

RAPPORT de CONTROLE le 13/06/2025

EHPAD SAINT CHARLES à LYON 1

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : Association la Pierre Angulaire

Nombre de places : 82 lits HP et 5 lits 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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	L'organigramme remis est nominatif sur les postes de direction et il est daté du 12/06/24. La directrice Mme [redacted] est directrice sur 2 EHPAD : Saint François d'Assise (90 lits) et l'EHPAD Saint Charles (87 lits). Le contrôle porte sur l'EHPAD St Charles. Conformément à l'arrêté n°2020-10-0032, l'établissement dispose de : -82 lits en hébergement permanent, -5 lits en hébergement temporaire.					
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.).	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare avoir au 1er juillet 2024 : 3,6 ETP Infirmiers sur les 5,6 ETP totaux, 6 ETP Aides Soignants sur les 15ETP totaux, 2 ETP Agents de soin, 0,6 ETP Agents Service Hôtelier. Elle précise que l'établissement a recours aux intérim et à des CDD. De plus, il est indiqué que 2 agents de soin sont en cours de VAE. Le nombre important de postes vacants d'ASD et d'IDE peut entraîner des difficultés dans la continuité de service ne garantissant pas la sécurité de la prise en charge prévue à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Ecart 1 : Le nombre important de postes vacants soignants (ASD et IDE) peut entraîner des difficultés de continuité de service ne garantissant pas la sécurité de la prise en charge prévue à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Prescription 1 : Procéder au recrutement pérenne de soignants diplômés (AS/IDE) permettant de stabiliser les équipes et d'assurer la continuité de la prise en charge et le respect de la sécurité des résidents, conformément à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.		Un travail sur l'attractivité des métiers est réalisé au niveau du service RH du siège de Habitat Humanisme Soin. A ce jour le nombre de poste à pourvoir est de : - 3 ASD - 4,6 ETP d'IDE (CDD long qui ne souhaite pas de CDI) - 1 ETP ADS	La direction déclare qu'un travail sur l'attractivité des métiers est en cours au niveau siège. Par ailleurs, le nombre de poste à pourvoir a été actualisé par l'établissement. Il en ressort que le nombre de poste vacant d'IDE a augmenté (4,6 ETP sur 5,6ETP), ce qui fragilise davantage l'équipe d'IDE et peut entraver la sécurité dans la prise en charge des résidents. En revanche, pour les ASD, le nombre de poste vacant a diminué de moitié (3ETP sur 6ETP) mais aucun justificatif a été transmis permettant d'attester de l'embauche des 3 ASD. Au regard de l'ensemble de ces éléments, la prescription 1 est maintenue.
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).	<div><div></div><div>oui</div></div>	La directrice est titulaire d'un doctorat en pharmacie obtenu en juin 2000 et d'un master en gestion des établissements de santé obtenu en 2014. Il s'agit d'un diplôme de niveau 7, ce qui est conforme à l'article D312-176-6 du CASF.					
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 ?	<div><div></div><div>oui</div></div>	La directrice a reçu délégation de pouvoirs du Président [redacted] le 1er juin 2019. Ce DUD énonce dans un tableau très précis la nature et l'étendue de la délégation de pouvoirs.					
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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La procédure d'astreinte remise mentionne la mutualisation de l'astreinte entre les EHPAD Saint François d'Assise et l'EHPAD Saint Charles. A sa lecture, les modalités de recours à l'astreinte sont explicitées. Par ailleurs, à la lecture des plannings remis, il est relevé que 5 professionnels participent à l'astreinte sans préciser leur fonctions et établissement de rattachement. En revanche, lors du contrôle de l'EHPAD de St François d'Assise, la direction a remis ces éléments. Participent à l'astreinte, la directrice, les deux IDEC et les deux adjoints de direction.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Il a été remis 3 PV de CODIR (17/10, 07/11, 21/11/24) qui attestent d'une réunion bimensuelle. La direction précise que sont présents aux réunions de CODIR, l'adjoint de direction, le MEDEC, la psychologue et l'IDEC. A leur lecture, les sujets sont divers (TO, RH, soins, résidents, animations) et n'appellent pas de remarque particulière.					
