

RAPPORT de CONTROLE le 19/02/2025

EHPAD MONTVENOUX à TARARE_69

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation
Organisme gestionnaire : ASSOCIATION RESIDENCE MONTVENOUX
Nombre de places : 100 places dont 100 places HP (ALZHEIMER)

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 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	Il est pris bonne note de l'organigramme de l'établissement et des différents documents complémentaires.					
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	L'établissement a remis l'ensemble des ETP inscrits à l'EPRD 2024. À la lecture de ce document, plusieurs postes vacants sont identifiés, notamment : - 5,39 ETP ASH - 11,6 ETP ASD - 0,1 ETP kinésithérapeute. Parmi ces postes, seuls 2,80 ETP d'ASH et 0,8 ETP d'ASD n'ont pas été remplacés. Ainsi, la grande majorité des postes ont été pourvus via des contrats en CDD, en intérim ou en exercice libéral, garantissant une continuité et une qualité de prise en charge des résidents.					
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	Le directeur dispose du master "direction, organisation et stratégie des structures sanitaires et médico-sociales", obtenu en 2014. Ainsi, le directeur justifie disposer d'une qualification de niveau 7.					
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 ?	OUI	Le DUD du président de l'association au directeur de l'association, également directeur de l'EHPAD, daté du 01/01/2021 est transmis. Le DUD précise et détaille la nature de la délégation de pouvoir. Il est bien constaté que cette délégation couvre bien les quatre grands domaines de délégation, nécessaires à 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 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	OUI	L'établissement déclare qu'une astreinte administrative est en place au sein de l'EHPAD "en dehors des horaires du personnel administratif". Le planning prévisionnel de 2024 est transmis. À sa consultation, il est observé que l'astreinte est répartie entre 3 professionnels, le directeur et deux autres professionnels, "Sondiver et Mireille", dont les postes ne sont pas identifiables avec les éléments remis. Le planning comporte le numéro de téléphone de la personne d'astreinte. L'établissement déclare que l'astreinte est prévue pour répondre "aux différentes problématiques (absence inspirée d'un professionnel, dysfonctionnement, panne technique, ...)". Toutefois, aucune procédure détaillée sur son organisation et son fonctionnement, destinée aux professionnels, n'a été transmise. Cette absence de cadre formalisé peut les mettre en difficulté en cas de recours à l'astreinte.	Remarque 1 : L'absence de procédure organisant l'astreinte administrative à destination du personnel ne permet pas au personnel d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de difficulté.	Recommandation 1 : Formaliser et transmettre la procédure d'astreinte, à l'attention du personnel de l'EHPAD, définissant les modalités (horaires, motifs de recours, cadres responsables, ...) et le fonctionnement du dispositif.		Une procédure d'astreinte sera formalisée et transmise aux professionnels de l'EHPAD.	L'établissement déclare que la procédure d'astreinte sera formalisée et transmise aux professionnels de l'EHPAD. Aucun élément probant n'a été remis. La recommandation 1 est maintenue.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	L'établissement déclare ne pas réaliser de CODIR. Il est ajouté que le directeur rencontre quotidiennement les équipes afin de construire et de mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement. Ces échanges fréquents et directs participent à la circulation de l'information et renforcent la cohésion des équipes. Néanmoins, l'absence de CODIR formalisé, réunissant le directeur et ses cadres, ne permet pas un temps d'échange et de réflexion collective tout en permettant de fixer et de suivre les projets de manière concertée ni de constituer un levier supplémentaire pour assurer une gouvernance efficace et partagée.	Remarque 2 : Il n'existe pas de CODIR ce qui est préjudiciable pour la continuité de l'organisation de l'établissement.	Recommandation 2 : Mettre en place un CODIR, contribuant à la continuité de l'organisation de l'établissement et à la transmission des informations au sein de l'équipe de direction.		Un CODIR sera mis en place.	L'établissement déclare qu'un CODIR sera mis en place. Aucun élément concernant les dispositions (personnes présentes, fréquence, ...) de cette mise en place n'ont été transmis. La recommandation 2 est maintenue.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2020-2024. Le document est globalement complet et développe largement ses objectifs et actions mises en œuvre sur la durée du plan. Toutefois, il n'est pas fait mention de sa consultation par le CVS, ce qui ne permet pas d'attester de sa consultation par l'instance.	Ecart 1 : En l'absence de consultation du projet d'établissement par le CVS, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 1 : Présenter le prochain projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-8 du CASF.		Le prochain projet d'établissement (2025-2029) sera présenté au CVS pour consultation.	L'établissement s'engage à présenter le prochain projet d'établissement (2025-2029) au CVS. Il n'est pas précisé la date du CVS à laquelle cela est prévu. Toutefois, la prescription 1 est levée.
