions des agents participants ainsi que le numéro unique d'astreinte.	1.5_BSPR002-Les astreintes 02_07_24 V2	Modification du document en réponse à la recommandation avec la fonction de chaque agent. Concernant la mise en place du numéro unique, je prends note et m'engage à le mettre en place au plus tard le 01/12/2024 avec la constitution d'une mallette d'astreinte et un téléphone portable unique pour les deux établissements.	La direction a remis la procédure d'astreinte actualisée. Il est renseigné la mutualisation de l'astreinte entre les EHPAD Bon secours et l'EHPAD Saint Raphael et les fonctions des agents participants à l'astreinte. Concernant le numéro unique d'astreinte, la direction s'engage à mettre en place une mallette d'astreinte et un numéro unique d'astreinte pour les deux établissements. Dans l'attente de la transmission du sommaire des documents composant la mallette d'astreinte et de la mise en place du numéro unique d'astreinte, la recommandation 3 est maintenue.
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	oui	Il a été remis 3 CR de CODIR (23/04, 28/05 et 2/07/24) qui attestent d'une réunion mensuelle. Sont présents le directeur, la psychologue, le MEDEC, le cadre de santé, l'assistante administrative et l'assistante RH. Les sujets sont divers (TO, RH, soins, résidents, animations) et n'appellent pas de remarque particulière.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le projet d'établissement remis arrive à échéance, en effet celui-ci couvre la période 2019-2024. Le contenu du PE est incomplet. Il n'est pas fait référence à la date de consultation du CVS comme le prévoit l'article L311-8 du CASF.  Par ailleurs, le projet de soins est succinct, il n'existe pas de plan d'action relatif à cette partie. De plus, il n'existe pas de partie définissant les modalités d'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées, comme il est inscrit dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles définies par la HAS (cahier accompagnant les personnes âgées en fin de vie).  Il apparaît cependant la convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Grenoble. Enfin, la partie sur la politique de prévention de la maltraitance n'est pas développée, comme le prévoit l'article L311-8 du CASF. Le contenu de la définition de cette politique est précis à l'article D311-38-3 du CASF. Ainsi, ne sont pas précisés les moyens de repérage des risques de maltraitance et le plan de formation des professionnels pour prévenir les risques de maltraitance.	Ecart 3 : En l'absence de date de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevent à l'article L311-8 du CASF.  Remarque 4 : En l'absence d'une partie définissant les modalités d'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées, l'EHPAD contrevent aux RBPP définies par la HAS (cahier accompagnant les personnes âgées en fin de vie).	Prescription 3 :Présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-8 du CASF.  Recommendation 4 : Intégrer dans le projet de soins une partie définissant les modalités d'accompagnement à la fin de vie des personnes âgées conformément aux RBPP définies par la HAS (cahier accompagnant les personnes âgées en fin de vie).		Le projet d'établissement sera complètement retravaillé sur le dernier trimestre 2024. Des groupes de travail seront animés avec l'ensemble du personnel et travailleront sur les thématiques suivantes: - Accueil et intégration du nouveau salarié - Fidélisation du salarié / Programme de cohésion d'équipe - Dynamiser le lien soignant-résident dans des programmes d'animation et d'accompagnement à la fin de vie - Partager et communiquer sur les valeurs de Habitat Humanisme incluant la politique de prévention et de la lutte contre la maltraitance.	S'agissant de la consultation des membres du CVS sur le projet d'établissement, la direction déclare que le nouveau projet d'établissement fera l'objet d'une consultation du CVS en janvier 2025. Dans l'attente de la transmission du CR de CVS, la prescription 3 est maintenue.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	oui	Le règlement de fonctionnement est daté du 21 février 2024. Il n'est pas fait référence à la date de consultation du CVS comme le prévoit l'article L311-7 du CASF. Au regard de l'article R311-35 CASF, les items relatifs aux mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ne sont pas explicités et les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues sont manquantes.	Ecart 5 : En l'absence de date de consultation du règlement de fonctionnement par le CVS, l'EHPAD contrevent à l'article L311-7 du CASF.  Ecart 6 : Le contenu du règlement de fonctionnement est incomplet et n'est pas conforme à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 5 :Présenter le règlement de fonctionnement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-7 du CASF.  Prescription 6 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les éléments manquants (les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues) conformément à l'article R311-35 du CASF.	1.8_Règlement de fonctionnement - Bon Secours	-Présentation du Rf lors du prochain CVS planifié le 8/10/2024 -Mise à jour incluant les éléments manquants cités (voir en pj)	La direction déclare la présentation du règlement de fonctionnement aux membres du CVS est prévue lors de la séance du 8/10/24. Dans l'attente de la transmission du CR de CVS attestant de leur consultation sur le règlement de fonctionnement, la prescription 5 est maintenue.