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Le projet d'établissement remis couvre la période 2024-2029, il a été validé le 02/09/24. A sa lecture, le projet d'établissement est complet et il comporte des fiches actions relatives aux objectifs énoncés. La direction précise que le CVS a participé à son élaboration. En revanche, le document n'a pu faire l'objet d'une validation des membres du CVS dû à une carence des représentants des résidents depuis le mois de juillet 2024. Il est indiqué que le projet d'établissement fera l'objet d'une approbation par les membres du CVS lors des nouvelles élections prévue le 19 décembre 2024.	Ecart 2 : En l'absence de date de consultation du CVS sur le projet d'établissement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : Présenter le projet d'établissement au CVS afin qu'il soit consulté conformément à l'article L311-8 du CASF.	P2.1-OJ CVS JUIN 2024	La présentation du projet d'établissement actualisé sera mise à l'ordre du jour du CVS de la rentrée 2025 afin que les élus du CVS soient consultés. Une présentation avait été faite au CVS de juin 2024 en amont de la validation par le Conseil d'administration	La direction s'engage à inscrire à l'ordre du jour du prochain CVS, la consultation du projet d'établissement actualisé. Par ailleurs, elle déclare avoir réalisé une première présentation du projet d'établissement aux membres du CVS lors de sa séance du 13/06/24 ce qui a pu être vérifié à la lecture du compte-rendu. En conséquence, 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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction déclare avoir élaboré un paragraphe relatif au "déploiement d'une politique de promotion de la bientraitance" et que celui-ci sera intégré au projet d'établissement lors de sa prochaine mise à jour courant 2025. A sa lecture, les moyens de repérage des situations à risque de maltraitance, les modalités de signalement et de traitement des EI ainsi que les modalités de communication auprès des personnes accueillies ou accompagnées sont renseignés.					
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD est daté du 28/06/23. A sa lecture, il est relevé que la date de consultation des membres du CVS n'est pas renseignée, ce qui contrevient à l'article L311-7 du CASF. Concernant son contenu, le règlement de fonctionnement est incomplet conformément à l'article R311-35 du CASF. En effet, plusieurs items sont manquants : -absence des mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles, -absence des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.	Ecart 3 : En absence de date de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevient à l'article L311-7 du CASF. Ecart 4 : Le règlement de fonctionnement ne comporte pas l'ensemble des items prévu à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 3 : Consulter les membres du CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 4 : Modifier le règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles conformément à l'article R311-35 du CASF.	P3.1-OJ CVS EXTRAOR 20250619	Une consultation sur les modifications apportées au Règlement de Fonctionnement a été faite lors d'un CVS exceptionnelle le jeudi 19/06/25 La modification du règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles conformément à l'article R311-35 du CASF sera demandée au siège et donnera lieu à une consultation du CVS. Le règlement de fonctionnement est rédigé sur le périmètre siège.	La direction déclare avoir réuni le CVS lors d'une séance exceptionnelle le 19/06/25 afin de le consulter sur les mises à jour du règlement de fonctionnement. La convocation des membres du CVS en date du 12/06/25 a été transmise comme élément de preuve. La prescription 3 est levée. Concernant les items manquants au sein du règlement de fonctionnement, la direction déclare que l'ajout des modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues et les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles relève du périmètre siège de l'association et déclare leur en faire la demande. Dans l'attente de l'actualisation du règlement de fonctionnement, la prescription 4 est maintenue.
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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Mme [redacted] a été recrutée en qualité d'infirmière diplômée d'Etat Chef, à compter du 03 janvier 2006, à temps plein et en CDI.					
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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Mme [redacted] est titulaire d'une licence professionnelle en management des organisations spécialisation cadre de santé, obtenue en 2012. En l'absence du diplôme de cadre de santé, Mme [redacted] ne peut être identifiée sur l'organigramme comme "cadre de santé". Il s'agit d'une IDEC.	Remarque 1 : L'organigramme identifie Mme [redacted] sur les fonctions de cadre de santé alors qu'elle ne dispose pas du diplôme de cadre de santé.	Recommandation 1 : Modifier l'intitulé des fonctions de Mme [redacted] au sein de l'organigramme en cohérence avec son diplôme.	R1.1-2025_6 Organigramme STC -	l'intitulé de la fonction a été modifié sur l'organigramme.	Dont acte. La recommandation 1 est levée.