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	L'établissement déclare traiter de la maltraitance à travers plusieurs axes de ses plans d'actions (respect des droits individuels, démarche qualité, politique RH, ...). Il est bien noté que ces éléments sont traités dans le projet d'établissement et qu'ils contribuent à la lutte contre la maltraitance. Toutefois, il est rappelé que l'établissement doit développer dans le projet d'établissement un chapitre dédié à la démarche de lutte contre la maltraitance afin de lui donner de la visibilité. Par ailleurs, l'établissement a transmis de nombreuses fiches détaillant la mise en œuvre de ses politiques prise en charge des résidents. Ces fiches sont très claires. Elles témoignent de l'application effective de ces mesures de prévention et de la lutte contre la maltraitance.	Ecart 2 : Le projet d'établissement ne dispose pas de volet spécifique à la lutte contre la maltraitance, ce qui contrevient aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.	Prescription 2 : Intégrer et développer un volet portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance dans le prochain projet d'établissement, conformément aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.		Le prochain projet d'établissement (2025-2029) intégrera et développera un volet portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance. Celui-ci sera rédigé au cours de l'année 2025.	Il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement à intégrer dans le prochain projet d'établissement (2025-2029) un volet portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance. Il est indiqué que cela se fera au cours de l'année 2025. Le document n'est donc pas finalisé. Toutefois, la prescription 2 est levée.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement de l'établissement est daté de mars 2016. Il n'est plus d'actualité depuis au moins 4 ans. Aucun élément concernant son actualisation n'a été transmis. Par ailleurs, le document n'appelle pas de remarque.	Ecart 3 : Le règlement de fonctionnement n'est pas actualisé conformément à l'article R311-33 du CASF.	Prescription 3 : Actualiser le règlement de fonctionnement comme prévu par l'article R311-33 du CASF.		Une actualisation du règlement de fonctionnement sera réalisée au cours de l'année 2025. Or, aucun document l'attestant n'a été remis.	L'établissement déclare que l'actualisation du document est prévue pour l'année 2025. Or, aucun document l'attestant n'a été remis. La prescription 3 est maintenue, dans l'attente de l'actualisation du règlement de fonctionnement. Aucun élément probant n'est attendu en retour.
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	Le contrat de travail à durée indéterminée de Mme B., recrutée en qualité "d'infirmière major" le 26 mars 2005 pour un temps plein, est transmis. L'établissement déclare que cette dernière occupe un rôle central en mettant en place "les décisions envisagées lors des réunions de concertation" et qu'elle réalise des "audits internes réguliers dans chaque unité de vie" pour évaluer et travailler en équipe sur les options à mettre en place. Cette fonction, au plus près de la prise en charge des résidents, permet d'assurer une grande qualité de soins des résidents et d'accompagner les soignants dans les éventuelles difficultés qu'ils rencontrent. Toutefois, les missions d'encadrement ne sont évoquées ni dans le contrat de travail de Mme B., ni dans la déclaration. De plus, à la lecture des organigrammes remis, il n'est pas possible d'identifier le poste de responsable de l'encadrement des soignants (IDE et ASD) : les fonctions d'infirmière major ne sont pas mentionnées sur l'organigramme et celui-ci indique une infirmière référente ainsi qu'une IDE qualité, sans que celles-ci ne soient positionnées comme responsable hiérarchique de l'équipe soignante. Au regard éléments remis, la mission n'est pas en mesure de comprendre le mode de management de l'équipe soignante (IDE et ASD) et de s'assurer que Mme B. est la responsable de l'équipe soignante.	