

RAPPORT de CONTROLE le 19/02/2025

EHPAD CHATEAU DU LOUP à VILLEFRANCHE SUR SAONE\_69

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CH NORD OUEST VILLEFRANCHE

Nombre de places : 90 places dont 74 places HP - 11 places en UVP - 5 places en HT

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'EHPAD Château du loup. L'EHPAD appartient au CH Nord Ouest Villefranche (CHNO) depuis le 01/01/2023. L'EHPAD est sous la direction de la directrice déléguée référente des EHPAD du CHNO, elle-même sous la direction de la directrice générale du CHNO, et l'EHPAD dispose des services supports du CH.					
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 transmis un avis de vacance de l'ensemble des postes non-médicaux du CHNO datant d'août 2024. À la lecture du document, l'EHPAD Chateau du loup répertorie deux annonces indiquant deux postes vacants d'ASD à temps plein.					
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 13/12/2022 atteste que la directrice générale du CHNO appartient au corps des directeurs d'hôpital. Elle est nommée directrice de l'hôpital Nord Ouest de Villefranche-sur-Saône auquel est rattaché à ce jour l'EHPAD château du Loup.  Toutefois, au regard de l'organigramme l'établissement est dirigé par une directrice déléguée, sans qu'aucun élément la concernant n'a été transmis.	<b>Remarque 1</b> : En l'absence de transmission de document concernant la directrice déléguée, qui assure la direction rapprochée de l'EHPAD, l'établissement n'atteste pas de son niveau de qualification.	<b>Recommandation 1</b> : Transmettre tout élément attestant du niveau de qualification requis pour la directrice déléguée.	1	diplôme Niveau 7 'ex Niveau 1) RNCP	La directrice déléguée est titulaire du diplôme "dirigeant de l'économie médico-sociale" de niveau 7 (anciennement niveau I), délivré en 2014. <b>La recommandation 1 est levée.</b>
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	Compte-tenu de l'appartenance de la directrice dans le corps des directeurs d'hôpital, le DUD n'est pas requis. Cependant, aucun élément concernant la directrice déléguée, qui assure la direction de l'EHPAD, n'a été transmis.					
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	Une astreinte de direction est mise en place au sein de l'ensemble du CHNO et des CH de Tarare-Grandris et de Trévoux. Le "guide de l'administrateur de garde" daté de janvier 2024 transmis et les planning des astreintes de 2024 le confirment. Les astreintes sont organisées du lundi au vendredi, la nuit de 17h30 à 8h30. Et les week-end, de 17h30 le vendredi à 8h30 le lundi suivant. À la lecture des plannings d'astreintes, il est observé que l'astreinte est répartie entre les directeurs des différents sites.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	Il est déclaré que le CHNO organise chaque semaine des CODIR commun à toutes les structures. Il est précisé que des sujets spécifiques à l'EHPAD Pierre de Beaujeu sont traités. Or, le présent contrôle sur pièce concerne l'EHPAD Chateau du loup.  De plus, les comptes rendus de CODIR n'ont pas été remis, ce qui ne permet pas à la mission d'apprécier les sujets traités en réunions et de vérifier que des thématiques se rapportant à l'EHPAD sont bien évoquées.	<b>Remarque 2</b> : L'établissement n'a pas fourni les trois derniers comptes rendus du CODIR, ce qui ne permet pas de vérifier si les sujets abordés en réunion concernent l'EHPAD Château du loup.	<b>Recommandation 2</b> : Transmettre les trois derniers comptes rendus de réunion du CODIR.	2	attestation CODIR	Le document remis est le même que celui remis précédemment. Toutefois, il est relevé dans le rapport contradictoire de l'EHPAD Pierre de Beaujeu, EHPAD de la direction commune, que des "réunions de cadres" réunissant le MEDEC et les cadres supérieures de santé des EHPAD et la directrice déléguée en fonction des sujets évoqués, se réunissent tous les 15 jours. Il est noté que "ce CODIR est un lieu d'échanges et de dialogue entre directeurs et ne fait pas l'objet de procès-verbaux". Il est rappelé l'importance de la retranscription par écrit des échanges et des décisions prises en réunion, qui sert d'élément de preuve et de communication. <b>La recommandation 2 est levée.</b>
