

RAPPORT de CONTROLE le 15/02/2024

EHPAD SAINT ANTOINE à MONTMELIAN_73

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

Thématique: CSP 7 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : EHPAD DE MONTMELIAN

Nombre de places : 172 lits dont 33 lits en UVP et 3 lits d'HT en UVP + un PASA

Questions	Fichiers déposés OUI /	Analyse	Ecarts / 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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	Oui	<p>L'organigramme remis a été mis à jour en juillet 2023. Il révèle que l'établissement est multi-sites : celui de Saint-Antoine et celui de la Résidence Jacques Merlin.</p> <p>Le site de Saint-Antoine est sous la responsabilité de la cadre de santé. Il est composé de 4 unités de vie réparties sur deux niveaux, soit un total de 116 lits, dont 10 lits fléchés "unité de sortie d'hospitalisation", unité expérimentale, mais non officielle puisque aucun arrêté d'autorisation n'en fait la mention.</p> <p>Le site de la Résidence Jacques Merlin est sous la responsabilité de l'IDEC. Il est composé de 3 unités de vie protégées et une unité de vie réparties sur 3 niveaux, soit un total de 56 lits.</p> <p>L'organigramme indique la présence d'un PASA, "la maison de Léonie", mais ne précise pas son lieu d'implantation.</p> <p>L'organigramme ne présente pas de lien hiérarchie entre la cadre de santé et l'IDEC, mais un lien fonctionnel. Il indique la présence de deux médecins, l'un des médecins est en charge de la commission d'admission et quant au deuxième médecin, son rôle n'est pas précisé. Il est simplement indiqué qu'il est salarié.</p> <p>Enfin, l'organigramme ne fait pas référence à une légende concernant les liens hiérarchiques et fonctionnels ce qui rend sa lecture peu claire.</p>	<p>Ecart 1 : en l'absence d'identification du médecin coordonnateur dans l'organigramme, l'établissement ne peut garantir le temps de présence réglementaire du médecin coordonnateur tel que prévu à l'article D312-156 du CASF.</p> <p>Remarque 1 : l'absence de légende sur l'organigramme ne permet pas une compréhension des liens hiérarchiques et fonctionnels entre les personnels de l'EHPAD.</p>	<p>Prescription 1 : indiquer au sein de l'organigramme la fonction de médecin coordonnateur, afin d'identifier les 0,80 ETP de médecin coordonnateur, tel que prévu à l'article D312-156 du CASF.</p> <p>Recommandation 1 : intégrer une légende à l'organigramme afin de clarifier les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les personnels de l'EHPAD.</p>	1.1 Courrier Mme la Directrice Générale de l'ARS ARA. 1.2 Organigramme 2024 MAJ	<p>"<i>USH: unité expérimentale non officielle</i>" : elle est officielle dans la mesure où elle répond à une sollicitation de Mme la Directrice Générale de l'ARS ARA en date du 10/07/2023 à l'attention des Directeurs d'établissement désireux de s'engager dans ce projet. l'expérimentation est reconduite jusqu'au 30/04/2024.</p> <p><i>Lieu d'implantation du PASA fixe</i> : site St Antoine, niv.1, unité EDELWEISS.</p> <p>"<i>L'organigramme ne présente pas de lien hiérarchie entre la cadre et l'IDEC</i>": la Directrice est le supérieur hiérarchique de chaque membre de l'équipe d'encadrement. Chacun est un élément du tout, appelé à participer ensemble au bon fonctionnement de l'établissement.</p> <p>"<i>Rôle du médecin salarié</i> " : le médecin salarié intervient en matinée le lundi, mardi, jeudi et vendredi. Il est accompagné dans ses visites par l'IDE du secrétariat médical qui assure l'après visite: prise de RDV, appel familles, réservation transports...</p> <p>Prescription 1: le fonctionnement actuel est probant et convient à tous les professionnels. Considérant que l'établissement contrevient à l'article - du CASF, nous avons publié une offre d'emploi de médecin coordonnateur à 80%. Nous indiquerons la fonction de médecin coordonnateur à 80% sur l'organigramme lorsque celui-ci sera recruté (Si poste financé par l'ARS).</p> <p>Recommandation 1: MAJ et modification de l'organigramme.</p>	<p>S'agissant de la prescription 1, Il est attendu de préciser dans l'organigramme quel est le médecin qui assure les fonctions de médecin coordonnateur entre le DR S. et le DR O. La prescription 1 est maintenue.</p> <p>S'agissant la recommandation 1, il est pris en compte vos observations. Il n'y a pas donc de lien hiérarchie entre la cadre de santé et l'IDEC. La recommandation 1 est levée.</p>
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare ne pas avoir de postes vacants.					