Remarque 3 : En l'absence de transmission d'élément permettant d'attester le management de l'équipe soignante (IDE et ASD), l'établissement n'atteste pas que le management de l'équipe soignante est organisé.	Recommandation 3 : Transmettre tout élément permettant d'attester de l'organisation du management de l'équipe soignante.		Au sein de l'établissement, le mode de management des équipes soignantes (IDE et ASD) s'opère au travers des différentes réunions de concertation auxquelles elles participent. Celles-ci ont été évoquées dans le point 4 "Réunions de concertation" du document "1.1 L'organisation de l'EHPAD Montvenoux" et leur contenu détaillé dans le document "1.1.1 Les réunions de concertation" que nous vous avons transmis. Notamment, l'audit qualité (1.8 Audit qualité) et la réunion de coordination des soins permettent une évaluation de nos pratiques, de la mise en œuvre de nos procédures, et faire des rappels si besoin aux équipes soignantes.	L'établissement dispose d'une organisation spécifique concernant le management de l'équipe de soins. Au travers des différents documents remis et de la déclaration de l'établissement, il est souligné que le directeur assure l'encadrement hiérarchique de l'équipe de soins. Il est observé que l'établissement dispose de 8 unités de vie bien distinctes. Parmi les professionnels, il est identifié trois postes clés : l'IDE responsable qualité, l'IDE référente et la coordinatrice de secteur. Ces derniers ont un rôle en matière d'encadrement fonctionnel vis-à-vis de l'équipe de soins. Par ailleurs, l'établissement a transmis un planning de "réunion de concertation" comprenant différentes réunions (clinique, coordination des soins, rencontre famille, etc.). Ce planning indique que de nombreuses réunions ont lieu régulièrement en présence des professionnels cibles. La recommandation 3 est levée.

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	L'IDEC qualifié dispose du diplôme d'infirmier d'état et d'un DU intitulé <i>"qualité, évaluation et management de projet dans les structures sanitaires et sociales"</i> , obtenu en 2015. Ce DU est centré sur le management de la qualité. De plus, les attestations de formations pour <i>"savoir reconnaître et prévenir l'épuisement professionnel"</i> et <i>"rencontre qualité et sécurité en santé"</i> ont été remises. L'ensemble de ces formations sont en lien avec la qualité et les missions de l'IDE qualifié. Toutefois, ces formations n'attestent pas d'une formation spécifique au management d'équipe.	Remarque 4 : En l'absence de transmission d'éléments permettant d'attester de la formation spécifique au management d'un professionnel encadrant l'équipe de soin (IDE et ASO), l'établissement n'atteste pas de la formation spécifique à l'encadrement de ses professionnels soignants.	Recommandation 4 : Transmettre l'attestation de formation spécifique à l'encadrement du professionnel encadrant l'équipe de soin.		L'IDE qualifié bénéficiera d'une formation spécifique au management d'équipe.	L'établissement déclare que l'IDE qualifié bénéficiera d'une formation spécifique au management d'équipe. L'IDE qualifié dispose donc de mission de management. La recommandation 4 est maintenue, dans l'attente de la validation d'une formation spécifique à l'encadrement. Il n'est pas attendu d'éléments probants en retour.