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'établissement a transmis une ébauche de son projet d'établissement pour l'EHPAD Château du loup, pour la période 2024-2029. Le document contient : l'ébauche de la présentation générale de l'établissement, les valeurs portées par l'équipe, le projet d'accompagnement, ainsi que l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. À la lecture du document, il est constaté qu'il ne comporte pas de dimension prospective avec des objectifs déclinés en actions de mise en œuvre sur la période du PE.  Il est noté dans ce document que l'EHPAD engage une refonte totale du projet d'établissement suite à l'intégration de l'EHPAD au CHNO en 2023. La rédaction du projet d'établissement est donc en cours d'élaboration. Il est également repéré que des groupes de travail sont organisés tout au long de l'année 2024.	<b>Remarque 3</b> : En l'absence de déclinaison des objectifs d'établissement de l'EHPAD en plan d'action afin de renforcer la dimension prospective et stratégique de l'établissement se prive d'une dimension prospective.	<b>Recommandation 3</b> : Décliner les objectifs du projet d'établissement de l'EHPAD en plan d'action afin de renforcer la dimension prospective et stratégique de l'EHPAD.		L'établissement attend le RAMA du médecin coordonateur pour décliner les objectifs en action et permettre à l'équipe de s'approprier les bonnes pratiques.	Il est rappelé que le projet d'établissement (PE) doit contenir une dimension prospective en ciblant des objectifs déclinés en actions à mettre en œuvre sur la période couverte par le PE. La réponse de l'établissement n'est pas satisfaisante dans la mesure où il lie le projet d'établissement et le RAMA, alors que celui-ci est un outil qui permet d'évaluer et de suivre l'évolution du projet de soin inscrit dans le projet d'établissement et non pas l'inverse.  <b>La recommandation 3 est maintenue, dans l'attente de l'élaboration des objectifs déclinés en actions dans le projet d'établissement.</b>
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	À la lecture du document, il est constaté qu'il ne comporte pas de thématique formalisée concernant la politique de lutte contre la maltraitance.  L'établissement déclare que "la prévention de la maltraitance est inscrite dans le projet d'établissement du CH Villefranche sur Saône". Toutefois, le document n'a pas été transmis, ce qui ne permet pas de le vérifier.  Par ailleurs, l'établissement a transmis plusieurs documents relatifs aux procédures de repérage et de signalement des situations de maltraitance, datés de 2024. Ces procédures s'inscrivent dans la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement, toutefois, l'EHPAD doit intégrer et formaliser cette politique dans son projet d'établissement.	<b>Ecart 1</b> : En l'absence d'intégration de la politique de lutte contre la maltraitance dans le projet d'établissement de l'EHPAD, l'établissement contrevient à l'article L311-8 du CASF.	<b>Prescription 1</b> : Intégrer dans le projet d'établissement de l'EHPAD, la politique de lutte contre la maltraitance, conformément à l'article L311-8 du CASF.	3.1 - 3.2 - 3.3	Mise en place : politique de lutte contre la maltraitance - fiche d'évaluation de situation de maltraitance- modèle de rapport de situation maltraitante	L'établissement dispose d'une procédure très claire concernant l'évaluation des situations de maltraitance. Toutefois, ces éléments doivent être intégrés dans le projet d'établissement conformément aux dispositions du décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement des ESMS. Un volet spécifique à la prévention et la lutte contre la maltraitance doit être présenté comprenant notamment, les moyens de repérage, actions et orientations en matière de personnel et de formations ainsi que les modalités de contact pour les résidents. Cela permet d'assurer une meilleure lisibilité pour toutes les parties prenantes.  <b>La prescription 1 est maintenue.</b>
