

RAPPORT de CONTROLE le 19/02/2025

EHPAD LOUISE COUCHEROUX à ECULLY_69

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

Thématique: CSP 12 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS ECULLY

Nombre de places : 30 places dont 9 places HP - 9 places en UVP - 12 places en AJ

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyse	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	Il est pris bonne note de l'organigramme de l'établissement. Le document est nominatif, l'établissement veillera à le dater afin de s'assurer de sa mise à jour régulière.					
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 déclare n'avoir aucun poste vacant à la date du 1er juillet 2024.					
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	La directrice de l'EHPAD est titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions de directeurs d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), obtenu en 2019. Ce qui atteste du niveau de qualification de niveau 7 requis pour la directrice.					
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	L'établissement déclare que conseil d'administration du CCAS n'a pas "accordé de délégation de signature du directeur du Centre Louise Coucheroux". Or, la question ne porte pas sur la délégation de signature mais sur la délégation de compétence accordée aux directeurs d'établissement médico-sociaux. À ce titre, il est rappelé que la délégation de compétence du secteur communal est obligatoire au titre de l'article D312-176-5 du CASF. La délégation de compétence donne de la lisibilité dans la gestion des établissements. Elle éclaire les relations entre l'association gestionnaire (conseil d'administration) et le chargé de direction.	Ecart 1 : La directrice ne dispose pas de document unique de délégation de compétence du Conseil d'administration de l'EHPAD Louise Coucheroux et par conséquent contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.	Prescription 1 : Se mettre en conformité et élaborer le document unique de délégation de la directrice de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 du CASF.		Un document unique de délégation est en cours de réalisation par les ressources humaines de la ville d'ECULLY. Il sera voté au conseil d'administration du CCAS le 23/05/2025 au plus tard.	Il est pris bonne note que le DUD de la directrice sera établi et soumis au vote du CA en mai 2025. La prescription 1 est maintenue. Dans l'attente de la rédaction effective du DUD de la directrice.
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'en "cas d'absence" du directeur de Coucheroux, l'astreinte est assurée par le directeur du CCAS, et "hors horaires administratifs" par le cadre de l'astreinte de la ville d'Ecully. En outre, l'établissement a remis le planning d'astreinte de 2024. Il est observé qu'une astreinte des élus, ainsi que d'une astreinte de direction et du service technique sont mises en place. Des astreintes hebdomadaires sont assurées et permettent une continuité de direction. Toutefois, aucune procédure relative au dispositif d'astreinte en place, expliquant l'organisation et le fonctionnement de l'astreinte aux professionnels de l'EHPAD (notamment les situations entraînant le recours au cadre d'astreinte, les horaires de début/fin, l'organisation entre astreinte "élus" et "direction", l'identification du poste des personnes d'astreinte, etc.), n'a été transmise.	Remarque 1 : L'absence de procédure organisant le dispositif d'astreinte à destination du personnel ne permet pas au personnel de l'EHPAD d'avoir une vision claire des sollicitations à réaliser en cas de survenu d'événement grave, ce qui peut les mettre en difficulté.	Recommendation 1 : Formaliser une procédure d'astreinte à l'attention des professionnels de l'EHPAD.		La procédure n'était effectivement pas formalisée. Nous venons de réaliser la procédure à destination des professionnels de l'EHPAD et de la résidence autonomie.	La "procédure d'astreinte" a été rédigée et validée à la date du 26/02/2025. Ce document est très clair et permet de sécuriser le dispositif d'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	L'établissement a remis les procès-verbaux du conseil d'administration du CCAS d'Ecully, des séances du 29/04/2024, 06/05/2024 et du 12/09/2024. Ces réunions institutionnelles fixent les grandes orientations et les prises de décisions. De plus, l'établissement déclare que "sur le plan opérationnel", le directeur du Centre Louise Coucheroux et le directeur du CCAS se rencontrent une fois par semaine. Ces réunions permettent de suivre le pilotage stratégique de l'établissement et de prendre des décisions. Toutefois, la mise en place de réunions de CODIR de proximité, intégrant les cadres et les professionnels clés de l'EHPAD (assistante de direction, directeur adjoint, IDE, ...), favoriserait les échanges et faciliterait la gestion de proximité.	Remarque 2 : L'absence de réunions de CODIR de proximité entre la directrice et les cadres et professionnels clés de l'EHPAD limite les échanges et la gestion de proximité.	