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 à durée indéterminée du MEDEC, daté du 04/04/2022, est transmis. Celui-ci est engagé sur une base de durée de travail de 37,27 heures mensuelles. L'avenant à ce contrat de travail modifie son temps de présence à hauteur de 106,17 heures mensuelles, soit 0,7 ETP, à compter du 01/09/2023. Au regard de la capacité d'accueil de l'établissement (100 places), ce temps de présence de MEDEC est insuffisant. Par ailleurs, le planning hebdomadaire des médecins est transmis. A sa consultation, il est observé que le MEDEC est présent 4 demi-journées et demie par semaine. L'établissement déclare que le planning des médecins peut varier afin de permettre une continuité des soins entre les différents médecins. En effet, l'établissement dispose également de deux médecins traitants et d'un psychiatre, tous salariés, constituant une véritable équipe médicale.	Ecart 4 : Le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent l'EHPAD contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 4 : Augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,8 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.		La direction va à nouveau solliciter le médecin coordonnateur afin de savoir s'il souhaite augmenter son temps de travail de 0,10 ETP. Toutefois, nous tenons à vous préciser que l'équipe médicale est composée uniquement de médecins salariés facilitant la coordination et le temps nécessaire à celle-ci par rapport à un établissement où interviennent une multitude de médecins libéraux.	L'établissement s'engage à solliciter le MEDEC afin d'augmenter son temps de présence à 0,8 ETP. De plus, l'établissement rappelle que les médecins intervenant à l'EHPAD sont salariés. Ce qui constitue un avantage précieux pour l'établissement. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente de l'augmentation du temps de présence du MEDEC à 0,8 ETP.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le MEDEC est titulaire d'une capacité de médecin en gériatologie, obtenue en 2016. Il dispose également du DU de <i>"coordination médicale d'établissement pour personne âgée dépendante"</i> , obtenu en 2014. Le MEDEC dispose bien des qualifications nécessaires pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	L'établissement déclare ne pas réaliser de commission de coordination gériatrique (CCG) en raison de la spécificité du fonctionnement de l'EHPAD. L'établissement organise des réunions de concertation de façon pluri hebdomadaire, ainsi que des réunions médicales trimestrielles. A la lecture des comptes rendus de ces dernières réunions médicales, il est relevé que les sujets abordés sont notamment <i>"circuit du médicament, rédaction de fiche protocole, coordination médicale, ..."</i> . Ces sujets se retrouvent bien dans les points traités en CCG prévus réglementairement. L'établissement aurait tout intérêt à s'appuyer sur cette réunion de concertation pour organiser la CCG, qui, à des fins d'optimisation permettrait de réaliser la CCG tout en maintenant ces points réguliers. Il est rappelé qu'il s'agit d'une obligation légale impliquant l'ensemble des équipes soignantes (médicales et paramédicales) salariées, médecins et kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues, etc... et des professionnels libéraux, s'ils interviennent au sein de la structure.	Ecart 5 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Une commission de coordination gériatrique sera organisée annuellement conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	L'établissement déclare que la commission de coordination gériatrique sera mise en place. Toutefois, aucun élément probant n'a été remis. Il est également relevé que cette commission est inscrite dans le tableau de "réunion de concertation", bien que ces réunions ne se tiennent pas. La prescription 5 est maintenue, dans l'attente de la mise en place effective de la commission de coordination gériatrique.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	Le RAMA 2023 est remis. Le document présenté sous la forme d'un document de présentation récapitule notamment les modalités de la prise en charge des soins. Toutefois, il est constaté qu'il ne présente pas les données des années précédentes permettant notamment de suivre l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. L'établissement peut valablement prendre pour modèle la trame de RAMA disponible sur le site internet de l'ARS Pays de Loire, afin d'assurer l'exhaustivité du rapport et de faciliter l'évaluation de son projet de soin. Par ailleurs, le document n'est pas signé par le MEDEC et le directeur.	Ecart 6 : Le RAMA répond partiellement aux exigences prévues à l'article D312-158 du CASF. Ecart 7 : En l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et le directeur d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 6 : Rédiger à l'avenir des RAMA répondant aux dispositions prévues par l'article D312-158 du CASF, en intégrant notamment les données des années précédentes. Prescription 7 : Faire signer conjointement le RAMA par le MEDEC et le directeur d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.		Le RAMA 2024 intégrera les données des années précédentes, et sera signé conjointement par le MEDEC et le directeur d'établissement.	L'établissement s'engage à intégrer les données des années précédentes dans le RAMA 2024 et à le faire signer par le MEDEC et le directeur. Les prescriptions 6 et 7 sont levées.
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement 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	L'établissement a remis une fiche de signalement d'un EIG survenu en juin 2024. Ce seul EIG signale sur une période de deux années, dans un EHPAD d'une capacité de 100 places, n'atteste pas d'une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle.	Ecart 8 : L'absence de déclaration des EIG survenus au sein de l'EHPAD aux autorités de contrôle ne garantit pas le respect des obligations prévues à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 8 : Assurer la déclaration des EIG aux autorités de contrôle, afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l'article L331-8-1 du CASF		Au sein de l'établissement, nous avons compris que nous devons déclarer uniquement un EI engendrant une conséquence importante : sur la santé et la prise en charge ou la sécurité du résident (débâts accidentels, mise en jeu du pronostic vital, séquelle irréversible, situations de maltraitance physique ou psychologique, problèmes récurrents avec les familles,...) ou sur le fonctionnement de l'établissement (incendie, conflits ou menaces de conflits sociaux,...). C'est la raison pour laquelle, nous avons déclaré uniquement un EIG au cours des années 2023 et 2024.	L'établissement déclare n'avoir eu qu'un seul EIG au cours des années 2023 et 2024. Il est également indiqué que l'établissement a connaissance qu'il doit déclarer <i>"uniquement les EI engendrant une conséquence importante"</i> . Or, il est rappelé que la nature des EIG qui doivent être signalés sont définis par l'arrêté du 28/12/2015 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales. L'ensemble de ces dysfonctionnements doivent donc être signalés. La prescription 8 est levée.
