

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analysé	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommendations envisagées	Nom de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
1- Gouvernance et Organisation							
1.1 Au préalable, veuillez transmettre l'organigramme pour une meilleure compréhension de l'organisation de l'EHPAD et si nécessaire, joindre tout autre document complémentaire.	Oui	L'organigramme remis est celui de l'EHPAD Michel LAMY, établissement de 160 places réparties sur deux sites, implantés à Anse : Le Château de Messimieux (81 places/établissement secondaire) et les Hauts de Brianne (79 places/établissement principal). L'organigramme, partiellement nominatif, est daté du 03/01/2023. Il présente l'organisation de l'EHPAD et fait apparaître les professionnels communs aux 2 sites et ceux affectés sur chaque site. Les liens hiérarchiques existants entre les professionnels de l'EHPAD sont clairement présentés.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).	Oui	Selon le tableau des effectifs RH de juillet 2024 mis à jour le 08/08/2024 du site Le Château de Messimieux, l'établissement compte 4 ETP vacants : 3 ETP d'aides-soignants et 1 ETP d'agent de service hospitalier faisant fonction d'AS.					
1.3 Le directeur dispose-t-il du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	Oui	L'arrêté du CNG du 26/09/2022 remis nomme Madame , directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), Directrice de l'EHPAD d'ANSE (EHPAD Michel Lamy) à compter du 03/10/2022.					
1.4 Pour les établissements privés à but lucratif, ou associatifs, ou publics territoriaux : Le directeur dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document. Pour les établissements publics autonomes ou hospitaliers : le directeur dispose-t-il d'une délégation de signature ?	Non	La directrice fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Elle exerce donc au titre des responsabilités que lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du Code de la santé publique. Néanmoins, en l'absence de réponse de la part de l'établissement, ce dernier n'atteste pas qu'une délégation de signature est instaurée et conforme aux attentes réglementaires.	Ecart 1 : en l'absence de réponse l'établissement n'atteste pas que des délégations de signatures existent et qu'elles sont conforme à l'article D6143-34 du CSP.	Prescription 1 : transmettre la délégation de signature consentie par la Directrice de l'établissement afin d'attester de sa conformité avec l'article D6143-34 du CSP.	Idem site des Hauts de Brianne	L'extrait du registre des décisions du Directeur - décision n°2025-47 du 01/01/2025 a été remis. Ce document a pour objet la délégation de signature liée à la fonction d'ordonnateur et de Directeur. Il atteste de la mise en place d'une délégation de signature notamment en cas d'empêchement de la Directrice, dans la gestion courante de l'établissement et l'astreinte. La prescription 1 est levée.	
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	Qui	Selon le document "organisation des astreintes" du 1er novembre 2022 et la décision n°17.340 du 13 décembre 2017 fixant l'organisation des astreintes administratives et techniques à l'EHPAD Michel Lamy, l'EHPAD dispose d'une astreinte technique et d'une astreinte administrative. L'astreinte administrative est assurée en semaine comme suit : de 6h à 8h puis de 17h30 à 21h30 les week-ends et jours fériés. L'astreinte de nuit est assurée de 21h30 à 6h en semaine, ainsi que les week-ends/jours fériés. Il ressort des documents transmis (planning d'astreintes administratives du 01/01/2024 au 09/01/2025), planning 2024 de "l'astreinte de nuit durant l'absence de la directrice" (congé maternité, de février 2024 à juin 2024 et congés annuels en juin/juillet 2024) et le tableau précisant les coordonnées des personnes d'astreinte), que la directrice de l'EHPAD assure l'astreinte la nuit de 21h30 à 6h. L'astreinte de journée, en semaine et week-ends, est