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	OUI	L'établissement a remis le règlement de fonctionnement de l'EHPAD Château du loup. Ce document est un document de travail comme il est noté en filigrane dessus. Le règlement de fonctionnement n'est donc pas valide.  Par ailleurs, la date de consultation du CVS n'est pas indiquée, ce qui ne permet pas de savoir si l'instance a été consultée.  Enfin, le document n'appelle pas de remarque particulière.	<b>Ecart 2</b> : En l'absence de règlement de fonctionnement valide, l'établissement contrevient à l'article R311-33 du CASF.  <b>Ecart 3</b> : En l'absence de mention dans le règlement de fonctionnement de la date de sa consultation par le CVS, le document n'est pas conforme à l'article R. 311-7 du CASF.	<b>Prescription 2</b> : Finaliser la rédaction du règlement de fonctionnement conformément à l'article L311-7 du CASF et transmettre le document.  <b>Prescription 3</b> : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.			Aucun élément n'a été transmis. L'établissement ne dispose pas de règlement de fonctionnement valide. Et le document de travail précédemment transmis n'a donc pas été finalisé.  <b>Les prescriptions 2 et 3 sont maintenues.</b>
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 l'IDEC est transmis. L'IDEC est recrutée le 08/11/2021 en qualité de chargée de mission pour exercer les fonctions "d'encadrant d'unité de soins et d'activité paraméd." à temps plein. Toutefois, il n'est pas précisé l'affectation précise de l'IDEC à l'EHPAD Château du loup.  Par ailleurs, il est repéré sur l'organigramme que l'établissement dispose d'une cadre supérieure de santé qui est en charge de plusieurs établissements, en atteste les précédents rapports de contrôle des EHPAD relevant de la direction commune.	<b>Remarque 4</b> : En l'absence de précision du service d'affectation de l'IDEC, il n'est pas possible pour la mission de connaître l'ETP affecté à la coordination de l'EHPAD de château du loup.	<b>Recommandation 4</b> : Transmettre tout document attestant de l'affectation de l'IDEC à l'EHPAD Château du loup.			Aucun élément n'a été remis. <b>La recommandation 4 est maintenue.</b>

<b>1.11</b> 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 dispose d'un diplôme infirmier, obtenu en 1998. Elle est également titulaire d'un DU intitulé <i>"management infirmier"</i> , obtenu en 2007. Ce qui atteste de la formation spécifique à l'encadrement de l'IDEC.					
<b>1.12</b> 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	L'établissement a transmis une "convention de mise à disposition" concernant le MEDEC, établie entre le CH de Trévoux et le CH de Villefranche sur Saône. Cette convention indique que est mis à disposition au sein de l'établissement d'accueil l'EHPAD Château du loup pour un temps de travail de 4 demi-journées par semaine, soit 0,4 ETP, à compter du 16/09/2024. Le planning du MEDEC est également transmis, il confirme bien ce fonctionnement. Toutefois, le temps de travail du MEDEC (0,4 ETP) est insuffisant au regard de la capacité d'accueil de l'établissement.	<b>Ecart 4</b> : 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.	<b>Prescription 4</b> : Augmenter le temps de médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.		éléments de compréhension dans le courrier (médecin en temps thérapeutique aujourd'hui)	L'établissement déclare que le médecin est en temps thérapeutique <i>"aujourd'hui"</i> , il est expliqué que des <i>"éléments de compréhension"</i> figurent dans le <i>"courrier"</i> . Cependant, ce courrier n'a pas été remis, ni lors du rapport contradictoire ni dans le rapport provisoire. <b>La prescription 4 est maintenue, dans l'attente de l'augmentation du temps de travail du MEDEC ou du recrutement d'un MEDEC à hauteur de 0,6 ETP.</b>
<b>1.13</b> Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le MEDEC dispose d'une capacité de médecine en gériontologie, ce qui atteste de sa qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique.					
