

RAPPORT de CONTROLE le 19/02/2025

EHPAD COURAJOD à BLACE\_RHONE

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE COURAJOD

Nombre de places : 75 places dont 60 places HP - 10 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	L'organigramme de l'EHPAD Courajod est transmis. À la consultation du document, il est observé que l'EHPAD est rattaché au CHNO. L'EHPAD est sous la direction de la directrice déléguée, elle-même sous la direction du directeur général du CHNO. Concernant le pôle soin, l'EHPAD dispose d'une cadre de santé et d'une cadre supérieure de santé.					
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 Courajod répertorie une seule annonce indiquant un poste ASD à temps plein. Par ailleurs, il est constaté que le poste de MEDEC est vacant. Pour autant, cet élément de réponse n'a pas été apporté en réponse à cette question.					
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, des CH de Tarare-Grandris et de Trévoux. Toutefois, au regard de l'organigramme l'établissement est dirigé par une directrice déléguée, Mme ., sans qu'aucun élément la concernant n'a été transmis.	Remarque 1 : 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.	Recommandation 1 : Transmettre tout élément attestant du niveau de qualification requis pour la directrice déléguée.	1	Diplôme RNCP niveau 7 dirigeant de l'économie médico-sociale	La directrice déléguée Mme est titulaire d'une certification professionnelle de niveau 7 ( anciennement niveau I), obtenue en 2014, en atteste le la copie de diplôme transmis. <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	Aucun élément n'a été remis. 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 le planning des astreintes du deuxième semestre 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 Courajod.  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.	Remarque 2 : 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 Courajod.	Recommandation 2 : Transmettre les trois derniers comptes rendus de réunion du CODIR ou tout document attestant des prises de décisions collégiales concernant l'EHPAD Courajod.		CF; attestaion 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 Courajod, pour la période 2024-2029. Le document comporte : l'ébauche de la présentation générale de l'établissement, les valeurs portées par l'équipe, le projet d'accompagnement et enfin 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.	Remarque 3 : En l'absence de déclinaison des objectifs en action de mise en œuvre sur la période quinquennale que couvre le projet d'établissement de l'EHPAD, l'établissement se prive d'une dimension prospective.	Recommandation 3 : 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.			Aucun élément de réponse n'est apporté. L'établissement rappelle dans son courrier le principe du projet d'établissement "un document collectif qui permet la projection de l'EHPAD à 5 ans ", sans toutefois apporter des éléments confortant cette affirmation. L'établissement ne justifie donc pas avoir réalisé de projection concernant le projet d'établissement avec des objectifs déclinés en actions de mises en œuvre.  Il est rappelé que le projet d'établissement permet de définir les objectifs à atteindre à moyen terme et peut être réévalué en cours de route, mais il est nécessaire pour orienter les actions de l'établissement sur le long terme. <b>La recommandation 3 est maintenue.</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 dédiée à la lutte contre la maltraitance.  L'établissement déclare que l'EHPAD Courajod "participe et bénéficie des thématiques conduites par le GHT dont la prévention de la maltraitance". Toutefois, ces éléments doivent apparaître dans le projet d'établissement de l'EHPAD sous forme de thématique distincte afin de rendre lisible à l'ensemble des parties prenantes la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement.  Par ailleurs, l'établissement a transmis plusieurs documents relatifs aux procédures de repérage et de signalement des situations de maltraitance, datés de 2024. Bien qu'ils s'inscrivent dans la démarche de prévention, l'établissement doit formaliser cette politique au sein de son projet d'établissement, conformément à la réglementation.	Ecart 1 : 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.	Prescription 1 : Intégrer dans le projet d'établissement de l'EHPAD, la politique de lutte contre la maltraitance, conformément à l'article L311-8 du CASF.			Aucun élément de réponse n'est remis.  L'établissement ne justifie pas répondre à l'article L311-8 du CASF.  <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 Courajod. Toutefois, ce document, portant la mention "document de travail", ne peut être considéré comme 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.	Ecart 2 : En l'absence de règlement de fonctionnement valide, l'établissement contrevient à l'article R311-33 du CASF.  Ecart 3 : 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.	Prescription 2 : Finaliser la rédaction du règlement de fonctionnement conformément à l'article L311-7 du CASF et transmettre le document.  Prescription 3 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF.		Transmission du règlement intérieur tel qu'il sera présenté en CVS. Le CVS se réunie le 25 Mars. Après conceration avec le président et le vice président du CVS une consultaion aura lieu pour le règlement intérieur.	Le règlement de fonctionnement finalisé n'a pas été transmis. Il n'est donc pas possible de s'assurer que le document est valide. <b>La prescription 2 est maintenue.</b>  Il est pris bonne note de la consultation à venir du CVS sur le règlement de fonctionnement, lors de la séance du CVS du 25 mars. <b>La prescription 3 est levée.</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	L'établissement a transmis la décision de mise en stage de Mme dans le corps des cadre de santé paramédical sur un emploi à temps plein, à compter du 29/06/2024. Ce document, signé par le CHNO, ne précise toutefois pas si elle est affectée à l'EHPAD Courajod.  Par ailleurs, l'établissement a également remis une décision de changement d'affectation de Mme à compter du 01/07/2024 à l"UF 0023". Il n'est pas possible pour la mission d'identifier cette unité. Cependant, il est bien repéré le nom de la cadre de santé sur l'organigramme.					

