

RAPPORT de CONTROLE le 11/12/2023

EHPAD LES GENTIANES à VETRAZ MONTHOUX_74

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

Thématique: CSP 4 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CIAS AGGLOMERATION ANNEMASSIENNE

Nombre de places : 80 places HP dont 15 en UVp

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analysé	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 L'établissement dispose-t-il d'un organigramme nominatif détaillant les liens hiérarchiques et fonctionnels ? Joindre le document.	Oui	L'EHPAD est sous direction commune avec l'EHPAD La Kamouraska. L'organigramme remis, mis à jour le 03/02/2023, présente les services du CIAS Aggloeration Annemassienne (RH, logistique/finance) et les professionnels et métiers des 2 EHPAD. Il est nominatif pour le directeur du CIAS et les cadres et responsables de service et la "responsable de l'accompagnement des résidents", en responsabilité hiérarchique des services soins des 2 EHPAD. Les fonctions de MEDEC (2 médecins nommés) et le psychologue sont des fonctions mutualisées. Les différentes catégories du service de soins de l'EHPAD sont indiquées : l'IDEC, les IDE et les ASD/AS. Les ASH et l'animatrice de l'EHPAD n'apparaissent pas sur l'organigramme. L'organigramme ne permet pas de rendre compte de l'organisation complète de l'EHPAD et de l'ensemble des professionnels qui y sont affectés.	Remarque 1 : l'organigramme remis ne reflète pas la réalité de l'organisation de l'EHPAD et de l'ensemble des professionnels qui y travaillent.	Recommendation 1 : compléter l'organigramme pour rendre compte de la réalité de l'organisation complète de l'EHPAD et l'ensemble des professionnels qui y travaillent.	1.1 Organigramme 02 11 2023	Au niveau psychologue, l'organigramme mentionne "Psychologues" car il y a une psychologue par établissement. L'animatrice apparaît bien sur l'organigramme mais pour être conforme au projet d'établissement et la vision du poste nous parlons de Vie sociale (poste de coordonnatrice de vie sociale moins réducteur qu'animatrice). Toutefois, nous les avons renommées sur l'organigramme pour parler en poste et non en service. Nous n'avons pas d'ASH, l'entretien des locaux tout comme la restauration sont des prestations externalisées.	Les précisions apportées et l'organigramme modifié remis permettent de lever la recommandation 1.
1.2 Quels sont les postes vacants : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?	Oui	L'établissement déclare un nombre élevé de postes vacants sur le soin au 23/06/2023 : 6,67 ETP, qui se déclinent en : - 0,27 ETP de MEDEC, - 3,4 ETP d'ASD, - et 3 ETP de faisant fonctions AS. Cette situation représente un facteur de risque de fragilisation de la prise en charge en soins des résidents.	Ecarts 1 : Le nombre important de postes vacants sur le soin peut fragiliser la continuité de service et ne pas garantir le respect de la sécurité de la prise en charge des résidents prévue à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	Prescription 1 : Procéder au recrutement de soignants diplômés (AS/AMP/AES) pour stabiliser les équipes et assurer la continuité de la prise en charge ainsi que le respect de la sécurité des résidents tel que prévu à l'article L311-3 alinéa 1 du CASF.	1.2 Bilan de la période juin	Je précise que la notion de postes vacants ne veut pas dire qu'il n'y a pas de personnels qui assure le poste (hormis les 0,27 MEDEC) mais bien que nous n'avons pas d'agents avec un contrat fixe. Nous avons pour les 3,4 ASD et 3 AS eu recours à de l'intérim. Notamment grâce au déploiement de l'outil. Nous sommes dans une démarche constante de recrutement eu égard à la réalité de notre territoire limitrophe avec la Suisse (voir fichier en éléments probants). Malgré ces démarches il est difficile de recruter, comme pour tous les établissements du secteur qui pour certains ont gelé des lits depuis plus d'un an.	Il est bien pris en compte que l'établissement met en place des actions de recrutement actives pour pourvoir les postes vacants afin de sécuriser la prise en charge des résidents. La recommandation 2 est levée.
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 PPH).	Oui	L'établissement a transmis le diplôme du Directeur du CIAS, il est titulaire d'un Master Sciences et Technologie mention Action Gérontologique et Ingénierie Sociale (niveau 7).					