<b>1.14</b> La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	L'établissement déclare qu' <i>"une commission de coordination gériatrique sera mise en place rapidement, le Dr ayant pris ses fonctions au mois de septembre 2024"</i> . Aucun élément concernant les commissions des années précédentes n'a été transmis.	<b>Ecart 5</b> : En l'absence de tenue de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	<b>Prescription 5</b> : Mettre en place la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		avec 17 médecins traitants, le médecin coordonnateur a privilégié les 6 premiers mois à dialoguer avec ses pairs. Il est parfaitement informée de cette mision et de la tenue d'une commision de coordination gériatrique.	L'établissement déclare que le MEDEC <i>"a privilégié ses 6 premiers mois à dialoguer avec ses pairs"</i> . Mais que ce dernier est bien informé des missions et de la tenue de la commission de coordination gériatrique. Il est rappelé que la tenue de la commission de coordination gériatrique est obligatoire, au moins une fois par an, avec l'ensemble des professionnels (salariés et libéraux) intervenants au sein de l'établissement. Cette commission vise à favoriser l'échange et la réflexion pluridisciplinaire (médecin, soignant, kinésithérapeute, pharmacien, psychomotricien, EAPA, ...) et contribue à améliorer l'accompagnement des résidents. <b>La prescription 5 est maintenue, dans l'attente de la mise en place effective de la commission de coordination gériatrique.</b>
<b>1.15</b> Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	L'établissement déclare que le MEDEC produira le RAMA 2025, car celui-ci est arrivé en septembre 2024. A nouveau, aucun élément concernant le RAMA des années précédentes n'est transmis. Or, il est rappelé que même s'il fait partie des missions du MEDEC, le RAMA n'est pas le rapport du médecin coordonnateur, mais le rapport des activités médicales de l'établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. Il aurait donc du être partiellement rédigé en l'absence du MEDEC, notamment par la cadre supérieure de santé.	<b>Ecart 6</b> : En l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	<b>Prescription 6</b> : Rédiger le RAMA 2024 conformément à l'article D312-158 du CASF et le transmettre.		En cours de rédaction sur le dernier quadrimestre 2024 par le médecin coordonnateur.	L'établissement déclare que le RAMA 2024 est en cours de rédaction.  <b>La prescription 6 est maintenue, dans l'attente de la finalisation du RAMA 2024.</b>
<b>1.16</b> L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des évènements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a transmis son tableau de bord des EI/EIG survenus en 2024 ainsi qu'une partie de ceux de 2023 à partir du mois d'octobre. Toutefois, ce tableau ne laisse pas apparaître si des évènements indésirables ont été signalés aux autorités de contrôle. De plus, aucun document attestant d'un signalement n'a été transmis comme élément probant. Ainsi, l'établissement n'atteste pas de sa pratique de signalement des EIG aux autorités de contrôle.  De plus, il est relevé dans la procédure intitulée "gestion des EI : signalement, traitement et analyse" transmise que la définition des EIG donnée est limitée aux "décès" ou "mise en jeu du pronostic vital". Cette définition est restrictive pour les établissements médico-sociaux. En effet, les EIG survenant dans ces structures, notamment les EHPAD, englobent plus largement "tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées". Ces éléments nécessitent un signalement aux autorités compétentes. Au regard de ces éléments, la procédure apparaît incomplète et l'établissement méconnaît la réglementation du secteur médico-social. Il est toutefois, noté que dans le rapport de contrôle sur pièce de l'EHPAD résidence Pierre de Beaujeu, l'EHPAD avait remis une procédure intitulée <i>"conduite à tenir en cas d'EIG EHPAD HNOV"</i> . Il est dommage que l'EHPAD Château du loup ne se soit pas approprié ce document.	<b>Ecart 7</b> : En l'absence de transmission des signalements réalisés en 2023 et 2024 auprès des autorités administratives, l'EHPAD n'atteste pas de leur information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, tel que prévu à l'article L331-8-1 du CASF.  <b>Ecart 8</b> : En limitant les EIG aux "décès inattendus" ou "complications graves mettant en jeu le pronostic vital" dans la procédure "déclaration d'EI et d'EIAS" remise, l'établissement méconnaît l'article L331-8-1 du CASF.	