<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'attestation de présence de Mme            à la formation de "cadre de santé cycle continu" du CHU de Saint-Etienne est transmise. La cadre de santé a suivi une formation de septembre 2023 à juin 2024. Cette attestation justifie de la formation spécifique à l'encadrement de la cadre de santé.					
<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 déclare ne pas disposer de MEDEC. L'établissement ajoute que différentes annonces d'emplois " <i>sont faites au sein des supports de recherche d'emploi</i> ".	<b>Ecart 4</b> : En l'absence de médecin coordonnateur, l'établissement contrevient à l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription 4</b> : Tout mettre en œuvre afin de doter l'établissement d'un médecin coordonnateur, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.		Plusieurs annonces ont été mises sur les sites professionnels mais il existe une réele difficulté pour embaucher un médeicn coordonateur sur le territoire.	L'établissement déclare avoir publié plusieurs annonces pour recruter un MEDEC. A ce jour, il ne dispose toujours pas de MEDEC. <b>La prescription 4 est maintenue, dans l'attente du recrutement d'un MEDEC.</b>
<b>1.13</b> Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	OUI	Cf. réponse précédente.					
<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 ne pas organiser de commission de coordination gériatrique en l'absence de MEDEC. Toutefois, aucun élément concernant les commissions des années précédentes n'est 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 dès le recrutement d'un MEDEC, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Pris note	L'établissement n'a pas transmis les comptes rendus des commissions de coordination des années précédentes. L'établissement ne justifie donc pas avoir mis en place cette commission. 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 ne pas réaliser de RAMA pour l'EHPAD Courajod, en l'absence de MEDEC. 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 dû 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 et transmettre le RAMA 2024, conformément à l'article D312-158 du CASF.		En l'absence de médeicn coordonateur, le RAMA ne peut etre fait. Dès son recrutement, un RAMA sera effectiué.	L'établissement déclare qu'en l'absence de MEDEC le RAMA ne peut être réalisé. Or, comme rappelé dans l'analyse du rapport provisoire, même s'il fait partie des missions du MEDEC, le RAMA n'est pas le rapport du médecin coordonnateur. C'est le rapport des activités médicales de l'établissement et sa rédaction est pluridisciplinaire. Il aurait donc dû être partiellement rédigé en l'absence du MEDEC, notamment par la cadre supérieure de santé. <b>La prescription 6 est maintenue, dans l'attente de la rédaction effective 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 déclare n'avoir déclaré aucun EIG en 2023 et 2024. L'absence de signalement d'EI/EIG sur deux années consécutives, dans un EHPAD d'une capacité de 75 places, n'atteste pas d'une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle.	<b>Ecart 7</b> : 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.	<b>Prescription 7</b> : 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		une vigilance sera portée aux évènements indésirables graves et à leur déclaration. Une information sera faite auprès des agents. Une information sera apportée à l'attention des représentants du perosnnels au CSE du 13 Mars 2025.	L'établissement déclare qu'une vigilance sera portée concernant la déclaration des EIG aux agents, notamment lors du CSE du 13 mars 2025. Ce point est noté à l'ordre du jour dans l'invitation à cette réunion, comme l'indique l'invitation transmise. L'établissement a donc pris en compte ce sujet et prévoit de diffuser l'information auprès des agents. <b>La prescription 7 est levée.</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 déclare ne plus être " <i>doté d'un système qualité permettant un suivi et un enregistrement des fiches évènement indésirable survenant dans l'EHPAD</i> ". Mais qu" <i>une fiche de signalement existe et est suivie conjointement entre le cadre de santé et la directrice adjointe</i> ". L'établissement n'a transmis aucun élément probant en réponse à cette question. L'établissement n'est pas en mesure de justifier disposer d'un dispositif de gestion global des EI/EIG, notamment en l'absence de transmission du tableau de bord des EI/EIG survenus en 2023 et 2024 et répertoriant tous les EI/EIG déclarés, les actions immédiates entreprises, l'analyse des causes et les éléments mis en place pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise.  