assurée par les infirmiers coordinateurs (IDEC) des deux sites de l'EHPAD, la cadre supérieure de santé, une attachée d'administration, ainsi que deux adjointes des cadres. La note de service n°2024.02, du 15 février 2024, portant sur le rappel relatif à la gestion des absences et à la procédure d'appel à l'astreinte administrative, précise les numéros de téléphone à contacter pour l'astreinte de jour et celle de nuit en cas de retard ou d'absence d'un professionnel qui se produirait en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat, et stipule que ces astreintes sont déclenchées en cas d'absence ou de retard d'un membre du personnel. Et stipule que ces astreintes sont déclenchées en cas d'absence ou de retard d'un membre du personnel. L'établissement n'a pas transmis de procédure d'astreinte à destination des professionnels de l'EHPAD.	Remarque 1 : L'absence de procédure organisant l'astreinte de direction à destination du personnel ne permet pas aux professionnels de l'EHPAD d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de survenance d'événements graves au sein de l'établissement, ce qui peut les mettre en difficulté.	Recommendation 1 : formaliser une procédure d'astreinte à destination des professionnels de l'EHPAD, qui explique les modalités de fonctionnement de l'astreinte de direction ainsi que les actions à réaliser pour saisir le cadre d'astreinte.	Idem site des Hauts de Brianne	La procédure d'astreinte administrative en date de février 2025 a été remise. Elle est complète et à destination de tous les professionnels de l'EHPAD et précise l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte. La recommandation 1 est levée.	
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	Trois comptes rendus de CODIR ont été remis, ils sont relativement anciens : 07/12/2023, 25/01/2024 et 21/03/2024. Le dernier CODIR s'est tenu en présence d'un Directeur par intérim, la directrice étant en congé maternité de février à juin 2024. Mme , la directrice, était présente en décembre 2023 et janvier 2024. Aucun compte rendu de CODIR plus récent, sur la période entre mars et octobre 2024 (date réponse dans le cadre du contrôle sur pièces), n'a été transmis. L'absence de CODIR depuis 6 mois sur cette période ne permet pas d'assurer la continuité de direction et de garantir la communication en transversalité de l'information.	Remarque 2 : Les CODIR ne sont plus régulièrement mis en place depuis mars 2024, ce qui ne permet pas d'assurer la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommendation 2 : Remettre en place de manière régulière le CODIR afin de contribuer à une meilleure continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations et transmettre les derniers comptes rendus.	Idem site des Hauts de Brianne	Il est bien pris note de la déclaration de l'EHPAD, mais il n'est pas précisé si le CODIR se réunit depuis 2 mois. La recommandation 2 est maintenue dans l'attente de la reprise effective du CODIR.	
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement de l'EHPAD remis est ancien. Il couvre la période 2018-2022. D'après les comptes rendus des CODIR du 07/12/2023 et du 25/01/2024, l'actualisation du projet d'établissement a débuté en septembre 2024. En atteste également le rétroplanning des groupes de travail remis. Cette mise à jour arrive tardivement au regard de la date butoir de l'ancien projet d'établissement. Les groupes de travail constitués ont abordés plusieurs thématiques : le parcours de vie du résident, le projet personnalisé, le projet d'animation et de vie sociale, le projet hôtelier, restauration, linge. Organisés de septembre à novembre 2024, ces groupes de travail ont réuni de manière pluridisciplinaire les professionnels de l'EHPAD, et ont été ouverts également à des usagers et des partenaires externes. Des focus sont également abordés, notamment sur les soins palliatifs, la fin de vie et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer/maladies apparentées.					