Recommendation 2 : Instaurer des réunions régulières entre la directrice et les cadres et professionnels clés de l'EHPAD afin de renforcer la communication et améliorer la coordination des actions.		Les réunions de direction sont réalisées de manière régulière mais non formalisées. Tous les lundis à minima entre la directrice et le cadre de santé/ adjoint de direction et en comité plus élargi avec le médecin coordinateur et la psychologue une fois par mois. L'établissement va mettre en place des compte-rendus afin de formaliser ces réunions de CODIR de proximité. Nous pourrons vous envoyer les CR si vous le souhaitez.	L'établissement précise que des réunions de proximité entre les cadres de l'établissement sont mises en place. Par ailleurs, le compte rendu d'une réunion entre la directrice et l'adjoint de direction datant du 03/03/2025 est transmis. Ce compte rendu est lisible et permet d'assurer la traçabilité des décisions prises ainsi que le suivi des actions entreprises, tout en constituant un élément probant dans le cadre de contrôle par les autorités. La recommandation 2 est donc levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement transmis couvre la période 2018-2022. Ce document concerne le centre Louise Coucheroux, qui comprend, une résidence autonomie, l'EHPAD et un service d'accueil du jour. Ce document est clair et complet. Toutefois, sa période de validité est dépassée. L'établissement déclare que le nouveau projet d'établissement est en cours de rédaction, sans toutefois apporter d'élément probant pour étayer cette information.	Ecart 2 : En l'absence de projet d'établissement actualisé, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Transmettre tout élément permettant d'attester de la mise en conformité de l'établissement avec l'article L311-8 du CASF.		Le projet d'établissement n'a effectivement pas été remis à jour. Nous avons déjà lancer les réunions en équipe pluridisciplinaire à un rythme d'une fois tous les 15 jours les jeudis après-midi. L'objectif étant de finaliser le nouveau projet d'établissement pour juin 2025. première date le 13/03/2025. Nous pourrons vous envoyer les comptes-rendus des réunions si vous le souhaitez au fur et à mesure.	L'établissement affirme que la finalisation du PE est prévue pour juin 2025. Par ailleurs, des réunions de travail sont déjà mises en place toutes les deux semaines. Il est dommage que les comptes rendus de réunions n'ont pas été joints en complément. La prescription 2 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 que cette thématique sera intégrée dans le prochain projet d'établissement. Toutefois, aucun élément probant se rapportant à la politique de lutte contre la maltraitance de l'établissement n'a été transmis.	Remarque 3 : En l'absence de transmission de documents se rapportant aux travaux en cours sur la prévention de la maltraitance dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, la mission n'est pas en mesure de porter une appréciation sur la politique de prévention de la maltraitance que porte l'établissement.	Recommendation 3 : Transmettre tout document attestant des travaux en cours sur la prévention de la maltraitance dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement.		Dans le cadre de la réactualisation du projet d'établissement, des groupes de travail sur la notion de bientraitance ont été réalisés dans chaque équipe- transmission des comptes rendus. Une procédure est en cours d'écriture.	L'établissement a transmis deux comptes rendus de temps d'échange sur le thème de la maltraitance , réalisés dans le cadre de l'élaboration du PE, datant de février 2023 et d'avril 2024. Il a également été transmis une procédure intitulée "la bientraitance au centre Louise Coucheroux", ainsi qu'un devis pour une formation pour deux agents, intitulée "promouvoir la bientraitance" en atteste la plaquette de formation. Ces éléments témoignent de la mise en œuvre d'une politique de bientraitance. Toutefois ces éléments sont à intégrés dans le PE conformément à la réglementation. La prescription 3 est levée.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le "règlement intérieur pour le personnel", daté de 2018, a été remis. Cependant, ce n'est pas le document attendu, à savoir le règlement de fonctionnement de l'EHPAD, qui définit les droits des personnes accueillies ainsi que les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement.	Ecart 3 : En l'absence de transmission du règlement de fonctionnement de l'établissement, l'établissement n'atteste pas être conforme aux articles L311-7 CASF et R311-33 à R311-37-1 du CASF.	Prescription 3 : Transmettre le règlement de fonctionnement de l'établissement, afin de répondre à l'article L311-7 CASF et R311-33 à R311-37-1 du CASF.	Règlement de fonctionnement de l'EHPAD	Le règlement de fonctionnement a été mis à jour récemment et a été voté au conseil d'administration du 12/12/2024 et le CVS a été consulté le 09/12/2024.	Le règlement de fonctionnement daté de décembre 2024 est complet. La prescription 3 est levée.