L'établissement déclare également qu" <i>un processus va être élaboré dans le mois et intégrera la mise en place de CREX ou RMM</i> ". Ces réunions sont certes un soutien dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, toutefois, l'établissement doit traiter de manière systématique chaque EI/EIG.	<b>Ecart 8</b> : En l'absence de transmission de document justifiant de toutes les actions mises en place suite à la déclaration d'EI/EIG, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de recueil, d'analyse et de suivi des EI/EIG, la sécurité, la santé, ou le bien-être des personnes accueillies pourraient être menacés, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.	<b>Prescription 8</b> : Transmettre tout document recensant les EI et EIG de 2023 et 2024, identifiant les actions mises en place suite aux déclarations d'EI/EIG au sein de l'EHPAD, afin d'attester de la sécurité des résidents et de vérifier la conformité de l'établissement à l'article L311-3 du CASF.		fiches d'évènements indésirables transmises.	De nombreuses fiches de déclaration d'EI/EIG, pour des EI/EIG survenue entre 2023 et 2024 sont transmises. Ces fiches sont remplies de manière dactylographiée. Elles contiennent la description de l'EI, les mesures prises immédiatement et les actions à réaliser. Néanmoins, l'absence de gestion de ces FEI dans un cadre plus global ne permet pas à l'établissement d'avoir une vision d'ensemble des EI/EIG survenus, et d'assurer un suivi global.  L'absence de transmission du tableau de bord des EI/EIG survenus en 2023 et 2024 et répertoriant tous les EI/EIG déclarés, les actions immédiates entreprises, l'analyse des causes et les éléments mis en place pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise n'atteste pas de l'existence d'un dispositif de gestion global des EI/EIG.  <b>La prescription 8 est maintenue.</b>
<b>1.18</b> Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	Un compte rendu du CVS datant du 21 juillet 2021 est transmis. À la consultation de ce compte rendu, il est relevé que des élections ont eu lieu par la mention " <i>Mme tient à féliciter tout le monde pour les élections</i> ", sans que ce document n'apporte de précision exacte sur ces élections. Il est noté que l'élection du président et du vice-président du CVS ont lieu lors de cette séance. Toutefois, la composition du CVS indiquée dans ce compte-rendu est conforme.  Nonobstant, les élections ont eu lieu avant le 21 juillet 2021. A la réponse à ce contrôle sur pièce en octobre 2024, le mandat des représentants du CVS est expiré depuis juillet 2024 car le mandat des représentants de CVS est de trois ans conformément au règlement intérieur du CVS. Aucun élément concernant les nouvelles élections du CVS n'a été remis. De plus, aucun compte rendu de séance ne justifie de la tenue du CVS depuis cette date.	<b>Ecart 9</b> : En l'absence d'organisation d'élections suite à la fin du dernier mandat de CVS se terminant en juillet 2024, l'établissement ne dispose plus de CVS renouvelé, ce qui contrevient aux articles D311-4 et D311-5 CASF.	<b>Prescription 9</b> : Procéder aux élections des membres du CVS, conformément aux articles D311-4 et D311-5 CASF.		le prochain CVS du 22 MARS prendra le sdispositions pour organiser de nouvelles élections.	L'établissement prévoit un CVS le 22 mars, lors duquel les élections du CVS seront abordées. Aucun élément en préparation de ces élections n'est transmis, telle que la procédure relative aux élections des représentants des résidents, des familles et des professionnels, ni les informations destinées aux candidats. De plus, l'invitation au CVS du 22 mars contenant l'ordre du jour du CVS qui porte sur la validation du règlement intérieur et l'organisation de nouvelles élections n'a pas 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 membre 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 du CVS. Le document a été approuvé en CVS lors de la séance du 21/10/2021, en atteste le compte rendu de séance. Ce document est conforme et prend bien en compte les modifications apportées par le décret du 25 avril 2022. Toutefois, en l'absence de mention de la consultation par l'instance, l'établissement ne justifie pas avoir consulté le CVS suite à ces modifications.	<b>Ecart 10</b> : En l'absence de mention de la consultation du CVS sur son règlement intérieur suite aux modifications issues du décret du 25 avril 2022 intégrées dans le document, l'établissement contrevient à l'article D311-26 CASF.	<b>Prescription 10</b> : Consulter le CVS concernant toutes mises à jour du règlement intérieur, conformément à l'article D311-26 CASF.		le CVS du 22 MARS 2025 permettra de valider le règlement inérieur	L'établissement déclare que le règlement intérieur de CVS sera validé lors de la séance prévue le 22/03/2025. Dont acte. L'invitation au CVS du 22 mars aurait été la bienvenue comme élément de preuve.  <b>La prescription 10 est levée.</b>