1.3 Le directeur / la directrice dispose-t-il/elle du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	Oui	La Directrice de l'établissement est titulaire de la fonction publique hospitalière et est issue du corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social. L'arrêté du Centre National de Gestion du 08/03/2017 l'affectant en qualité de directrice du centre hospitalier à Montmélian a été remis.					
1.4 Dispose-t-il d'un document unique de délégation pour les établissements privés et pour les directeurs sous contrats de droit privé? Joindre le document.	Oui	L'établissement n'est pas concerné par cette question.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	<p>Le calendrier d'astreinte du premier semestre 2023 a été remis, mais pas la procédure d'astreinte.</p> <p>Le calendrier atteste que l'astreinte fonctionne la semaine et le week-end. En week-end, elle débute le vendredi à partir de 18 h et se finit le lundi suivant à 8 h, l'astreinte de semaine débute le lundi à 18 h prend fin le surlendemain à 8 h et cela pendant 5 jours.</p> <p>Il n'existe pas de procédure relative au fonctionnement de l'astreinte. Par conséquent, les principes de roulement de l'astreinte et les fonctions des participants ne sont pas définis. En effet, plusieurs noms sont mentionnés dans le calendrier d'astreinte. A la lecture de l'organigramme, certaines fonctions ont pu être retrouvées (gestion technique, accueil admission, Directrice), sauf pour Mme C. et Mme B..</p> <p>Par ailleurs, l'absence de procédure ne permet pas d'identifier les critères de déclenchement de l'astreinte, ce qui peut mettre en difficulté le personnel présent le soir et le week-end.</p>	<p>Remarque 2 : l'absence de formalisation d'une procédure relative à l'astreinte ne permet pas de poser clairement son fonctionnement et son organisation : les principes de roulement, les fonctions des participants et les critères de son déclenchement, ce qui sans consignes claires, peut mettre en difficulté le personnel.</p>	<p>Recommandation 2 : formaliser une procédure relative à l'organisation et au fonctionnement de l'astreinte administrative intégrant notamment les principes de roulement, les fonctions des participants et les critères de son déclenchement, permettant ainsi de sécuriser le personnel durant les nuits et les week-ends.</p>	Nous nous engageons à élaborer cette procédure dès septembre 2024 (Préparation coupes PATHOS/AGGIR en juin 2024)	dont acte, dans l'attente de l'élaboration de la procédure relative à l'organisation des astreintes à partir de septembre 2024, la recommandation 2 est maintenue.	
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? joindre les 3 derniers PV	Oui	<p>L'équipe de direction n'est pas définie dans l'organigramme. A la lecture des procès-verbaux des CODIR, sa composition n'est pas clairement arrêtée. Le CODIR réunit entre 3 à 7 personnes, sans aucune participation des médecins.</p> <p>Sa fréquence n'est pas fixe au regard des procès-verbaux transmis (03/10/2023, 17/10/2023, 14/12/2023, 19/12/2023, 16/02/2024). Le CODIR ne se réunit pas de manière régulière. En effet, jusqu'à 8 semaines peuvent s'écouler sans CODIR.</p> <p>S'agissant des procès-verbaux, ils sont bien formalisés et le CODIR aborde des sujets relatifs à la gestion de l'EHPAD et à son organisation.</p>	<p>Remarque 3 : l'absence de formalisation de l'équipe de direction reposant notamment sur le médecin coordonnateur, la cadre de santé, l'IDEC et la responsable RH ne facilite pas l'organisation des temps d'échanges réguliers permettant de partager les décisions prises et de consolider l'équipe en appui de la directrice.</p> <p>Remarque 4 : l'absence de CODIR sur certaines périodes ne permet pas définir une périodicité régulière.</p>	<p>Recommandation 3 : Identifier une équipe de direction solide en définissant clairement ses membres permettant de créer un collectif et de le réunir régulièrement lors des comités de direction.</p> <p>Recommandation 4 : veiller à réunir de manière régulière le CODIR afin de faciliter les échanges au sein de l'équipe de direction.</p>		<p>Recommandation 3: l'équipe comprend le responsables financier, la responsable RH, la responsable Gestion/ technique, Mme B., Mme T., Mme G., la pharmacienne, le Dr S et le Dr O.</p> <p>Cette équipe, très stable dans la durée, forme un collectif dynamique, soudé et efficace, très soutenant pour la Direction. Nous convenons d'organiser des CODIR tous les 15 jours.</p>	L'équipe de direction est constituée et la direction s'engage à organiser un CODIR toutes les 2 semaines. La recommandation 3 est levée.