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	Mme _____ a été recrutée en qualité d'encadrante d'unité de soins, en CDI, à temps complet à compter du 11 mars 2022 à l'EHPAD Bon secours. A la lecture des offres d'emploi sur le site officiel d' _____, il est relevé que le poste d'encadrante d'unité de soins est vacant depuis le 19 aout de 2024.	Remarque 5 : Depuis le 19 aout, l'EHPAD n'atteste plus de la présence d'une IDEC.	Recommendation 5 : Mettre en œuvre les mesures nécessaires pour pallier à l'absence de l'IDEC sachant que parmi l'équipe d'IDE resté une seule infirmière.	1.9_Proposition commerciale recrutement IDEC Bon Secours	Nous avons posté une annonce sur différents plateformes ( mandaté un cabinet de recrutement pour nous aider ( depuis juillet 2024). Nous avons reçu très peu de candidatures: -2 candidatures reçues sur _____ qui n'a pas répondu au profil recherché -1 candidature via _____ qui n'a pas été retenue.	La direction confirme bien l'absence d'IDEC. Depuis juillet 2024, une procédure de recrutement est en cours. La direction indique que désormais les plannings des soignants et IDE sont faits par l'assistante RH. Il est également signalé l'appui d'une directrice des soins. En revanche, les modalités de son intervention et de son soutien ne sont pas définies. Aucun document ne vient attester de la mise en place des mesures nécessaires pour pallier l'absence d'IDEC. Par conséquent, la recommandation 5 est maintenue.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	oui	Mme _____ dispose d'une certification de coordonnateur de parcours d'accompagnement et de soins, réalisée en 2023, dispensée par la					
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	Dr _____ a été embauché en qualité de médecin coordonnateur, en CDI à compter du 15 janvier 2021 à l'EHPAD Bon secours. Ses missions de coordination sont définies dans son contrat de travail. Par ailleurs, il exerce à temps partiel soit 0,4ETP à l'EHPAD Bon secours, en attente son planning remis. Le temps d'intervention du MEDEC est conforme à l'article D312-156 du CASF.					
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	oui	Dr _____ a réalisé une formation validant en "gériatologie clinique du médecin généraliste" en 2007 et il est titulaire d'un DU en soins palliatifs obtenu en 2011.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	oui	Il a été remis les CR des commissions de coordination gériatrique de 2023 et 2024, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. Il est souligné le nombrige important de professionnels libéraux médicaux et paramédicaux ainsi que la grande diversité des sujets.					
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022 et/ou 2023)	oui	Il a été remis le RAMA 2023, celui-ci est complet et conforme à l'article D312-158 CASF alinéa 10 du CASF.					
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle de tutelle, il s'agit :	oui	-El du 20/08/23 relatif à l'oubli de charge soignante d'une résidente du 17 au 20 aout suite à un retour d'hospitalisation et ayant entraîné une dégradation de son état de santé dans le nuit du 20 au 21 aout, conduisant à une seconde hospitalisation. C'est l'ASD de nuit qui le 20 aout a contacté l'astreinte de nuit car la résidente avait une saturation trop basse. L'équipe de jour n'a prodigué aucun soins à cette personnes âgées entre le 17 et le 20 aout. Il n'est pas précisée si cette personne a bénéficié d'un plan de nursing et des repas.  L'établissement déclare mettre en place des mesures suites à la survenance de cet E1 : une réunion avec l'ensemble de l'équipe soignante, un temps de relève entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit et un arbre des causes. Toutefois, aucun de ces documents n'a été transmis ne permettant pas de s'assurer du traitement et de l'analyse de cet événement.  Concernant la rédaction du signalement, il est fait état de nombreuses incohérences entre les différents paragraphes concernant les faits et les conséquences. Il n'est pas signé par le directeur ce qui ne permet pas de s'assurer qu'il a pris connaissance de ce grave dysfonctionnement. De plus, les dates renseignées dans le document sont différentes et les explications divergentes.  -El du 19/09/23 relatif à l'absence d'IDE au sein de l'EHPAD.  Au regard des difficultés organisationnelles et notamment avec l'absence d'équipe infirmière et de cadre de santé, l'absence de signalement de tous dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, sur la période 2024 questionne et ne permet pas d'attester une pratique régulière de signalement.	Remarque 6 : La fiche de signalement du 20 aout 2023 est incomplete et fait état de plusieurs incohérences concernant la description des faits, ce qui ne permet pas de s'assurer que des mesures ont été prises afin d'éviter qu'un même événement ne se reproduise.  Ecart 7 : Compte tenu de l'E1 survenu le 20 aout 2023, il est mis en évidence une absence totale de connaissance du nombre de résident entrant et sortant de l'établissement, par conséquent l'EHPAD contrevent à l'article L331-2 du CASF.  Ecart 8 : En l'absence de rédaction d'un protocole précisant les modalités de retour d'hospitalisation, la sécurité de la prise en charge des résidents n'est pas garantie, ce qui contrevient à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Recommendation 6 : Veiller à rédiger des fiches de signalement dont le descriptif des faits est cohérent entre les différentes parties du signalement et transmettre les documents attestant de la mise en œuvre des mesures énoncées dans la fiche de signalement (PV de la réunion de l'équipe soignante, DR des transmissions de relevé équipe de jour/nuit, arbre analyse des causes).	