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a remis les tableaux de "suivi des EI" pour les années 2023 et 2024. Ces tableaux répertorient le nombre d'EI déclarés en fonction de leur catégorie. A la consultation de ces tableaux, il est observé en 2023 : 45 EI concernant le circuit du médicament et 28 autres EI déclarés sur d'autres thématiques. Et en 2024 : 45 EI concernant le circuit du médicament, et 49 autres EI déclarés concernant d'autres thématiques. Ces tableaux attestent de la culture de déclaration interne de l'établissement. Toutefois, il était demandé les tableaux de bord 2023 et 2024, présentant l'ensemble des EI/EIG déclarés ainsi que les mesures correctives apportées et mises en place, afin d'attester de l'effectivité mise en place du dispositif de gestion globale des EI/EIG. Par ailleurs, l'établissement a remis une procédure intitulée <i>"déclaration, analyse et gestion des EI"</i> . Ce document est très clair et permet de renforcer la démarche qualité de l'établissement.	Ecart 9 : En l'absence de transmission des tableaux de bord des EI précisant la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier pour les années 2023 et 2024, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre le tableau de bord des EI et EIG de 2023 et 2024, afin de s'assurer de la déclaration en interne des EI/EIG conformément à l'article L331-8-1 du CASF et de l'existence d'un plan d'action permettant de développer la démarche qualité et gestion des risques est en place.		Un plan d'action est mis en place lorsque nous constatons des récurrences sur une thématique. Cela a été le cas sur celle du circuit du médicament pour laquelle nous nous avons adressé notre plan d'action. Généralement, suite à un EI, une action d'amélioration est mise en œuvre immédiatement après la survenue de celui-ci et inscrite sur la fiche de déclaration interne d'un événement indésirable que nous nous avons adressée. Nous n'avons pas d'autres tableaux de bord autre que ceux intitulés "Suivi des EI". Afin de répondre conformément à l'article L331-8-1 du CASF, dès 2025, nous intégrerons dans les tableaux de suivi actuels trois colonnes supplémentaires : Traitement de l'événement / Analyse des causes / Actions mises en œuvre.	L'établissement ne dispose pas de tableau de bord détaillant la description des EI, les actions mises en œuvre et les mesures correctives associées. Toutefois, il précise que ces actions sont mises en place en systématique après chaque déclaration et que ces colonnes seront intégrées dans le tableau des 2025. En outre, l'établissement explique utiliser le tableau "suivi des EI 2024" pour identifier les thématiques récurrentes et pour lesquelles il est nécessaire de mettre un plan d'action spécifique, comme cela a été fait pour le circuit du médicament. Ce tableau permet ainsi d'avoir une meilleure visibilité sur l'ensemble des EI déclarés et les thématiques récurrentes. La prescription 9 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement déclare que <i>"les familles peinent à s'impliquer dans le CVS"</i> et que les résidents <i>"présentent tous une pathologie psychiatrique ou des troubles neurocognitifs sévères (...)"</i> et rares sont <i>"les résidents qui souhaitent devenir représentants des personnes accuegies"</i> . Il est bien noté que l'institution du CVS auprès des résidents présentant troubles neurocognitifs sévères peut être complexe. Néanmoins, il appartient au directeur de veiller à l'instauration et au bon fonctionnement du CVS. Le compte rendu de la réunion du 13 septembre 2022 est remis. Il est observé que lors de cette réunion ont eu lieu les élections du Président et du "président suppléant". Cependant, aucun élément concernant les élections des membres de l'instance n'ont été transmis, ce qui ne permet pas de s'assurer des modalités d'élections des membres du CVS.	Ecart 10 : En l'absence de transmission d'informations sur les élections du CVS, l'établissement n'atteste pas être conforme à l'article D311-4 du CASF et n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.	