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).	<div><div></div><div>oui</div></div>	Dr [redacted] exerce en qualité de médecin coordonnateur à l'EHPAD St Charles, en CDI, à temps partiel soit 0,5 ETP depuis le 1er mars 2016. Au regard de la capacité de l'établissement (87 lits) et conformément à l'article D312-156 du CASF, le temps d'intervention du MEDEC est insuffisant.	Ecart 5 : Le temps d'intervention du MEDEC est insuffisant, ce qui contrevient à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : Augmenter le temps de travail du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, conformément à l'article D312-156 du CASF.	la notification de refus sera consignée dans le dossier salarié le cas échéant	La Proposition d'augmentation de temps au médecin coordonnateur à 0,6 ETP sera faite en Juillet.	La direction déclare faire une proposition d'augmentation du temps de travail au MEDEC au mois de juillet. Dans l'attente de l'augmentation du temps de travail du MEDEC à hauteur de 0,6ETP, la prescription 5 est maintenue.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	<div><div></div><div>oui</div></div>	Le MEDEC est titulaire d'une capacité en gériatologie obtenue en 1994 et d'un DIU de soins palliatifs et d'accompagnement réalisé en 2000.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	<div><div></div><div>oui</div></div>	La direction a remis la feuille d'émargement et les PV des commissions de coordination gériatrique de 2022 et 2023. A leur lecture, de nombreux professionnels y participent et les sujets abordés sont divers (admissions, épidémies, coordination, etc). Il est relevé que la commission de coordination gériatrique est commune à l'EHPAD St Charles et à l'EHPAD St François d'Assise. De plus, il a été transmis la convocation avec l'ordre du jour de la commission du 12 décembre 2024. L'EHPAD St Charles atteste réunir annuellement la commission de coordination gériatrique, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.					
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	<div><div></div><div>oui</div></div>	Il a été remis le RAMA 2023. A sa lecture, il est développé les axes d'amélioration pour 2024. De plus, un bilan de l'année écoulée est réalisé. Par ailleurs, le RAMA est signé par le MEDEC. Le RAMA 2023 est conforme à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.					

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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>Il a été remis 8 fiches d'EI ayant fait l'objet d'un signalement aux autorités de tutelle, il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none">-1EI le 20/12/22 relatif à la chute du plafond dans la chambre d'un résident, sans conséquence pour les résidents.-1EI le 15/01/22 lié à la fugue d'une résidente retrouvée en hypothermie dans l'escalier menant au jardin de l'EHPAD,-1EIG le 10/07/22 concernant la chute d'une résidente engagent son pronostic vital,-1EI le 19/09/22 relatif à l'infection de punaises de lits dans plusieurs chambres,-1EI le 27/07/22 lié à l'absence d'IDE au sein de l'EHPAD durant plusieurs jours,-1EI le 08/01/22 concernant la défenestration d'une résidente,-1EI le 03/02/23 concernant des relations conflictuelles avec une famille,-1EI le 28/04/23 relatif à l'ingestion de produits ménagers par un résident. <p>Au regard l'ensemble de ces EI, l'établissement signale.</p> <p>La majorité des EIG : chute du plafond, l'hypothermie d'une résidente, le pronostic vital engagé d'une résidente suite à une chute, la défenestration d'une résidente et l'ingestion de produits ménagers par un résident, met en avant un défaut de surveillance des résidents et une absence de garantie de leur sécurité.</p>	<p>Ecart 6 : Au regard du contenu de certains des EIG transmis (chute du plafond, hypothermie d'une résidente, pronostic vital engagé d'une résidente suite à une chute, défenestration d'une résidente et ingestion de produits ménagers par un résident), l'EHPAD n'atteste pas garantir la sécurité des résidents, ce qui contrevient à l'article L311-3 du CASF.</p>	<p>Prescription 6 : Mettre en œuvre les mesures correctives garantissant la sécurité des résidents conformément à l'article L311-3 du CASF et transmettre le plan d'action mis en place pour chacun des EIG (chute du plafond, l'hypothermie d'une résidente, le pronostic vital engagé d'une résidente suite à une chute, la défenestration d'une résidente et l'ingestion de produits ménagers par un résident).