1.15_Proto稟e hospitalisation 1.15.RETEX Analyse des causes EIG 20.08.2023 1.15.TR réunion 13/09 1.15. Fiche de tâche 21/21 1.15. fiche de tâches de nuit V3	Concernant le signalement de l'EIG du 20 aout 2023, la direction déclare que l'IDEC suivra une formation sur le processus de signalement à l'ARS à l'aide du logiciel . Par ailleurs, il a été transmis le CR d'analyse de l'EIG réalisé entre le directeur d'établissement et l'encadrante d'unité de soins. Il aurait été intéressant d'associer à cette démarche l'équipe soignante en charge de cette résidente. A la lecture du CR, il a été repris la chronologie des faits, l'identification des écarts ou des problèmes rencontrés, une analyse systématique suivant la méthode _____ et le tableau de suivi du plan d'action élaboré. Pour ailleurs, dans le plan d'action, est annoncée une réunion de travail sur les nouveaux horaires des soignants. Les horaires de travail des soignants ont été modifiés afin de permettre un temps de relève orale entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit. Les fiches de tâches ont été actualisées en ce sens. Toutefois, concernant la fiche de signalement de la résidente de nuit, il est inscrit de "vérifier la présence des résidents dans toutes les chambres, y compris celles fermées à clé" sans préciser la nécessité de renseigner cette information dans les transmissions afin que l'équipe de jour connaisse les résidents présents dans l'établissement. Enfin, la période caniculaire et les températures au sein de l'EHPAD sont également à identifier comme contribuant à l'augmentation de l'incidence de l'IDEC. Cet élément est complètement absent de l'analyse. Conformément à l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSe) dans ces recommandations pour rafraîchir un espace à l'intérieur des établissements d'accueil des personnes âgées , il est recommandé une température moyenne de 25/26°C. Par conséquent, la recommandation 6 est maintenue.	
Prescription 7 : Le suivi des entrées et des sorties est effectué sur le logiciel de soins (Netsoins)							
Prescription 8 : Protocole d'hospitalisation joint	</td						

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'événement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, en 2023 et 2024.	oui	Le tableau de bord des EI/EIG 2023-2024 indique qu'il revient à la cadre de santé de traiter et clôturer les EI. Le tableau relate la date de l'EI, la fonction du déclarant, le type d'événement, la gravité, la description des faits, les conséquences, les mesures prises, le statut de l'EI et les commentaires du suivi. L'ensemble des EI sont clôturés dans un délai raisonnable (environ 1 mois). Toutefois, à la lecture du tableau de bord, la déclaration des EI est incomplète. En effet, peu d'EI font l'objet de mesures immédiates ou d'analyse des causes, permettant d'attester d'une gestion globale des EI/EIG sur l'EHPAD.	<b>Remarque 7 :</b> En l'absence des éléments qualitatifs tels que la description des actions immédiates et l'analyse des causes, au sein du tableau de bord, l'EHPAD n'atteste pas d'un processus de gestion global des EI/EIG.	<b>Recommendation 7 :</b> Se doter d'un véritable processus de gestion globale des EI/EIG, permettant de recueillir les EI/EIG, de mettre en place des actions immédiates et d'assurer une analyse des causes afin qu'un même événement ne se reproduise pas.	Systématiser l'utilisation de l'outil pour les EI/G afin d'analyser les faits et de définir un plan d'action avec un suivi régulier en codir. Formation de l'ensemble du codir (direction, IDEC, psychologue, RH) à l'utilisation de l'outil sur le T4 2024 (formations facilitées par le siège en septembre et octobre 2024) Utilisation du logiciel de soins, pour les 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	Il a été remis les décisions du 20 et 21 mars 2023 instituant les nouveaux membres élus du CVS. Ont été élus des représentants des résidents, des familles et un représentant du personnel. A la lecture du PV du CVS du 9 avril 2023, il est relevé l'identification d'un représentant de l'organisme gestionnaire, il s'agit d'un membre du Conseil d'Administration d'.			La direction a transmis son plan d'action relatif à la gestion des EI/EIG qui consiste à faire un rappel de l'utilisation systématique de l'outil pour le traitement et le suivi des EI/EIG et la formation des membres du CODIR à l'utilisation de l'outil . Toutefois, le tableau de bord n'a pas été transmis ne pouvant attester d'une déclaration complète des EI/EIG comprenant les mesures immédiates et l'analyse des causes des EI/EIG. Par conséquent, la recommandation 7 est maintenue.
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	Il a été remis le PV du CVS du 9 avril 2023, à l'ordre du jour apparaît l'approbation du règlement intérieur par les membres du CVS. Le règlement intérieur a été transmis, celui-ci est signé par la Présidente du CVS pour validation, ce qui est conforme à l'article D311-19 du CASF.			
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022, 2023 et ceux réunis éventuellement en 2024.	oui	Il a été remis 4 CR de CVS pour 2022 et 2023 et 2 CR de CVS pour 2024. L'ordre du jour des réunions de CVS est riche, de nombreux échanges entre familles, résidents et la direction sont relevés. L'ensemble des CR est signé par son Président, conformément à l'article D311-20 du CASF.			