1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	L'établissement déclare que "le projet d'établissement sera formalisé après validation (ou non) du projet de réhabilitation / reconstruction du site St Antoine". Pour autant, aucun projet d'établissement, même ancien, n'a été transmis. La raison invoquée ne permet pas de justifier l'absence de projet d'établissement. Le projet de réhabilitation/reconstruction n'empêche pas une actualisation du projet d'établissement.	Ecart 2 : en l'absence de transmission du projet d'établissement actualisé, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF.	Prescription 2 : actualiser le projet d'établissement, en attente du projet de réhabilitation/reconstruction, conformément à l'article L311-8 du CASF.		Prescription 2: L'établissement construira son projet d'établissement (il n'existe pas de projet d'établissement à mettre à jour) au cours du 3ème trimestre 2024.	Il est noté que l'établissement établira un prochain projet d'établissement. Dans l'attente, la prescription 2 est maintenue.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis a été mis à jour en 2023, mais ne fait pas état de sa consultation par le CVS. Enfin, il ne satisfait pas plusieurs attentes règlementaires : - il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, - il ne précise pas les mesures relatives à l'exercice de la liberté d'aller et venir des résidents : notamment pour ceux en UVP, nécessitant une évaluation pluridisciplinaire au regard de la proportionnalité de la restriction cette liberté par rapport aux risques qui leur sont encourus.	Ecart 3 : en l'absence 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 traite pas de tous les items prévus aux articles R311-35 et R311-37-1 du CASF.	Prescription 3 : consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 4 : actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant tous les éléments fixés par les articles R311-35 et R311-37-1 du CASF.		Prescription 3: Mise en œuvre après élections d'un nouveau CVS. Prescriptions 4: Mise en œuvre dès septembre 2024.	Il est noté que l'actualisation du règlement de fonctionnement interviendra en septembre 2024 et que ce dernier sera soumis à la consultation du CVS. Dans l'attente de sa consultation sur l'actualisation du règlement de fonctionnement, les prescriptions 3 et 4 sont maintenues.