1.8 Est-ce qu'au sein du projet d'établissement, vous avez identifié une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance comme le prévoit le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant.	Oui	Le rétroplanning de révision du projet d'établissement remis ne mentionne pas la thématique de la prévention et la lutte contre la maltraitance. Un projet d'aide et de soins éthique, bientraitance et droit des usagers est bien identifié, mais il n'est pas précisé si le groupe de travail abordera également la maltraitance. Le projet d'établissement 2018-2022 présente plusieurs thématiques en lien avec la prévention et la lutte contre la maltraitance, non regroupées dans un chapitre dédié. L'établissement veillera à intégrer dans son projet d'établissement de manière exhaustive sa démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance. A ce titre, le projet d'établissement précisera les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance, et les modalités de réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement. Devront également être indiquées les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il conviendra également que le projet d'établissement désigne l'autorité administrative et précise les modalités dans lesquelles les personnes accompagnées peuvent faire appel à elle en cas de difficulté.	Ecart 2 : En l'absence d'éléments précis sur la prévention et la lutte contre la maltraitance. Un projet d'aide et de soins éthique, bientraitance et droit des usagers est bien identifié, mais il n'est pas précisé si le groupe de travail abordera également la maltraitance. Le projet d'établissement remis, l'établissement n'atteste pas que le prochain projet d'établissement 2018-2022 présente plusieurs thématiques en lien avec la prévention et la lutte contre la maltraitance, non regroupées dans un chapitre dédié. L'établissement veillera à intégrer dans son projet d'établissement de manière exhaustive sa démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance. A ce titre, le projet d'établissement précisera les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance, et les modalités de réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement. Devront également être indiquées les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées, ainsi que les actions et orientations en matière de gestion du personnel, de formation et de contrôle. Il conviendra également que le projet d'établissement désigne l'autorité administrative et précise les modalités dans lesquelles les personnes accompagnées peuvent faire appel à elle en cas de difficulté.	Prescription 2 : Intégrer dans le prochain projet d'établissement la démarche interne de l'EHPAD de prévention et de lutte contre la maltraitance dans les documents des travaux d'actualisation du projet d'établissement remis, l'établissement n'atteste pas que le prochain projet d'établissement 2018-2022 présente plusieurs thématiques en lien avec la prévention et la lutte contre la maltraitance, non regroupées dans un chapitre dédié. L'établissement intégrera un volet dédié à sa démarche de prévention et de lutte contre la maltraitance, comme le prévoit l'article D311-38-3 alinéa 2 du CASF.	Idem site des Hauts de Brianne	Le projet d'établissement en cours de rédaction a été remis. Il couvre la période 2025-2030 et présente la démarche de bientraitance de l'établissement notamment au travers de la prévention et la lutte contre la maltraitance. Le projet d'établissement précise les moyens de repérage des risques de maltraitance, ainsi que les modalités de signalement et de traitement des situations de maltraitance notamment au travers de l'élaboration de la cartographie des risques de maltraitance, de la mise en place d'un référent maltraitance, de la sensibilisation des professionnels à l'aide d'un baromètre et de relevés éthiques. Le prochain projet d'établissement 2025-2030 précise que l'EHPAD adopte une communication transparente avec les victimes de maltraitance et leurs proches, mais également qu'il met en place des RETEX pouvant permettre une analyse entre professionnels et la communication des RBPP. Enfin, la saisine des autorités de tutelle et judiciaires est également mentionnée dans le document. En revanche, il est dommage que le prochain projet d'établissement ne précise pas les modalités de réalisation d'un bilan annuel portant sur les situations survenues dans l'établissement. La prescription 2 est levée.	