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 remis le contrat de travail à durée déterminée de Mr _____ à temps plein, pour la période du 29/09/2024 au 29/09/2025. Celui-ci a été recruté "dans l'attente du recrutement d'un fonctionnaire". L'établissement atteste donc disposer d'un IDEC. Il est à noter que celui-ci est recruté en qualité de "cadre de santé". Or, ce dernier ne dispose pas du diplôme de cadre de santé. Il est rappelé que la mention de cadre de santé est réservée aux titulaires du diplôme de cadre de santé. Par ailleurs, il est repéré sur l'organigramme que Mr _____ est identifié en qualité de directeur adjoint et non pas en tant que "cadre de santé" ou IDEC, fonction sur laquelle il est recruté. L'établissement déclare que " le poste recouvre une double fonction". Pour autant le contrat de travail de Mr _____ ne prévoit pas de double fonction.	Remarque 4 : En l'absence de précision dans le contrat de travail de Mr _____ sur la notion de cadre de santé, il est possible que ce poste ne possède pas le diplôme de cadre de santé mais a exercé en FFCDs et a obtenu un CAFDES en 2019. Remarque 5 : En l'absence du diplôme de cadre de santé, Mr _____ ne peut pas être identifié comme "cadre de santé".	Recommendation 4 : Clarifier le contrat de travail en faisant apparaître la double fonction de Mr _____. Recommendation 5 : Modifier la mention de cadre de santé concernant l'identification du poste de Mr _____ en cohérence avec son diplôme.		La notion de double fonction peut être précisée. En revanche, sur la notion de cadre de santé, il ne possède pas le diplôme de cadre de santé mais a exercé en FFCDs et a obtenu un CAFDES en 2019. Si le titre cadre de santé ne peut être utilisé, est-il possible d'utiliser " directeur adjoint et coordinateur des soins" ?	L'établissement confirme une double fonction pour Mr _____. Son contrat le désigne comme cadre de santé, les missions énoncées correspondent en effet à ce poste. Toutefois, suite à la remarque formulée, l'établissement propose de modifier l'intitulé en "coordinateur des soins", ce qui est cohérent compte tenu du diplôme CAFDES de M. S _____, et de l'absence de diplôme de cadre de santé. Par ailleurs, si M. _____ exerce également les fonctions de directeur adjoint, il est nécessaire d'harmoniser l'ensemble des documents. Son contrat de travail devra alors préciser l'ensemble des missions associées à cette double fonction (coordinateur des soins et directeur adjoint), et ces deux intitulés devront figurer sur l'organigramme, afin d'éviter toute confusion. Les recommandations 4 et 5 sont maintenues. Dans l'attente de l'harmonisation du contrat de travail de Mr avec sa double fonction et de la modification de l'organigramme.
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	Mr _____ dispose du diplôme du certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), ce qui atteste de sa formation spécifique à l'encadrement d'équipe.					
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 déterminée du MEDEC, pour la période du 01/09/2024 au 31/05/2025, est transmis. Celui-ci est recruté sur un temps de travail de 7,5heures hebdomadaire, soit 0,2 ETP. Or, au regard de la capacité d'accueil de l'établissement, ce temps de travail est insuffisant. Par ailleurs, le planning du MEDEC n'a pas été transmis.	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 médecins coordinateurs, à hauteur de 0,4 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.	OFFRE DE POSTE MEDEC 0,40	Le MEDEC doit partir en retraite le 31/03/2024. Il ne souhaite pas augmenter son temps de travail avant son départ. Nous avons d'ores et déjà publier une offre de poste pour un MEDEC à 0,40. L'offre de poste a été publiée en début d'année.	Dont acte. La prescription 4 est maintenue, dans l'attente du recrutement d'un médecin coordinateur à hauteur de 0,4 ETP.