1.9 L'établissement dispose-t-il d'un(e) IDEC ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	Oui	Selon l'organigramme, la coordination des soins infirmiers est partagée entre la cadre de santé et l'IDEC en fonction des deux bâtiments. S'agissant de l'IDEC, l'établissement a remis sa décision de mutation et d'affectation à l'EHPAD Saint-Antoine à compter du 01/05/2020. Mais, aucun arrêté de nomination ou tout autre document concernant la cadre de santé n'a été remis. Ainsi, l'établissement n'atteste pas de sa présence effective.	Remarque 5 : en l'absence d'arrêté de nomination ou de tout autre document concernant la cadre de santé, l'établissement ne justifie pas de sa présence au sein de l'EHPAD.	Recommandation 5 : transmettre l'arrêté de nomination ou tout autre document concernant la cadre de santé afin d'attester de sa présence au sein de l'EHPAD Saint-Antoine.	1.9 Contrat de travail de Mme B.	Recommandation 5: Transmission du contrat de travail de Mme B.	La cadre de santé est une contractuelle. Elle a signé son CDI le 20 septembre 2019. La recommandation 5 est levée.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encadrement ? Joindre le justificatif	Oui	Pour rappel, deux professionnels de santé sont responsables de la coordination des soins infirmiers en fonction des différents bâtiments : Mme B, cadre de santé et Mme T, IDEC. Concernant l'IDEC, elle a bénéficié de plusieurs formations spécifiques à l'encadrement, dont une de 91 heures intitulée "IDEC référente en EHPAD". Son diplôme d'IDE, son attestation de fin de formation et son historique de formation ont été remis. S'agissant de la cadre de santé, aucun diplôme ou attestation de formation du parcours de coordinatrice en EHPAD n'a été remis(e).	Remarque 6 : en l'absence de remise du diplôme de cadre de santé de Mme B , et de l'attestation de formation de l'IDEC, Mme T, l'établissement n'atteste pas de leurs compétences en matière de coordination des soins en EHPAD et de management.	Recommandation 6 : transmettre le diplôme de cadre de santé de Mme B. ainsi que toute formation de l'IDEC Mme T justifiant de leurs compétences.	1.10 Diplômes Mme B. 1.10 Formations Mme B. 1.10 CV Mme B.	Recommandation 6: Transmission des documents demandés	La cadre de santé ne justifie pas d'un diplôme de cadre des santés. Elle est ergothérapeute et a suivi de nombreuses formations concernant le soin ainsi que l'encadrement d'équipe. Par ailleurs, elle est titulaire du "diplôme de formation continue de management des institutions de santé 2008-2009" délivré à Genève en Suisse. Compte tenu de ces éléments, le terme de cadre de santé est abusif. Il est donc demandé de procéder à un changement immédiat dans l'organigramme en indiquant une fonction en cohérence aux diplômes de Mme B La recommandation 6 est maintenue.
1.11 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).	Oui	Il a été remis une convention annuelle renouvelée en 2024 qui porte sur les conditions d'intervention du docteur S. au titre de sa participation à la commission d'admission organisée au sein de l'EHPAD. Elle prévoit exclusivement une vacatation du DrS chaque lundi après-midi. Mais, cette convention ne prévoit pas qu'il exerce les missions de médecin coordonnateur comme définies à l'article D312-158 du CASF. Son rôle se limite à participer à cette commission en donnant un avis médical lors des admissions. Par conséquent, l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur en capacité d'exercer l'ensemble des missions telles que définies à l'article D312-158 CASF et à hauteur de 0,8 ETP compte tenu de la capacité de l'établissement et conformément à l'article D312-156 CASF.	Ecart 5 : en limitant la fonction de médecin coordonnateur à des avis médicaux et à hauteur de 0,1 ETP, l'établissement contrevient à l'article D312-158 et D312-156 du CASF. Rappel de l'écart 1 en l'absence d'identification du médecin coordonnateur dans l'organigramme, l'établissement ne peut garantir le temps de présence réglementaire du médecin coordonnateur tel que prévu à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 5 : doter l'établissement d'un temps de médecin coordonnateur qui exerce pleinement ses missions, tel que prévu à l'article D312-158 du CASF. Rappel de la prescription 1 indiquer au sein de l'organigramme la fonction de médecin coordonnateur, afin d'identifier les 0,80 ETP de médecin coordonnateur, tel que prévu à l'article D312-156 du CASF.		Prescription 5: Cf 1.1	En l'absence de réponse de l'établissement, il est donc retenu que l'EHPAD ne dispose que de 0,1 ETP de médecin coordonnateur ce qui est cohérent avec l'absence de réalisation des missions principales du medco (RAMA, commission de coordination gériatrique). Les prescriptions 1 et 5 sont maintenues.
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Aucun document n'a été remis. L'établissement déclare que le docteur S., vacataire intervenant à la commission d'admission, dispose des qualifications nécessaires. Or, il est rappelé que l'établissement ne dispose pas de MEDEC.					