1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Dans le règlement de fonctionnement remis, il est précisé qu'il a été consulté par le CVS le 11 et 14 janvier 2019 alors que sa dernière actualisation est datée du 01/01/2024. Cependant, le compte rendu du CVS du 17/01/2023 mentionne bien la consultation du règlement de fonctionnement par le CVS pour la mise à jour du règlement de fonctionnement. Le document est complet, mais ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et il n'est pas à jour au regard de la nouvelle composition et des nouvelles attributions du CVS. Il est relevé que le règlement de fonctionnement impose un délai maximal de 3 jours pour libérer la chambre du résident après son décès, un délai qui semble relativement court, notamment en cas de l'éloignement géographique des familles ou de certaines situations nécessitant la conservation du corps au-delà de cette période. De plus, il est précisé qu'à l'issue de ce délai, "les journées seront facturées". Il est rappelé que le gestionnaire peut facturer le montant du « socle de prestations » pendant un maximum de six jours, même si les effets personnels du résident n'ont pas été retirés de la chambre dans ce délai. En outre, l'établissement ne fournit pas de détails sur les modalités de conservation des objets personnels en l'absence de retrait de la chambre après le décès, comme les délais de conservation des biens, leur lieu de stockage, les conditions de leur restitution, ou en cas d'impossibilité de réaliser l'état des lieux de sortie.	Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement ne prévoit pas les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, ce qui est contraire à l'article R311-35 du CASF. Remarque 3 : En ne mentionnant pas la dernière consultation du règlement de fonctionnement par le CVS et en prenant pas en compte la nouvelle réglementation du CVS liée à la composition et aux attributions du CVS, le règlement de fonctionnement n'est pas à jour. Remarque 4 : La mention dans le règlement de fonctionnement d'un délai de 3 jours pour libérer la chambre après le décès du résident, ainsi que l'absence de précisions sur les modalités de stockage des effets personnels au-delà de ce délai, peuvent créer des difficultés organisationnelles pour la famille et les proches du défunt.	Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, comme fixé par l'article R311-35 du CASF. Recommendation 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement sur le point relatif au CVS en prenant compte de la nouvelle réglementation et mentionner la date de la dernière consultation du CVS. Recommendation 4 : Supprimer dans le règlement de fonctionnement la mention du délai de 3 jours pour libérer la chambre du défunt de ses effets personnels et préciser les modalités selon lesquelles les objets personnels du défunt sont conservés en l'absence de retrait de la chambre postérieurement au décès ou en cas d'impossibilité de réaliser l'état des lieux de sortie.	Idem site des Hauts de Brianne	Le nouveau règlement de fonctionnement a été remis. Il n'a pas encore été consulté par le CVS, mais répond à l'ensemble des prescriptions. En effet, il prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles et il est à jour au regard de la nouvelle composition et des nouvelles attributions du CVS. Enfin, l'établissement précise que "la libération de la chambre doit s'effectuer après le décès, dans un délai maximum de 6 jours" et précise les frais qui seront appliqués passé ce délai en conformité avec la réglementation. Les recommandations 3 et 4 ainsi que les prescriptions 3 et 4 sont levées.
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	Oui	Les extraits de décision nommant la cadre supérieure de santé (extrait du 16/12/2019) ainsi que de Mme et de Mme toutes deux IDEC (16/09/2021) ont été remis, ce qui confirme que l'encadrement de l'équipe soignante au sein de l'EHPAD est assurée.				
1.11 L'IDEC ou le cadre de santé dispose-t-il d'une formation spécifique à l'encadrement : relative au parcours de formation d'IDEC en EHPAD ou le diplôme de cadre de santé ? joindre le justificatif.	Oui	La cadre supérieure de santé est titulaire du diplôme de cadre supérieur de santé. Son diplôme est remis. En revanche, aucune attestation de formation concernant les IDEC de l'EHPAD n'a été remise. L'établissement n'atteste pas que depuis leur recrutement (en 2021 Mme et 2023 Mme), elles ont bénéficié d'une formation et d'un accompagnement sur leurs fonctions d'encadrement.	Remarque 5 : Les 2 IDEC en poste ne disposent pas de formation leur permettant d'assurer leurs missions d'encadrement sans difficulté.	Recommendation 5 : Soutenir les 2 IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.	Idem site des Hauts de Brianne	Il est déclaré que les IDEC sont en parcours de formation. Il est bien compris que ces dernières se trouvent en difficulté pour suivre l'ensemble de leur formation. Cependant, aucun document permettant d'attester de l'effectivité des formations en cours n'a été remis. En conséquence, la recommandation 5 est maintenue.