Prescription 10 : Transmettre tout élément permettant d'attester que les élections des représentants (résidents, familles, professionnels) du CVS ont eu lieu conformément aux articles D311-4 et 5 du CASF.	1.18_CVS - Courrier élections - Représentant légal et référent familial - 11.05.2022 1.18_CVS - Note de service élections - Résident et représentant du personnel - 11.05.2022	En 2022, en vue des élections des membres du CVS, un courrier avait été adressé à l'ensemble des représentants légaux et des référents familiaux (11 mai 2022) afin de savoir si certains d'entre eux voulaient être candidats. Suite à cet envoi nous avons eu seulement deux candidatures. Aussi, une note de service avait été diffusée concernant les élections des membres du CVS à destination des personnes accueillies et du personnel de l'EHPAD (11 mai 2022). Seulement deux résidents s'étaient portés candidats et un seul membre du personnel. De fait, au vu du nombre de candidatures, l'ensemble des candidats ont été élus en qualité de membres du CVS.	L'établissement a remis les notes de service invitant les résidents, les familles et les professionnels à déposer leur candidature pour être représentant au CVS, ces courriers sont datés du 11 mai 2022. L'établissement déclare que suite à ces courriers de dépôt de candidature, seuls : deux résidents se sont portés candidats, deux pour les familles et un seul pour les représentants des professionnels. Et ainsi, au vu du faible nombre de candidatures, ces candidats ont été élus en qualité de membre du CVS. L'établissement a donc initié une démarche d'élection des représentants du CVS en 2022. Des personnes se sont portées candidates. Le mandat est toujours valable. La prescription 10 est levée.
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 est daté au 13/09/2022. Le document a été présenté en instance et validé. Le document n'appelle pas de remarque.					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	L'établissement a remis les comptes rendus des 23/05/2023, 13/10/2023, 13/05/2024 et du 04/12/2024. Les réunions se tiennent donc à raison de deux par an, contre trois réglementairement. A la lecture des comptes rendus, il est observé que les membres présents ne sont pas identifiés. Par ailleurs, les comptes rendus témoignent des échanges riches et de thèmes abordés variés. Enfin, les comptes rendus ne sont pas signés par le président de l'instance.	Ecart 11 : En l'absence d'organisation de 3 CVS par an l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF. Remarque 5 : Les personnes présentes aux réunions de CVS ne sont pas clairement identifiées selon les catégories de membres (élus et consultatifs et/ou invités), ce qui ne permet pas d'identifier clairement la composition de l'instance lors des CVS. Ecart 12 : En l'absence de la signature du Président du CVS sur les comptes rendus, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	Prescription 11 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D311-16 du CASF. Recommandation 5 : Veiller à identifier et distinguer clairement sur les comptes rendus du CVS les personnes présentes, les membres élus et les autres personnes invitées au CVS. Prescription 12 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.	1.20_CVS - Procès-verbal - 23.05.2023 1.20_CVS - procès-verbal - 13.10.2023 1.20_CVS - procès-verbal - 04.12.2023 1.20_CVS - procès-verbal - 13.05.2024 1.20_CVS - procès-verbal - 21.10.2024 1.20_CVS - procès-verbal - 10.12.2024	Le CVS se réunit bien trois fois par an. Dès le prochain CVS, les personnes présentes, les membres élus et les autres personnes invitées au CVS seront identifiées et distinguées clairement sur les comptes rendus. Les comptes rendus sont bien signés par le Président du CVS.	Les comptes rendus de CVS du 04/12/2023 et du 21/10/2024 ont été remis, portant à trois le nombre de séance par an. La prescription 11 est levée. L'établissement s'engage à identifier les personnes présentes et absentes en distinguant clairement les membres du CVS et les invités. De plus, l'établissement s'engage également à faire signer les comptes rendus par le seul président du CVS. La recommandation 5 et la prescription 12 sont levées.

2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	NON	Non concerné.					
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	NON	Non concerné.					
2.3 L'accueil de jour dispose-t-il d'une équipe dédiée ? L'hébergement temporaire dispose-t-il d'une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	NON	Non concerné.					