1.13 La commission gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	Deux supports de présentation PowerPoint de la commission de coordination gériatrique ont été remis (18/01/2023 et 11/01/2024), mais aucun procès-verbal. A la lecture de ces documents, il est relevé que les personnes qui assistent aux dites commissions sont toutes salariées de l'établissement. Aucun professionnel de santé extérieur à l'EHPAD (tel que les orthophonistes, kinésithérapeutes, médecins généralistes et autres) n'est présent ou invité à ces réunions. Il est rappelé que les commissions de coordination gériatrique ont vocation à coordonner l'ensemble des professionnels qui interviennent à la prise en charge de la personne âgée.	Ecart 6 : en l'absence de professionnels de santé extérieur à l'établissement, les commissions de coordination gériatrique ne permettent pas d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels de santé au sein de l'EHPAD, l'établissement contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. Remarque 7 : l'absence de rédaction de procès-verbal de la commission de coordination gériatrique ne permet pas la retranscription des échanges et des axes de travail retenus.	Prescription 6 : organiser les commissions de coordination gériatrique en y intégrant les professionnels de santé extérieur à l'EHPAD, afin d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement tel que prévu à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF. Recommandation 7 : rédiger un procès-verbal après chaque commission de coordination gériatrique permettant une retranscription des échanges et des axes de travail retenus.		Prescription 6/ Recommandation 7: Mise en œuvre févrie 2025 (Disposer des données 2024 complètes)	Il est pris en compte l'engagement de l'établissement de mettre en œuvre les commissions de coordination gériatrique annuellement et dn rédiger leurs PV en 2025. Dans l'attente, la prescription 6 et la recommandation 7 sont maintenues.
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	L'établissement déclare : "absence de RAMA, faute de temps". En l'absence de RAMA, l'établissement se prive d'un outil d'analyse et d'amélioration de la santé des résidents. Pour rappel, en l'absence de MEDEC, la rédaction d'un RAMA peut très bien être effectuée par la direction avec le concours des médecins et des cadres du soins.	Ecart 7 : en l'absence de rédaction du RAMA, l'établissement contrevient à l'article D312-158 du CASF.	Prescription 7 : rédiger chaque année le RAMA conformément à l'article D312-158 du CASF, permettant notamment d'analyser et d'améliorer la santé des résidents.		Prescription 7: Mise en œuvre févrie 2025 (Disposer des données 2024 complètes)	Le RAMA 2022,2023 n'ont pas été rédigés. L'engagement est pris pour 2025. Dans l'attente, la prescription 7 est maintenue.
1.15 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables (EI) et ou événements indésirables graves (EIG)? Joindre les signalements des EI/EIG réalisés depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	Oui	Une procédure sur les modalités de rédaction des notes d'incidents a été remise. L'EHPAD déclare que chaque EIG est signalé aux autorités de tutelle. A ce titre, il a transmis trois enquêtes donnant lieu à deux signalements. Ces enquêtes concernent un fait de harcèlement sexuel entre membres du personnel (enquête de 09/2022 à 10/2022) et deux faits de maltraitances envers des résidents (enquête du 06/09/2022 et celle de 01/2023). Les enquêtes de 09/2022-10/2022 et de 01/2023 mentionnent que les événements ont été signalés à l'ARS, mais pas celle du 06/09/2023. Par ailleurs, l'établissement n'a transmis aucun de ces signalements. Les mesures correctives concernant ces trois EIG ne sont pas connues.	Ecart 8 : en l'absence de transmission de toutes les fiches de signalement d'EIG remises aux autorités de tutelle en 2022 et 2023, l'établissement n'atteste pas du respect de l'article L331-8-1 du CASF.	Prescription 8 : transmettre toutes les fiches de signalement d'EIG du 01/01/2022 au 31/12/2023 remises aux autorités de tutelle attestant du respect de l'article L331-8-1 du CASF.	1.15 Signalements EIG à l'ARS 1.15 Signalement PR (Affaire B.)	Prescription 8: Transmission des signalement EIG à l'ARS. "Les mesures correctives concernant ces trois EIG ne sont pas connues": Mr B.: démission le 20/09/2021 (Poursuites encores en cours) MR D.: Formation disciplinaire CCP en fate du 13/12/2022: licenciement sans préavis ni indemnité Mme N.: démission le 17/02/2023	Il est noté que les suites données aux EIG ont donné lieu à des sanctions disciplinaires et à une démission. L'établissement a également transmis les signalements qui avaient été faits à l'époque. La prescription 8 est levée.