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 a transmis un arrêté de délégation d'une partie des fonctions du Président et du Vice-Président du CIAS sur les compétences suivantes : - convocation du CA, - préparation et exécution des délibérations du CA, - nomination des agents du CIAS, - ordonnancement des dépenses et recettes du CIAS et de ses établissements, - et acceptation à titre conservatoire des dons et legs qui sont fait au CIAS.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le calendrier du 1er semestre 2023.	Oui	La procédure d'astreinte et le planning 2023 des personnels effectuant l'astreinte ont été remis. La procédure est complète et précise les situations pour lesquelles le recours à l'astreinte est nécessaire. Elle repose sur 6 professionnels du CIAS.					
1.6 Un CODIR régulier concernant l'EHPAD contrôlé est-il mis en place ? Joindre les 3 derniers PV	Oui	Le CODIR est commun aux deux EHPAD sous direction commune. Trois comptes rendus sont transmis (27/02/2023, 03/04/2023, 09/05/2023). Les sujets abordés en réunion concernent globalement la gestion et l'organisation de l'EHPAD. Les réunions ne sont pas régulières, ni rapprochées dans le temps, ce qui ne permet pas d'assurer une bonne continuité d'organisation de l'EHPAD et nuit au partage d'informations en transversalité entre la direction et les cadres/responsables clé de l'établissement.	Remarque 2 : Les CODIR ne sont pas régulièrement mis en place ce qui ne favorise pas la continuité de l'organisation de l'établissement et le partage d'informations en transversalité entre la direction et les cadres/responsables clé de l'établissement.	Recommendation 2 : Réunir le CODIR de manière plus régulière et rapprochée afin de contribuer à une meilleure continuité de l'organisation de l'établissement.	1.6 Frise des réunions d'organisation	Pour information, nous n'avions plus d'encadrement sur les 2 EHPAD depuis janvier 2022. En tant que Directeur (et ancien cadre de santé) j'assurais une liaison équipes soins / médecin en plus des missions de direction. Nous avions, bien sûr publié les postes pour recruter. Nous avons recruté : une IDEC au Gentiane qui a pris ses fonctions le 6/02/23, une responsable accompagnement des résidents (cadre de santé pour les 2 EHPAD) qui a pris ses fonctions le 20/02/23 et un IDEC à La Kamouraska qui a pris ses fonctions le 4/09/23 (promotion interne). Le CODIR ont donc été espacés pour permettre de prendre du temps pour accompagner les personnes dans leur prise de poste. Nous sommes une petite équipe et nous échangeons quotidiennement sans pour autant être en réunion. Au 31/10 nous avons organisé 6 CODIR. Il y en a un de planifier le 7/11 et un mi décembre. Nous avons donc réalisé 8 CODIR sur l'année soit en moyenne tous les 1mois/12. Je précise qu'à cela s'ajoute 8 conseils d'administration, 5 CST et 4 CVS qui sont des instances de la gouvernance permettant d'assurer la continuité de l'organisation de l'établissement et les partages d'informations.	La frise des réunions transmise confirme la régularité des réunions institutionnelles au sein de l'EHPAD. Concernant les CODIR, il est bien noté que les réunions ont été volontairement espacées en 2023 afin de se consacrer dans le même temps à l'accompagnement des nouveaux professionnels : IDEC et cadre de santé. Le rythme des CODIR pourra donc évoluer et être plus régulier à partir de l'année prochaine. La recommandation 2 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement remis est commun aux deux EHPAD sous direction commune. Il couvre la période 2021-2026. Il est relevé que le projet d'établissement présente bien des objectifs d'amélioration à 5 ans, mais ceux-ci ne sont pas déclinés dans les fiches actions qui permettent à l'établissement de mettre en œuvre et suivre les objectifs fixés. Le document ne comporte pas de projet spécifique relatif à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, ce qui peut être préjudiciable à la réponse apportée aux besoins spécifiques de ce public.	Remarque 3 : Le projet d'établissement ne comporte pas de fiches actions déclinant les objectifs définis à 5 ans, ce qui ne permet pas le suivi des objectifs d'évolution fixés. Remarque 4 : Le projet d'établissement ne comporte pas de projet spécifique relatif à l'unité Alzheimer, ce qui peut être préjudiciable à la réponse apportée aux besoins des résidents accompagnés dans cette unité.	