</p>	<p>P6.1-20221220 PAQ chute faux plafond P6.2-suite réunion Monsieur P6.3-20230209 CR ANALYSE DES CAUSES TS MME P6.4-SUIVI ACTIONS EIG TS MME P6.5-20230209 CR ANALYSE DES CAUSES M</p>	<p>Les mesures préconisées ont été mises en œuvre pour chaque EIG. Aujourd'hui nous bénéficions d'un logiciel de qualité qui permet d'avoir un seul support pour les actions et le suivi des actions.</p> <p>EIG : Hypothermie d'une résidente : la résidente était sortie par une porte non reliée par contacteur aux DECT. Une demande d'intervention a été faite à la société de courant faible.</p> <p>Le rattachement n'est pas possible. Une rubalise limite l'accès à cette sortie tout en préservant l'accès à l'issue de secours.</p>	<p>Il a été transmis certains éléments contribuant au traitement des EIG :</p> <ul style="list-style-type: none">-chute du plafond : un expert est venu constater les dégâts, l'établissement a fait intervenir un plombier et un huissier. Par ailleurs, une communication aux familles a été réalisée et les résidents ont été changés de chambre. Cet EIG n'est pas clôturé, les résultats de l'expert étant toujours en cours.-Hypothermie d'une résidente suite à une fugue : intervention d'une entreprise pour relier l'ouverture de porte aux DECT des soignants sans résultat concluent, il a donc été installé une rubalise. En revanche, il n'est pas indiqué la réalisation d'une évaluation pluridisciplinaire gériatrique de cette résidente et une révision de son projet d'accompagnement personnalisé ainsi que l'analyse bénéfice-risque d'une mesure visant à limiter ses déplacements.-le pronostic vital engagé d'une résidente suite à une chute : la direction n'a remis aucun document relatif à cette chute (10/07/22). L'établissement n'a pas conduit de RETEX concernant cet EIGs. Par ailleurs, il ne mentionne aucune mesures correctives prises, ce qui ne permet pas d'améliorer la prise en charge des chutes la nuit (notamment en ayant recours à l'IDE de nuit mutualisée et financée par l'ARS).-la défenestration d'une résidente : il a été remis le CR d'analyse des causes, il en ressort qu'un suivi psychologique des résidents et soignants a été mis en place au sein de l'établissement. Par ailleurs, une action de formation a été conduite sur une journée le 09/23, à l'attention des IDE, soignants (formation évaluation du potentiel suicidaire), cadre de santé et la psychologue (formation intervention de la crise suicidaire et résilience). Enfin, des échanges ont eu lieu avec la famille de la résidente et la direction.-l'ingestion de produits ménagers par un résident : un CR d'analyse des causes a été réalisé, pour autant ce dernier ne mentionne aucune analyse des causes et notamment la raison de la présence d'un produit ménager à la tisanerie, non stocké dans un local fermé et sécurisé. <p>La seule action identifiée par l'établissement est la recherche de place en UVP pour le résident.</p> <p>Compte tenu de ces éléments, il ressort que l'établissement ne répond qu'en partie à l'exigence de sécurité des résidents. La prescription 6 est donc maintenue.</p>
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'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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>Il a été remis 3 tableaux de suivi des EI/EIG :</p> <ul style="list-style-type: none">-L'un spécifique à l'année 2023 et l'autre spécifique à l'année 2024, dans lesquels il est relevé l'absence de description des EI, ce qui ne permet pas d'apprécier leur criticité, voire leur récurrence. Par ailleurs, la fonction de la personne qui déclare l'EI et les mesures correctives qui sont censées être prises à la suite de ces EI/EIG ne sont pas renseignées. Il est attendu que ces tableaux soient revus et complétés de ces éléments.