<b>Prescription 7</b> : Transmettre les signalements des EIG réalisés auprès des autorités administratives en 2023 et 2024 afin d'attester de leur information sans délai, de tout dysfonctionnement grave dans la gestion et l'organisation de l'EHPAD, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, conformément à l'article L331-8-1 du CASF.  <b>Prescription 8</b> : Compléter la procédure <i>"gestion des EI : signalement, traitement et analyse"</i> en intégrant la définition des EIG du secteur médico-social afin de respecter l'article L331-8-1 du CASF.		Elements revus et en cors de correction par la direction Qualité d'HNO villefranche.	L'établissement déclare que les "éléments sont en cours de correction". Aucun élément concernant les signalements effectués aux autorités de contrôle en 2023 et 2024 n'a été transmis. <b>La prescription 7 est maintenue.</b>  Enfin, concernant la procédure "gestion des EI : signalement, traitement et analyse", pour laquelle il était attendu un élargissement aux EI/EIG du secteur médico-social, l'établissement n'apporte pas d'élément concret de réponse. Par ailleurs, il est relevé que l'EHPAD résidence Pierre de Beaujeu, relevant de la direction, dispose d'une procédure "conduite à tenir en cas d'EIG EHPAD HNOV" qui intègre les EI/EIG du secteur médico-social. L'EHPAD Château du Loup aurait pu valablement s'en inspirer pour compléter sa procédure. <b>La prescription 8 est donc maintenue.</b>
<b>1.17</b> L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'évènement, 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 son tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024. À la consultation du tableau, il est observé que chaque déclaration d'EI/EIG fait l'objet d'une description brève, d'actions immédiates, de suites de l'évènement et de proposition d'amélioration. Ces éléments permettent d'attester de l'existence d'un dispositif de gestion global des EI/EIG.  Par ailleurs, l'établissement a transmis sa charte de signalement des EI et sa charte de fonctionnement CREX-RMM, ainsi que son modèle de compte rendu. Ces éléments permettent de renforcer la démarche d'amélioration continue de l'établissement.					
<b>1.18</b> Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement a transmis un compte rendu de réunion de CVS daté du 30 juin 2021. Ce compte rendu n'est pas la décision instituant le CVS à la suite des élections. À la lecture du document, il est constaté qu'il n'apporte aucune indication sur la tenue d'élections des représentants. Seules les élections du président et du vice-président y sont mentionnées, sans précision sur la nouvelle composition du CVS. Au regard des documents remis, l'établissement n'atteste pas organiser les élections des représentants du CVS, conformément à la réglementation.	<b>Ecart 9</b> : En l'absence de transmission de la décision instituant le 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.	<b>Prescription 9</b> : Procéder aux élections des membres du CVS, conformément aux articles D311-4 et D311-5 CASF et transmettre tout élément de mise en conformité.	4. 1 et 4.2	Présentation et PV du CVS du 22 Janvier 2025	Le compte rendu d'une réunion de janvier 2025 est remis. À sa lecture, il est observé un point <i>"élection des représentants"</i> . Il est noté que <i>"pour les représentants des résidents, le volontariat a été choisi"</i> . Idem <i>"pour les représentants des familles [...] aucune élection"</i> . Ces modes de désignation des représentants des résidents et des familles sont non-règlementaires. Les élections des représentants au CVS sont une obligation. Il est de la responsabilité de la direction d'assurer ces élections.  De plus, aucun élément concernant les élections des représentants des professionnels n'a été transmis, ce qui n'atteste pas de leur modalité d'élection.  Enfin, aucun élément concernant la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire n'a été transmis.  <b>La prescription 9 est maintenue, dans l'attente de l'organisation des élections des représentants des résidents, des familles et des professionnels ainsi que de la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire.</b>
<b>1.19</b> Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	L'établissement a remis le règlement intérieur de l'EHPAD. Le document a été approuvé en séance de CVS le 20 avril 2023, en atteste le compte rendu de séance. Le document prend bien en compte les modifications apportées par le décret du 25 avril 2022.					