1.12 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent le contrôle sur pièces).	Oui	Le contrat de travail intitulé "CDI d'un médecin salarié en EHPAD", signé du 14 septembre 2021, a été remis. Il précise que le Dr. est recruté pour une période indéterminée pour accomplir des activités et tâches médico-administratives, pour un total de 0,40 ETP sur l'EHPAD Lamy, à raison d'un jour hebdomadaire/semaine par site. Ses missions sont précisées, mais le contrat ne précise pas de manière explicite qu'il est recruté sur des fonctions de MEDEC. Pour rappel, le temps d'intervention du MEDEC au sein de l'EHPAD Lamy (160 places) ne peut être inférieur à 0,80 ETP. OK avec l'écart qui correspond.	Ecart 5 : Le temps de travail du médecin salarié recruté en qualité de médecin coordonnateur contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de coordination médicale à hauteur de 0,80 ETP comme exigé par l'article D312-156 du CASF.	Idem site des Hauts de Brianne	Il est pris acte de l'impossibilité du médecin salarié d'augmenter son temps de travail. La prescription 5 est maintenue dans l'attente d'un temps de coordination médical effectif à 0,80 ETP.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? joindre le ou les justificatifs.	Oui	L'établissement a transmis l'attestation de présence du médecin à la formation "prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence" le 9 décembre 2020. Cette formation ne correspond pas aux critères de qualification requis pour exercer les fonctions de MEDEC.	Ecart 6 : Le médecin présent dans l'établissement n'a pas les qualifications nécessaires pour exercer les missions de médecin coordonnateur, contrairement à ce qui est prévu dans l'article D312-157 du CASF.	Prescription 6 : S'assurer que le médecin coordonnateur s'engage dans une démarche de formation qualifiante pour les fonctions de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-157 du CASF.	Idem site des Hauts de Brianne	L'établissement ne répond pas à la question. Aucun document permettant d'attester des qualifications du médecin salarié pour exercer les fonctions de médecin coordonnateur n'a été remis. En conséquence, la prescription 6 est maintenue.
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	Les documents remis (compte rendu et diaporama de présentation) concernant la commission de coordination gériatrique, réunie le 11/04/2024. Une présentation relative aux "soins palliatifs à domicile et en EHPAD" présentée en séance par le Dr de l'USP de Trévoux est jointe au compte rendu.	Ecart 7 : La commission de coordination gériatrie ne se réunit pas régulièrement contrairement à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 7 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins une fois par an, en vertu de l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Idem site des Hauts de Brianne	Il est bien noté que la commission de coordination gériatrique se réunit une fois par an. Pour autant les comptes rendus des années précédentes ne sont pas remis, alors même ces documents ont vocation à être diffusés à l'ensemble des participants. L'impossibilité pour l'établissement d'accéder aux archives/documents conservés par la cadre supérieure de santé ne garantit pas l'accès permanent aux informations concernant l'EHPAD détenus par cette dernière. En conséquence, la prescription 5 est maintenue.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Le RAMA 2023 remis est complet et présente l'évolution de la dépendance et de l'état de santé générale pour les résidents. Il contribue à l'évaluation et le suivi du projet de soins de l'établissement et des modalités d'accompagnement du public accueilli. En revanche, le document n'est pas signé ni par la Directrice de la structure ni par le médecin.	Ecart 8 : En l'absence de signature du RAMA, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 8 : Signer le RAMA 2023, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Idem site des Hauts de Brianne	Il est déclaré que les prochains RAMA seront signés. Aucune information n'est donnée concernant la signature du RAMA 2023, point sur lequel portait la prescription. La prescription 6 est maintenue.
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalisation aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	Oui	Quatre signalements d'EIG/EIGS aux autorités ont été remis : du 01/03/2023, 09/04/2023, 30/05/2023, 16/05/2024. Il est noté que l'EIGS du 16/05/2024 concerne le site de l'EHPAD Les Hauts de Brianne. Les autres EIG/EIGS ont été déclarés au niveau de l'organisme gestionnaire, l'EHPAD Michel Lamy. La remise de ces documents atteste du signalement immédiat des EIG et des EIGS survenues au sein de la direction commune.				