Recommendation 3 : Compléter le projet d'établissement des fiches actions déclinant les objectifs d'évolution à 5 ans. Recommendation 4 : Elaborer un projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer et l'intégrer dans le projet d'établissement.	1.7 Projets amélioration - fiche action	Le projet d'établissement comporte des fiches actions qui sont en effet rédigées avec d'autres termes. Elles s'appellent "Projets d'amélioration", décliner en objectifs et sous objectifs si besoin. Ensuite des actions ou interventions concrètes. Le projet d'établissement comprend donc 7 fiches projets d'améliorations et 29 objectifs. En page 45, nous avons un objectif spécifique sur l'accompagnement des résidents avec des troubles psychiques. Dans la révision du projet d'établissement nous accentuerons la réflexion qui est en cours sur les unités de vie protégée.	Il a bien été repéré que le projet d'établissement comprend des objectifs identifiés (les projets d'amélioration) et actions de mise en œuvre, présentés dans les différentes parties du document auxquelles ils se rattachent. Toutefois, le document ne présente pas la manière dont les actions vont être concrètement mises en place (calendrier, pilote de l'action, indicateurs,...). Ces informations qui permettent de décliner de manière concrète les objectifs/actions du projet d'établissement doivent nécessairement exister par ailleurs, afin de permettre leur suivi pour la période qui couvre le projet d'établissement. Concernant la 2ème recommandation, l'établissement précise qu'il inclura dans le prochain projet d'établissement le projet spécifique pour l'accompagnement des résidents en unité Alzheimer. Des éléments sont effectivement déjà intégrés dans le projet d'établissement sur cette thématique. Les recommandations 3 et 4 sont levées.
1.8 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? Joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement est commun aux deux EHPAD sous direction commune. Il est daté de décembre 2022. Le document est complet. Toutefois, il ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues.	Ecarts 2 : Le règlement de fonctionnement, en n'intégrant pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues contrevent à l'article R311-35 du CASF.	Prescription 2 : Actualiser le règlement de fonctionnement en y intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, conformément à l'article R311-35 du CASF.			En l'absence de réponse, la prescription 2 est maintenue. Le document complété est attendu.
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	Le CIAS dispose d'une "responsable de l'accompagnement des résidents" qui encadre les services de soins des deux établissements. Elle est cadre territorial de santé. L'établissement a transmis son arrêté de mutation au grade de cadre de santé à temps complet, à compter du 20/03/2023. Il n'est pas précisé son lieu d'affectation. L'arrêté de nomination ou le contrat de travail de l'IDEC présent au sein de l'EHPAD n'a pas été transmis. Dans le cadre où l'IDEC coordonne le management de proximité de l'EHPAD, la mission attend également son contrat de travail ou arrêté de nomination.	Remarque 5 : en l'absence des arrêtés de nomination/d'affectation de la cadre de santé et de l'IDEC sur leur poste au sein de l'EHPAD "Les Gentianes", l'établissement n'atteste pas de leur affectation sur leurs fonctions respectives.	Recommendation 5 : Transmettre les arrêtés de nomination/d'affectation de la cadre de santé et de l'IDEC de l'EHPAD les affectant sur leurs fonctions respectives.	1.9 Contrat IDEC 1.9 Fiche poste RAR	La responsable de l'accompagnement des résidents a un poste qui est mutualisé pour les 2 établissements. Elle assure l'harmonisation des pratiques au sein du CIAS. En ce sens, l'arrêté ne précise pas d'établissement mais une affectation au CIAS. La fiche de poste jointe mentionne bien les 2 structures. Concernant l'IDEC, son contrat joint indique le lieu d'affectation.	Les explications données sont satisfaisantes. La recommandation 5 est levée.