1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	<p>L'établissement déclare ne pas disposer de CVS.</p> <p>Il est ajouté que, malgré cette absence, <i>"des réunions avec les résidents ont eu lieu en 2023 et 2024"</i>. Les réunions avec les résidents contribuent certainement aux relations et à la communication établissement-résidents-familles, toutefois, en n'ayant pas constitué de CVS avec des représentants élus, y compris la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire, l'EHPAD prive les résidents et leurs familles d'une instance formelle les représentant et les défendant tout au long de l'année, agissant en tant qu'interlocuteurs privilégiés et fournissant des informations et un accompagnement de proximité aux résidents et familles.</p> <p>Il est cependant repéré dans le compte rendu du 20 avril 2023 que <i>"peu de personnes souhaitent s'impliquer"</i> dans le CVS, mais que l'établissement envisage de <i>"renouveler les élections du CVS"</i>. L'établissement doit maintenir cet effort et constituer un CVS conformément à la réglementation.</p>	<p><b>Ecart 10</b> : En l'absence de la mise en place d'un CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-3 CASF.</p>	<p><b>Prescription 10</b> : Mettre en place un CVS, conformément à l'article D311-3 CASF et transmettre tout document de mise en conformité (PV d'élections, compte rendu de séance, ...).</p>	4. 1 et 4.2	Présentation et PV du CVS du 22 Janvier 2025	<p>L'établissement a organisé une réunion en janvier 2025 ouverts aux résidents et aux familles qui ne peut en aucun cas être considéré comme un CVS, la décision ayant été prise lors de cette réunion de ne pas assurer d'élections des représentants des résidents et des familles pour établir un CVS.</p> <p><b>La prescription 10 est maintenue, dans l'attente de la tenue de réunions de CVS avec des représentants élus.</b></p>
--	-----	---	--	--	-------------	--	---

2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
<b>2.1 Si hébergement temporaire</b> : préciser le taux d’occupation de l’hébergement temporaire pour l’année 2023 et le 1er semestre 2024.  <u>Si accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l’année 2023 et le 1er semestre 2024.  Joindre les justificatifs.	NON	Aucun document n'a été remis.	<b>Ecart 11</b> : En l'absence de transmission d'éléments, l'établissement n'atteste pas respecté l'arrêté d'autorisation n°2022-14-0464 délivré par l'ARS/CD.	<b>Prescription 11</b> : Transmettre tout élément attestant du taux d'occupation de l'hébergement temporaire, afin d'attester répondre à l'arrêté d'autorisation n°2022-14-0464 délivré par l'ARS/CD.			Il était attendu le taux d’occupation des places d'HT afin d’attester que ces places sont bien utilisées et à disposition des bénéficiaires. L'établissement ne justifie pas de la mise en œuvres de ces places.  <b>La prescription 11 est maintenue.</b>
<b>2.2</b> 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	Aucun document n'a été remis.	<b>Ecart 12</b> : En l'absence de transmission du projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire, l'établissement n'atteste pas répondre à l'article D312-9 du CASF.	<b>Prescription 12</b> : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		un projet spécifique doit être travaillé sur l'Hébergement temporaire: des critères d'admissions en HT jusqu'à l'organisation de la sortie ou d e l'orientation de la perosnne accueillie sur ce mode de répit.	L'établissement déclare qu'un projet spécifique "doit être travaillé sur l'hébergement temporaire". Or, aucun élément n'a été transmis. L'hébergement temporaire ne dispose donc pas de projet de service spécifique détaillant notamment son fonctionnement et ses objectifs.  <b>La prescription 12 est maintenue.</b>
<b>2.3</b> 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	Aucun document n'a été remis.	<b>Remarque 5</b> : En l'absence de réponse sur le personnel dédié à l'hébergement temporaire, l'établissement n'atteste pas que la prise en charge pour ce public est organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	<b>Recommandation 5</b> : Transmettre tout élément attestant de l'organisation et la formalisation de la prise en charge du public accueilli sur les 5 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.			Aucun élément n'a été remis. L'établissement n'atteste pas de son organisation dans la mise en œuvre des places d'hébergement temporaire. D'autant plus qu'aucun élément ne permet d'attester que les places d'hébergement sont mises en œuvre.  <b>La recommandation 5 est maintenue.</b>