1.13 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 gérontologie, obtenu en 2008. Ce qui atteste de sa qualification pour assurer ses 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 qu'aucune commission de coordination gériatrique (CCG) ne s'est tenue depuis 2021, en raison du manque de participants. Seul le compte rendu de réunion de la commission de 2021 est transmis. Il est rappelé que la CCG est une obligation légale. Elle favorise une meilleure coordination des soins entre les professionnels internes et les intervenants libéraux. Elle contribue également à une approche globale de la prise en charge des résidents.	Ecart 5 : En l'absence de commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 5 : Organiser annuellement une commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		Une commission gériatrique a été organisée en 2024 mais les professionnels libéraux intervenants à l'EHPAD ne sont pas venus. L'année 2024 a été marquée par la carence de cadre de santé. Nous organisons une commission gériatrique avant le 01/04/2025 pour validation du RAMA par la commission. Nous vous enverrons le compte-rendu de cette réunion.	L'établissement déclare avoir organisé une commission de coordination gériatrique en 2024, et qu'aucun intervenant extérieur n'est venu. Aucun élément probant (invitation, mail, note d'information, compte rendu) n'est transmis à l'appui de cette déclaration.
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 retrace globalement 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. De plus, il est repéré que des données personnelles concernant les résidents apparaissent dans le document. L'établissement veillera à anonymiser ces données. Par ailleurs, cette version du document n'est pas signée conjointement par le MEDEC et la directrice.	Ecart 6 : Le RAMA répond partiellement aux exigences prévues à l'article D312-158 du CASF. Remarque 6 : La présence d'informations personnelles des résidents dans le RAMA ne permet pas de préserver leur anonymat.	Prescription 6 : Rédiger des RAMA répondant aux dispositions prévues par l'article D312-158 du CASF, en intégrant notamment les données des années précédentes. Recommendation 6 : Anonymiser le RAMA de sorte à ne pas laisser apparaître des informations à caractère personnel des résidents de l'EHPAD.		Le RAMA présente effectivement des non-conformités. Nous avons bien pris en compte les exigences prévues à l'article D312-158 du CASF. Nous avons anonymisé les données, montrant l'évolution des pathologies et de la dépendance sur les dernières années et il sera signé conjointement par le MEDEC et la directrice de l'EHPAD.	Le RAMA 2024 est remis. Le document apparaît globalement exhaustif en terme de vision de l'évolution des données. De plus, les données sont anonymisées et le document est signé par le MEDEC et la directrice.
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 signalé un EIG, survenu en 2023, concernant la maltraitance d'une soignante à l'égard d'une résidente. Ce signalement atteste de la pratique de signalement des EIG aux autorités de contrôle.		Ecart 7 : En l'absence de signature conjointe du RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, l'EHPAD contrevent à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	Prescription 7 : Faire signer conjointement le RAMA par le MEDEC et la directrice d'établissement, conformément à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.	RAMA 2024	
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	Les tableaux de bord des EI/EIG survenus en 2023 et 2024 sont transmis. À leur consultation, il est observé que les tableaux comprennent un descriptif de l'EI, les éléments mis en place, et les réponses apportées par l'établissement suite à l'analyse des causes. Ces tableaux témoignent de la mise en place d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG. En outre, à la lecture du tableau de suivi des EI de 2024, il est observé que l'EI du 18/09/2024 concernant la tentative de suicide d'une résidente, a été déclaré mais non signalé aux autorités de contrôle alors qu'il présente les caractéristiques d'un EI conformément à l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales.	Ecart 8 : En l'absence de signalement aux autorités de contrôle de l'EI du 18/09/2024 relevant des dysfonctionnements cités dans l'arrêté du 28/12/2016 relatifs à l'obligation de signalement des structures médico-sociale, l'établissement contrevent à l-L-331-8-1 du CASF.	Prescription 8 : Assurer systématiquement le signalement immédiat des EI aux autorités de contrôle conformément à l'article L-331-8-1 du CASF.		Nous sommes vigilants à la déclaration en interne des événements indésirables comme vous avez pu le voir sur notre fichier récapitulatif. En revanche, la situation citée ne relevait pas d'un dommage lié aux soins. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas effectué ce signalement. Nous serons vigilants pour la suite, pour cette résidente, elle vient de récidiver. Nous avons effectué le signalement en ce sens. Les éléments sont joints en éléments probants.	L'établissement déclare que l'EI du 18/09/2024 ne relevait pas des soins et qu'il n'avait donc pas été déclaré. Or, il est rappelé que les motifs de signalements dans l'arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales sont plus larges, en l'occurrence ici avec l'article 1 qui correspond aux "suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge". L'établissement a cependant réalisé un signalement suite à une réitération de ce geste de la même résidente en la date du 26/02/2025. Ce qui atteste de la pratique de signalement de l'établissement. La prescription 8 est levée.