1.10 L'IDEC dispose-t-il/elle d'une formation spécifique à l'encaissement ? Joindre le justificatif.	Oui	L'établissement n'a pas transmis le diplôme de la responsable de l'accompagnement des résidents. Enfin, il est déclaré que l'IDEC, nouvellement en poste depuis février 2023, ne dispose pas de formation spécifique à l'encaissement.	Remarque 6 : Aucun justificatif de formation n'a été transmis à la mission, ne permettant pas d'attester du niveau de qualification de la cadre de santé. Remarque 7 : L'IDEC en poste ne dispose pas de formation lui permettant d'assurer ses missions d'encaissement , ce qui peut la mettre en difficulté pour manager l'équipe soignante.	Recommendation 6 : Transmettre l'attestation de formation de la cadre de santé. Recommendation 7 : Accompagner l'IDEC dans un processus de formation pour acquérir des compétences managériales.	1.10 Nomination Cadre de santé FPT 1.10 CV RAR	La responsable de l'accompagnement des résidents est diplômée IDEC depuis 30 ans. Par ailleurs, elle a exercé les fonctions de directrice de structure d'accueil durant 23 ans. Elle est lauréate du concours interne de Cadre de Santé fonction publique territoriale en 2020. En ce qui concerne l'IDEC, elle est accompagnée par l'équipe de direction et elle est inscrite à différentes formations pour développer ses compétences.	La cadre de santé bénéficie bien de la qualification de cadre de santé FPT. Les documents produits l'attestent. Concernant l'IDEC, il est déclaré qu'elle est présente depuis février 2023 et qu'elle est inscrite à différentes formations, sans préciser lesquelles. La recommandation 6 est levée. La recommandation 7 est maintenue. transmettre tout document attestant l'inscription de l'IDEC sur des formations liées au management et encadrement d'équipe.

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	<p>Les deux EHPAD sous direction commune se partage un MEDEC. Il est à temps partiel et présent en CDD jusqu'au 30/09/2023, date de fin de son contrat d'engagement. Selon l'établissement, le temps de travail du MEDEC sur l'EHPAD "Les Gentianes" est de 0,23 ETP et de 0,07 sur l'autre EHPAD.</p> <p>L'établissement indique que ce médecin exerce surtout des missions de médecin prescripteur. La mission rappelle que la dotation versée à l'établissement n'a pas pour vocation de financer un médecin prescripteur, mais un médecin coordonnateur assurant l'encadrement médical de l'équipe soignante.</p> <p>De plus, le temps de travail du MEDEC est insuffisant au regard de la capacité autorisée pour l'établissement Les Gentianes : 0,23 ETP contre les 0,60 ETP fixés réglementairement.</p> <p>Enfin, il est noté que le contrat de travail ne mentionne pas plusieurs éléments réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'exercice de ses missions (article D. 312-158 du CASF) et les moyens appropriés à la réalisation des missions au sein de l'établissement, - l'engagement du médecin coordonnateur de satisfaire aux obligations de formation mentionnées (article D. 312-157 du CASF) et les modalités de prise en charge financière des frais de formation par l'établissement, le MEDEC ne remplaçant pas les conditions de qualification pour exercer la fonction de MEDEC, - l'encadrement des actes de prescription médicale auprès des résidents de l'établissement. 	<p>Ecart 3 : le MEDEC exerçant principalement des missions de médecin prescripteur, il n'effectue pas ses missions de MEDEC au sens de l'article D312-156 du CASF.</p> <p>Prescription 3 : transférer les missions de prescripteur au médecin traitant en lien avec les établissement afin de recentrer le MEDEC dans l'accomplissement des missions qui lui incombent selon l'article D312-156 du CASF.</p> <p>Ecart 4 : Le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement n'est pas conforme aux exigences réglementaires de l'article D 312-156 du CASF.</p> <p>Prescription 4 : régulariser le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement conformément à l'article D312-156 du CASF.</p> <p>Ecart 5 : En l'absence de mentions dans le contrat de travail du MEDEC précisant ses missions, son engagement à suivre la formation de MEDEC, l'encadrement des actes de prescriptions médicales, conformément à l'article D312-159-1 du CASF.</p> <p>Prescription 5 : Compléter le contrat de travail du MEDEC en intégrant les modalités d'exercice de ses missions, son engagement à suivre la formation de MEDEC et l'encadrement des actes de prescriptions médicales, conformément à l'article D312-159-1 du CASF.