1.16 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG : de la déclaration en interne, traitement de l'évènement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions, depuis le 1er janvier 2022 et 2023.	Oui	L'établissement déclare mettre en place le logiciel XXX en janvier 2024. Plusieurs documents ont été remis, dont deux procédures (EI médicamenteux, rédaction note d'incident), deux trames vierges de fiches de déclaration interne (modèle FEI médicamenteux et modèle FEI ordinaire) ainsi que le bilan des EI 2022 et le tableau des EI du 08/02/2023 au 28/06/2023. Or, la période transmise est restrictive, il était demandé la transmission du tableau de bord du 01/01/2022 au 31/12/2023 des événements indésirables.	Remarque 8 : en l'absence de transmission des tableaux de bord des EI/EIG de 2022 et de 2023, l'établissement n'atteste pas de la mise en place d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG et du suivi des réponses qui leur sont apportées.	Recommandation 8 : transmettre le tableau de bord des EI/EIG pour la période du 01/01/2022 et du 31/12/2023 permettant d'attester du suivi des EI/EIG et des réponses qui leur sont apportées.		Recommandation 8 : Nous avons transmis les documents en notre possession. Suivi E non formalisé (arrêt qualitiicienne en 2022) Suivi EIG: Cf item 1.15	L'établissement déclare que suite à l'absence de la qualitiicienne en 2022, il n'y a pas eu de déclaration des EI durant l'année 2022. Seul le tableau de bord des EI sur la période des 6 premiers mois de 2023 a été transmis. La recommandation 8 est levée.
1.17 Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de la Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres.	Oui	Pour toute réponse, l'établissement déclare "non". Il s'avère que l'établissement n'a pas mis en place de CVS, mais une autre forme de participation : une "réunion d'échange équipes - familles" annuelle sur les 6 unités de vie composant l'EHPAD. L'établissement justifie ce choix du fait que les familles sont peu investies dans la vie de l'établissement (2 bâtiments et 172 résidents), mais très actives au sein des unités de vie et refusent d'être représentées par un tiers (cf. compte rendu de réunion de juillet 2023 : "Seule la Présidente assistait aux [CVS], les Résidents n'étaient plus en mesure d'y participer"). La mise en place d'une autre forme de participation est une initiative intéressante qui d'ailleurs peut très valablement compléter les actions et missions du CVS. Néanmoins, la mise en place du CVS au sein de l'EHPAD reste obligatoire comme le stipule l'article D311-3 du CASF, d'autant plus que les résidents ne sont pas présents dans cette autre forme de participation. Leur expression n'est donc pas assurée.	Écart 9 : en l'absence de mise en place d'un CVS, l'établissement contrevient aux articles D311-3 à D311-20 du CASF.	Prescription 9 : constituer un CVS, conformément aux articles D311-3 à D311-20 du CASF.	1.17 CR Echanges Equipes / Famille décembre 2023 1.17 CR Commission des menus	Prescription 9 : Les réunions "Equipes/ familles" sont organisées 2 fois par an (CR réunion de décembre et CR commission des menus joints) et débouchent sur la mise en place d'actions très concrètes. Ces réunions représentent un investissement bien plus important que les CVS pour la Directrice, le cadre, le psychologue: 24H de réunion sur l'année, sans compter le temps de rédaction des CR. Ces temps ne pourront s'additionner aux réunions CVS. Nous devons préalablement informer les familles de la suppression de nos rencontres lors de la réunion de juin 2024 puis organiser les élections; nous devons également informer le CA. Les membres du Conseil d'Administration, destinataires des CR disposaient d'un supplément d'information apprécié sur laqualité de l'accompagnement et la satisfaction des familles. "Les Résidents ne sont pas présents dans cette autre forme de participation. Leur expression n'est donc pas assurée": nos Résidents sont bien présents lors de ces échanges: familles très présentes au quotidien sur les unités de vie / Transmissions de toutes informations utiles par chaque équipe avant les rencontres. Précision: la RJM accueille 33 Résidents atteints de démences sévère, 23 Résidents post UVP devenus physiquement dépendants/ DMS au sein de l'EHPAD: 2,5 ans. Consternation.	L'ensemble de vos observations est pris en compte. Dans la mesure où ces réunions familles s'apparentent à un CVS. Il est attendu de la régulariser en procédant à l'élection de l'ensemble des membres du CVS comme le prévoit l'article D311-5 CASF. La prescription 9 est maintenue.