<b>1.20</b> Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	L'établissement a remis un compte rendu de réunion, daté du 29/06/2023, ainsi que l'invitation à la réunion du CVS du 19 mars 2024. Cependant, l'absence de compte rendu de cette séance, ne justifie pas de sa tenue effective. Par conséquent, L'établissement a tenue une seule réunion de CVS (celle de 2023) en 3 ans.  En l'absence d'élément d'explication, l'établissement ne dispose plus de CVS valide depuis juillet 2024. De plus, à la lecture du compte rendu de 2023, il est observé que des membres de l'instance ont démissionné et qu'il est prévu que d'autres rejoignent l'instance. Ces changements nécessitent la tenue d'élections, mais aucun élément concernant ces élections n'a été transmis.  En l'absence de CVS, l'établissement contrevient à la réglementation et prive ainsi les résidents d'une instance de représentation et d'échange d'informations.  Enfin, à la lecture des deux seuls comptes rendus remis, celui de juillet 2021 et celui de juin 2023, il est observé que les réunions abordent des sujets variés et que les échanges sont nombreux.	<b>Ecart 11</b> : En l'absence d'organisation de 3 CVS par an, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF.	<b>Prescription 11</b> : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF.		en 2025, un premier CVS de l'année est organisé avec deux point jà l'ordre du jour : la validation du reglement nytérieur et l'organisarstion de nouvelles élections.	La réponse apportée n'apporte aucun élément sur l'obligation de la tenue de trois réunions de CVS par an.  <b>La prescription 11 est maintenue, dans l'attente de la tenue effective de trois réunions de CVS par an.</b>

2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)						
<p><b>2.1</b> Si <u>hébergement temporaire</u> : préciser le taux d’occupation de l’hébergement temporaire pour l’année 2023 et le 1er semestre 2024.</p> <p>Si <u>accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l’année 2023 et le 1er semestre 2024.</p> <p>Joindre les justificatifs.</p>	NON	Aucun document n'a été remis.	<p><b>Ecart 12</b> : En l'absence de transmission d'éléments, l'établissement n'atteste pas respecté l'arrêté d'autorisation n°2017-5643 délivré par l'ARS/CD.</p>	<p><b>Prescription 12</b> : Transmettre tout élément attestant du taux d'occupation de l'hébergement temporaire, afin d'attester répondre à l'arrêté d'autorisation n°2017-5643 délivré par l'ARS/CD.</p>	remise d'un document	<p>À nouveau, aucun élément n'a été remis. L'établissement dispose d'une autorisation de 5 places d'hébergement temporaire. Or, l'établissement n'a transmis aucun élément attestant de l'utilisation de ces places. L'établissement ne justifie pas de la mise en œuvres de ces places.</p> <p><b>La prescription 12 est maintenue.</b></p>
<p><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.</p>	NON	Aucun document n'a été remis.	<p><b>Ecart 13</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.</p>	<p><b>Prescription 13</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.</p>	le projet d'établissement est en cours de rédaction.	<p>L'établissement déclare que le projet d'établissement est en cours de rédaction. Toutefois, aucun élément concernant le projet spécifique à l'hébergement temporaire n'est transmis. Cette modalité d'accueil doit être présentée, ainsi que ses objectifs et ses modalités de fonctionnement.</p> <p><b>La prescription 13 est maintenue.</b></p>
<p><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.</p>	NON	Aucun document n'a été remis.	<p><b>Remarque 4</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.</p>	<p><b>Recommandation 4</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.</p>	transmission d'un exemple de viste de pré admission en hébergement temporaire et d'un plan d'accompagnement et de soins.	<p>Aucun élément n'a été transmis, malgré la déclaration de l'établissement. <b>En l'absence d'élément probant, la recommandation 4 est maintenue.</b></p>