-Le 3ème tableau de suivi, comprenant d'autres EI pour la période 2023-2024. A sa lecture, la description des faits, les conséquences et les mesures prises sont renseignés. Toutefois, de nombreux EI ne sont pas clôturés, or pour certains cela fait plus de 6 mois qu'ils ont été déclarés. Par conséquent, l'EHPAD n'atteste pas assurer un suivi régulier des EI/EIG. <p>De plus, s'agissant de l'analyse des causes, il a été transmis un document intitulé "compte rendu d'analyse des causes d'un EIG" relatif à l'EIG du 08/01/22. Le compte rendu est complet, il fait apparaître les mesures prises à la suite de cet EIG. Ont participé à l'analyse des causes la directrice, l'adjoint de direction, l'IDEC, la psychologue et le MEDEC. Il est à noter que sur les 8 EIG déclarés en 2022, une seule analyse des causes a été conduite, ce qui ne permet pas de confirmer une pratique régulière de l'analyse de l'EIG afin d'éviter qu'un évènement ne se reproduise.</p> <p><i>Enfin, il a été remis l'affiche des EI/EIG à déclarer à destination des salariés ainsi que le protocole de</i></p>	<p>Remarque 2 : Le délai de traitement des EI est d'en moyenne de 6 mois, ce qui est assez long et peut impacter la pratique de déclaration des EI par les professionnels.</p> <p>Remarque 3 : En l'absence d'analyse des causes systématique des EIG et de propositions de mesures correctives pour les EI, l'EHPAD n'atteste pas mettre en œuvre un dispositif complet de gestion des EI.</p>	<p>Recommandation 2 : Améliorer les délais de traitement des EI afin de faire un retour rapidement aux professionnels déclarants.</p> <p>Recommandation 3 : Veiller à réaliser une analyse des causes à la suite de chaque EIG et à mettre en œuvre des mesures correctives lors de la survenance d'EI afin d'éviter que des mêmes évènements ne se reproduisent.</p>		<p>Une vigilance va être portée sur ces points dès la rentrée 2025.</p>	<p>La direction déclare être vigilante à l'amélioration des délais de traitement ainsi que sur l'analyse des causes et la mise en œuvre des mesures correctives dès la rentrée 2025. Dans l'attente de leur mise en œuvre, les recommandations 2 et 3 sont maintenues.</p>
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>Il a été remis le résultat des élections des représentants des résidents et des familles. Or, il était attendu la transmission de la décision instituant les membres du CVS, conformément à l'article D311-4 du CASF. Par ailleurs, à la lecture du CR de CVS du 22/02/24, il est relevé l'identification d'un membre de l'organisme gestionnaire. En revanche, il n'apparaît pas le nom du professionnel élu comme représentant du personnel au titre de l'article D311-13 du CASF. Par conséquent, la composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.</p>	<p>Ecart 7 : En l'absence de transmission de la décision instituant les membres du CVS, l'EHPAD contrevient à l'article D311-4 du CASF.</p> <p>Ecart 8 : En l'absence d'élection d'un représentant du personnel, la composition du CVS n'est pas conforme à l'article D311-5 du CASF.</p>	<p>Prescription 7 : Transmettre la décision instituant l'ensemble des collèges du CVS, conformément à l'article D311-4 du CASF.</p> <p>Prescription 8 : Revoir la composition du CVS afin qu'il soit conforme à l'article D311-5 du CASF, en procédant à l'élection d'un représentant du personnel, conformément à l'article D311-13 du CASF.</p>	<p>P.7.1-Compte rendu signé CVS 2025-01-16 P.7.2-Feuille EMMARGEMENT 16 janvier 2025 P.7.3-ODJ 2025-01-06 (003) P.7.4-Scrutin Familles 20_12_2024 signé P.7.5-Scrutin Résidents 20_12_2024 signé P.7.6-Trombinoscope 16 01 2025 représentants résidents et familles P.7.7-Trombinoscope 16 01 2025 représentants salariés P.8.1-Scrutin Salariés 20_12_2024 signé</p>	<p>La constitution du CVS a été transmise suite aux élections de décembre 2024. Un représentant du personnel titulaire et un suppléant ont été élus au CVS en décembre 2024.</p>	<p>La direction a transmis le résultat des élections du 19/12/24. Toutefois, il n'a pas été remis la décision instituant l'ensemble des collèges du CVS, comme exigé à l'article D311-4 du CASF. En conséquence, la prescription 7 est maintenue.</p> <p>Concernant la composition du CVS, il a été élu les collèges des représentants des résidents, des représentants des familles ainsi que le représentant du personnel.</p> <p>De plus, à la lecture du CR de CVS du 16/01/25, un représentant de l'organisme gestionnaire a été identifié lors de cette séance et le président du CVS a été élu. La prescription 8 est levée.</p>
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>Le règlement intérieur du CVS a été approuvé par les membres du CVS lors de la séance du 22 février 2024.</p>					