1.18 Suite à la nouvelle élection du CVS, avez-vous procédé à l'approbation du nouveau règlement intérieur du CVS ? Joindre le PV du CVS se prononçant sur le règlement intérieur.	Oui	Pour toute réponse, l'établissement déclare "sans objet". En l'absence de CVS constitué, il n'existe pas de règlement intérieur de CVS.	Cf. écart 9.	Cf. prescription 9.			
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	Deux comptes rendus de "réunions d'échanges équipes-familles" ont été remis : juillet 2022 et juillet 2023. Un compte rendu est en cours d'élaboration depuis décembre 2023, car en attente d'éléments (arrivant en février) pour le finaliser. En l'absence de CVS depuis 2022, aucun compte rendu de CVS n'a été remis.	Cf. écart 9.	Cf. prescription 9.			
2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)							
2.1 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont autorisés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	Oui	L'arrêté n°2023-14-0222 remis atteste que l'établissement est autorisé pour 3 lits d'hébergement temporaire (HT) pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies apparentées.					
2.2 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Si accueil de jour : transmettre la file active pour 2022 et pour les 6 premiers mois de 2023. Joindre le justificatif.	Oui	L'établissement a connu une hausse de sa capacité autorisée en HT. Elle est passée de deux lits en 2022 à trois lits en 2023. La planification des chambres en HT de 2022 et de 2023 a été remise : - en 2022, le taux d'occupation était de 67,04 % (496 jours / 730 jours), - en 2023, le taux d'occupation était de 45,25 % (495 jours / 1095 jours). Ce taux d'occupation paraît faible, mais il s'agit d'un début de mise en œuvre de l'activité. En effet, le troisième lit d'hébergement temporaire a été autorisé au cours de l'année 2023. L'établissement a également transmis le taux d'occupation des 10 lits de l'unité de sortie d'hospitalisation. Aucun arrêté d'autorisation ni extrait du CPOM autorisant cette nouvelle activité n'a été remis. Pour rappel, selon l'arrêté n°2023-14-0222, l'établissement n'est autorisé que pour trois places d'hébergement temporaire et non 13.					
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	Oui	L'établissement a remis le projet de l'hébergement temporaire pour le retour d'hospitalisation, mais pas celui de l'hébergement temporaire "ordinaire".	Écart 10 : en l'absence de remise du projet spécifique à l'accueil des personnes en hébergement temporaire "ordinaire", l'établissement n'atteste pas être en conformité avec l'article D312-9 du CASF.	Prescription 10 : transmettre le projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire ordinaire qui s'intègre au projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.	2.3 DIPC	Prescription 10 : Nous n'avons pas de projet spécifique pour l'HT classique. DIPC joint.	En l'absence de projet spécifique pour l'HT, la prescription 10 est maintenue.
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-t-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.	Oui	Il n'y a pas d'équipe dédiée à l'hébergement temporaire.					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	Oui	Au vu de la réponse à la question 2.4, l'établissement n'est pas concerné par la question 2.5.					

2.6 Le règlement de fonctionnement prévoit-il les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement remis à la question 1.8 ne prévoit pas l'organisation et le fonctionnement de l'accueil temporaire.	Ecart 11 : en l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux articles L311-7 et D312-9-III du CASF.	Prescription 11 : définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9-III du CASF.		Prescription 11: Les modalités d'organisation de l'HT ne diffèrent pas de celles de l'HP.	L'établissement déclare que "les modalités d'organisation de l'HT ne diffèrent pas de celles de l'HP" ce qui interroge fortement sur la mise en œuvre de la finalité de l'hébergement temporaire, d'autant plus lorsque l'établissement n'a pas rédigé de projet spécifique. Il est rappelé que les objectifs poursuivis dans l'accompagnement de la personne âgée en HT sont particuliers et différents de l'hébergement permanent. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la prescription 11 est maintenue.
---	-----	--	--	---	--	--	--