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	L'établissement a remis le procès-verbal, daté du 22 mars 2024, des élections des résidents et des familles au CVS. Aucun élément concernant les élections des professionnels n'a été remis.	Ecart 9 : En l'absence de transmission d'élément concernant les élections des représentants des professionnels, l'établissement n'atteste pas répondre à l'article D311-13 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre tout élément attestant des élections des représentants des professionnels, conformément à l'article D311-13 du CASF.		Les élections des représentants du CVS ont été organisées selon l'article D311-13 du CASF pour les représentants des résidents et des familles. Pour les professionnels, pouvons-nous réorganiser des élections pour régulariser la situation?	Il convient effectivement que l'établissement organise les élections des représentants des professionnels au CVS selon les modalités prévues par l'article D311-13 du CASF. La prescription 9 est maintenue. Dans l'attente de la tenue effective des élections des représentants des professionnels au CVS.
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 a été adopté lors de la séance du 10/06/2024, en atteste le compte rendu de séance. À la lecture du règlement intérieur, le document appelle les remarques suivantes : - A l'"Article 4", la mention "Les représentants du personnel sont désignés par les agents exerçant dans les organisations syndicales" est erronée. L'ensemble des professionnels de l'EHPAD, disposant d'une ancienneté d'au moins égale à 6 mois, peuvent se présenter aux élections. - A l'"Article 8", la mention "le président fixe l'ordre du jour [...] au moins 8 jours à l'avance" est également erronée. L'ordre du jour doit être diffusé au moins 15 jours avant la séance.	Ecart 10 : Le règlement intérieur du CVS n'est pas à jour concernant les modalités d'élections des représentants des professionnels et le délai de communication de l'ordre du jour avant la séance, ce qui contrevient aux articles D311-13 et D311-16 du CASF.	Prescription 10 : Mettre à jour le règlement intérieur du CVS concernant les modalités d'élections des représentants des professionnels et le délai de communication de l'ordre du jour avant la séance, conformément aux articles D311-13 et D311-16 du CASF.		Nous avons bien pris en compte les écarts signalés. Le règlement du CVS va être modifié en ce sens. La présidente du CVS va le mettre à l'ordre du jour du prochain CVS pour validation.	Le règlement intérieur du CVS a été modifié et prend en compte les modifications apportées par le décret du 25 avril 2022 relatif au CVS. La prescription 10 est levée.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	Les comptes rendus du CVS des 06/04/2023, 18/10/2023, 10/06/2024 et du 09/09/2024 ont été remis. Le CVS s'est tenu deux fois en 2023, alors qu'il doit se tenir au moins trois fois par an conformément à la réglementation. Concernant 2024, il est repéré sur le compte rendu de septembre 2024 que la prochaine séance est prévu pour décembre 2024, ce qui portera à trois le nombre de séances pour l'année. À la lecture des comptes rendus, il est observé que les thèmes abordés sont variés et que les échanges sont nombreux. Les comptes rendus sont bien signés par la présidente du CVS.			REGLEMENT du CVS		
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.	OUI	L'établissement a enregistré des taux d'occupation satisfaisants : de 79% en 2023 et de 89,79% au premier semestre 2024. Par ailleurs, la file active des bénéficiaires est également remise : 44 personnes ont bénéficié de l'accueil de jour en 2023 et 40 en 2024.					
Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.							
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	OUI	L'établissement rappelle que le projet d'établissement du centre Louise Couheroux concerne l'EHPAD, l'accueil de jour et la résidence autonomie. Effectivement, la partie concernant l'accueil de jour est bien développée. Toutefois, le projet d'établissement n'étant plus à jour, il convient de le réviser.					
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 quotients de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	OUI	L'organigramme de l'accueil de jour est transmis. Il est observé que notamment deux ASG, une psychologue coordinatrice et le MEDEC interviennent au sein de cette offre d'accueil. Les diplômes des ASG sont transmis, ce qui témoigne de leur formation spécifique à l'accompagnement gérontologiques.					