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des E/I/EIG comportant : la déclaration et analyse d'un E/I et "analyse et déclaration des E/I et des EIG". Ces procédures ont été remises : "déclaration et analyse d'un E/I" et "analyse et déclaration des E/I et des EIG". Ces procédures sont très complètes et participent au développement de la culture de la déclaration et du signalement des E/I et des EIG. Selon ces procédures, des réunions de retour d'expérience sont organisées à la suite d'EIG et d'EIGS et de certains E/I. Une capture d'écran du tableau de bord du logiciel a été remise. Ce tableau présente l'établissement concerné par l'E/I, la typologie, la description des faits, leur gravité et leur avancement. Ces documents attestent que l'établissement dispose d'un dispositif de gestion global des E/I/EIAS/EIG/EIGS.	Oui	Deux procédures ont été remises : "déclaration et analyse d'un E/I" et "analyse et déclaration des E/I et des EIG". Ces procédures sont très complètes et participent au développement de la culture de la déclaration et du signalement des E/I et des EIG. Selon ces procédures, des réunions de retour d'expérience sont organisées à la suite d'EIG et d'EIGS et de certains E/I. Une capture d'écran du tableau de bord du logiciel a été remise. Ce tableau présente l'établissement concerné par l'E/I, la typologie, la description des faits, leur gravité et leur avancement. Ces documents attestent que l'établissement dispose d'un dispositif de gestion global des E/I/EIAS/EIG/EIGS.				
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Non	L'établissement n'a pas transmis la décision instituant le CVS. Au regard des participants mentionnés dans les comptes rendus du CVS (cf. comptes rendus CVS remis en question suivante), il apparaît que participant au CVS : - 2 représentantes des personnes accueillies, - 2 représentantes des familles des personnes accueillies, - une représentante du personnel, - un représentant de l'organisme gestionnaire, - la responsable hôtelière, - la cadre supérieure de santé, - l'IDEC, - la Directrice, - le chef de cuisine, - le MEDEC.	Ecart 9 : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas de sa conformité avec l'article D311-5 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre la décision d'institution du CVS afin d'attester de la conformité de l'EHPAD avec l'article D311-5 du CASF.	Idem site des Hauts de Brianne	Le récapitulatif des membres du CVS n'a pas été transmis comme indiqué. En conséquence, la prescription 9 est maintenue. Toutefois, il n'est pas attendu d'éléments probant en retour.
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	Oui	Le règlement intérieur du CVS remis est conforme aux exigences réglementaires. Par ailleurs, il est relevé une incohérence concernant la date de consultation du CVS sur ce document et la date de sa signature : le règlement intérieur mentionne son approbation par le CVS en date du 16/01/2023, alors qu'il est daté et signé au 16/01/2022 et le compte rendu du CVS du 25/04/2023 indique qu'il a été signé du 25/04/2023.	Remarque 6 : L'incohérence des dates différentes de signature du règlement intérieur du CVS ne permet pas d'attester que le document a bien été validé le 25/04/2023.	Recommendation 6 : Incrire la date exacte d'entrée en vigueur du règlement intérieur du CVS.	Idem site des Hauts de Brianne	L'établissement ne répond pas à la question. En conséquence, la prescription 10 est maintenue.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	L'établissement a transmis 12 comptes rendus du CVS dont 6 du site Les Hauts de Brianne de l'EHPAD. Les comptes rendus concernant le site Le Château de Messimieux de l'EHPAD sont ceux du : 17/01/2023, 25/04/2023, 29/06/2023, 31/10/2023, 09/01/2024 et 25/06/2024. Enfin, il est constaté que le dernier compte rendu du CVS a bien été signé par la présidente du CVS comme le prévoit la réglementation.				