</p>	<p>Comme indiqué dans l'organigramme, les deux EHPAD se partage 2 MEDEC.</p> <p>Les écarts 3 et 4 ainsi que les prescriptions en regard ont fait l'objet d'une alerte auprès de l'ARS lors de la présentation du schéma de santé ainsi que lors des réunions de la filière gérontique du CHAL (là où j'étais assis au côté du Directeur ARS Haute Savoie).</p> <p>Le territoire est en carence de médecin. Lors de l'entrée du résident en structure, son médecin traitant ne souhaite plus le suivre. Nous n'avons donc aucun prescripteur pour les résidents et donc les MEDEC sont dans l'obligation d'assurer les prescriptions.</p> <p>Je précise par ailleurs, qu'il s'agit de deux médecins retraités âgés de plus de 74 ans.</p> <p>Par ailleurs, nous avons diffusé depuis plus d'un an une annonce proposant un poste de MEDEC à 100% espérant être plus attractif. Aucune candidature ne nous est parvenue pour le moment.</p> <p>Concernant la prescription n°5, nous en prenons note pour régulariser sur les prochains contrats.</p>	<p>Il est bien noté que les services de l'ARS ont été saisis sur les problématiques de l'EHPAD concernant l'activité du médecin coordonnateur et son temps de travail. Toutefois, l'établissement risque d'être rapidement confronté au problème du départ des 2 médecins coordonnateurs, au vu de leur âge. Cette situation doit être anticipée.</p> <p>L'engagement de l'établissement de compléter les contrats de travail des futurs médecins coordonnateurs des mentions prévues par la réglementation est acté.</p> <p>Les prescriptions 3 et 4 sont maintenues dans l'attente d'une solution.</p> <p>La prescription 5 est levée.</p>	
1.12 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gérontique ? Joindre le ou les justificatifs.	Oui	Le MEDEC ne dispose pas de la qualification pour assurer ses fonctions de coordination gérontique.	<p>Ecart 6 : Le médecin présent dans l'établissement n'a pas les qualifications nécessaires pour exercer le rôle de médecin coordonnateur, ce qui contrevient à l'article D312-157 du CASF.</p> <p>Prescription 6 : Veiller à ce que le prochain médecin coordonnateur soit doté au moment de son recrutement d'une formation qualifiante pour les fonctions de coordination gérontique, conformément à l'article D312-157 du CASF.</p>	<p>Nous espérons dans un premier temps pouvoir avoir un médecin qui accepte le poste et ne manquerons pas de veiller au mieux au développement des compétences attendues.</p> <p>Nous restons à votre écoute si vous avez un médecin répondant à vos attentes qui est disponible.</p>	<p>Il est bien noté que l'établissement s'engage à recruter un MEDCO qualifié en gérontologie (ou qui se formera dans les 3 ans suivant le recrutement).</p> <p>La prescription 6 est levée.</p>	
1.13 La commission gérontique est-elle en place et fonctionne-t-elle régulièrement ? Joindre les 3 derniers PV.	Oui	L'établissement déclare qu'il n'y a pas de commission de coordination gérontique en partie du fait du manque de médecin. La mission rappelle que la présence de médecins ne conditionne pas la mise en place de la commission de coordination gérontique, dont l'objectif premier est d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.	<p>Ecart 7 : En l'absence de tenue de la commission de coordination gérontique, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.</p> <p>Prescription 7 : Organiser annuellement la commission de coordination gérontique, conformément à l'article D 312-158 alinéa 3 du CASF.</p>	<p>A ce jour, nous avons 2 intervenants libéraux (massseurs kinésithérapeutes) avec lesquels l'IDEC et/ou la RAR effectuent des points sur le suivi des prises en charge. En effet la situation ne semble pas nécessiter des temps de réunions formelles d'autant que les libéraux ont des disponibilités limitées.</p>	<p>Il est dommage de ne pas réunir la commission de coordination gérontique au motif que l'établissement compte seulement 2 intervenants libéraux (massseurs kinésithérapeutes) qui sont en relation continue avec les cadres de l'EHPAD.</p> <p>Il est rappelé que l'objectif premier de la commission est d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement et de promouvoir les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gérontiques. La fiche repère "commission de coordination gérontique" de la HAS/ANESM peut-être inspirante.</p> <p>La prescription 7 est maintenue dans l'attente de la tenue annuelle de la commission de coordination gérontique.</p>	