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>La direction a remis 4 CR de CVS pour 2023 et 2 CR de CVS pour 2024. A la lecture des CR, de nombreux sujets sont abordés et il est constaté qu'un temps d'échanges est laissé aux familles et résidents. L'ensemble des CR est signé par la Présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.</p>					
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 <u>accueil de jour</u> : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>La direction déclare un taux d'occupation pour l'hébergement temporaire en 2023 de 22,63 % et de 22% au premier semestre 2024. Au regard du très faible taux d'occupation, il est relevé une mise en œuvre partielle de l'arrêté d'autorisation n°2020-10-0032.</p>	<p>Ecart 9 : Au regard du taux d'occupation de 22% des lits d'HT, l'EHPAD met en œuvre que partiellement son arrêté d'autorisation n°2020-10-0032.</p>	<p>Prescription 9 : Mettre en œuvre l'activité d'hébergement temporaire, conformément à l'arrêté d'autorisation n°2020-10-0032.</p>	<p>P9.1-Bulletin Adhésion Métropole Aidante année 2025 Stc P9.2-Calendrier réunions CSC 25 P9.3-Commission des parcours complexes le 12 juin</p>	<p>Actions mise en place pour mettre en œuvre l'activité HT</p> <p>Participation de la directrice Territoriale aux commission parcours complexe de l'hôpital de la Croix Rousse et de la Clinique Saint Joseph - Saint Luc depuis début 2025.</p> <p>Adhérent à la Métropole aidante et participation au salon annuel</p> <p>Déploiement d'un centre Ressource Territorial sur l'EHPAD Saint François D'Assise.</p>	<p>Il est pris note des différentes actions à l'échelle du territoire pour faire connaître l'HT de St Charles. Toutefois, l'établissement n'apporte aucun élément sur la progression de son activité par rapport aux taux d'occupation très faibles en 2023 et 2024.</p> <p>En l'absence de transmission d'élément sur l'activité de l'hébergement temporaire, la prescription 9 est maintenue.</p>
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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>La direction déclare ne pas avoir de projet de service spécifique à l'hébergement temporaire définissant les modalités d'accueil, le type de population accueilli et les objectifs de l'hébergement temporaire. Par conséquent, l'EHPAD contrevient à l'article D312-9 du CASF.</p>	<p>Ecart 10 : Il n'existe pas de projet de service spécifique à l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.</p>	<p>Prescription 10 : Rédiger un projet de service spécifique à l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le projet d'établissement conformément à l'article D312-9 du CASF.</p>	<p>A transmettre lorsque réalisé</p>	<p>Le projet de service sera écrit sur le 1T 2026</p>	<p>La direction s'engage à rédiger le projet de service spécifique à l'HT au cours du 1er trimestre 2026. Dans l'attente de son élaboration, la prescription 10 est maintenue.</p>
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.	<div><div></div><div>oui</div></div>	<p>La direction déclare ne pas disposer d'une équipe dédiée à l'hébergement temporaire, par conséquent, l'EHPAD n'identifie pas de personnel référent à l'hébergement temporaire permettant de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés à l'accueil temporaire dans de bonnes conditions.</p>	<p>Remarque 4 : L'absence de personnel dédié, pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 5 lits d'hébergement temporaire, ne permet pas de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés à l'accueil temporaire dans de bonnes conditions.</p>	<p>Recommandation 4 : Identifier un professionnel référent de l'hébergement temporaire afin de garantir la mise en œuvre des objectifs fixés à l'accueil temporaire dans de bonnes conditions.</p>	<p>A transmettre lorsque réalisé</p>	<p>Difficulté de nommer des référentes en lien avec la carence IDE en CDI</p>	<p>Face à la carence d'IDE en CDI de l'établissement, la direction déclare avoir des difficultés à nommer un professionnel référent à l'HT. Or, il est précisé qu'un autre professionnel peut être identifié comme référent afin de faciliter l'admission, l'intégration, la prise en charge et la sortie des résidents en HT. Par conséquent, la recommandation 4 est maintenue.</p>