1.14 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2022).	Oui	Le RAMA n'existe pas, seul un rapport d'activité est édité. L'établissement l'explique en raison du manque de médecin. L'argument avancé ne peut être retenu. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Sa rédaction est imposée par la réglementation.	<p>Ecart 8 : En l'absence de rédaction du RAMA avec les données du logiciel de soins renseignées par l'équipe soignante en l'absence de MEDEC, l'EHPAD contrevient à l'article D312-158 alinéa 10 du CASF.</p> <p>Remplacé par :</p> <p>Prescription 8 : rédiger le RAMA, en s'appuyant sur les données médicales/soignantes issues du logiciel de soins.</p>	<p>Dans le rapport d'activité, des éléments de l'activité médicale (page 22 à 31) sont formulés. La collectivité précise qu'en raison de la présence médicale faible ce dernier est pauvre.</p> <p>Dois-je demander aux médecins d'écrire un rapport d'activités médicales annuels et ne pas assurer les prescriptions ? Les deux étant incompatibles dans le temps de présence des médecins.</p>	<p>Il est vrai que le temps de présence du MEDCO et son activité actuelle au sein de l'EHPAD ne permettent pas à celui-ci de rédiger le RAMA. Il faut compter sur le prochain recrutement de MEDCO, si celui-ci est bien recruté pour un temps de travail réglementaire (ou approchant) et pour effectuer ses missions de coordination.</p> <p>La prescription 8 est maintenue dans l'attente de la rédaction du RAMA, dans un proche avenir.</p>	
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 des 6 derniers mois.	Oui	L'établissement a transmis un formulaire de signalement des EI en lien avec la prise en charge et la sécurité des usagers, le fonctionnement et l'organisation de l'établissement. Ce dernier, en date du 31/05/2023 concerne le recrutement d'une salariée ayant fait l'usage d'un faux diplôme.				
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'événement, réponse apportée à l'analyse des causes ? Joindre le tableau de bord EI/EIG qui mentionne ces actions pour l'année 2022.	Oui	L'établissement déclare mettre en œuvre les déclarations d'EI en interne depuis le 01/05/2023. Pour autant, il n'apporte aucun élément prouvant sa déclaration. En effet, aucun tableau de bord des EI/EIG ni autres dispositifs de gestion des EI/EIG n'a été transmis.	<p>Ecart 9 : En l'absence de transmission du tableau de suivi des EI/EIG, justifiant de la déclaration systématique des EI et EIG sur l'EHPAD et de toutes les actions permettant le développement de la démarche qualité et gestion du risque, l'EHPAD contrevient à l'article L331-8-1 du CASF.</p> <p>Une commission EI a apparemment été mise en place, mais ne s'est toujours pas réunie au 26/06/2023 (date de réponse de l'établissement).</p>	<p>Prescription 9 : Transmettre le tableau de bord des EI et EIG de 2022, afin de s'assurer de la déclaration des EI/EIG conformément à l'article L331-8-1 du CASF et un plan d'action permettant de développer la démarche qualité et gestion du risque.</p>	<p>La mise en place de la procédure demande aux personnels de se l'approprier. En débutant la formation du personnel début mai, nous avions peu de recul fin juin.</p> <p>Le personnel n'a pas encore pris en main la démarche nous avons reçu 4 déclarations concernant La Kamouraska.</p>	<p>La réponse confirme que la politique de prévention des risques en matière de signalement des EI/EIG dans l'EHPAD est en cours de mise en place avec la formation du personnel en mai 2023.</p> <p>Le dispositif de traitement/gestion et suivi des EI/EIG n'est pas encore établi.</p> <p>La prescription 9 est prématuée. elle est donc levée.</p>
1.17 Avez-vous organisé de nouvelles élections du Conseil de Vie Sociale (CVS) suite au décret du 25 avril 2022 ? Joindre la dernière décision instituant le CVS qui identifie chaque catégorie de membres.	Oui	L'établissement déclare ne pas avoir procédé à de nouvelles élections depuis le 25/04/2022. La dernière date du 14/06/2021. Pour autant, la mission n'a pas été destinataire de la dernière décision instituant le CVS. L'établissement n'atteste donc pas que la composition de son CVS est conforme à la réglementation.	<p>Ecart 10 : En l'absence de transmission de la décision instituant le CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-4 du CASF et n'atteste pas que sa composition est conforme à l'article D311-5 du CASF.</p>	<p>Prescription 10 : Transmettre la décision instituant tous les membres du CVS afin de vérifier sa conformité avec l'article D311-4 et 5 du CASF.</p>	<p>1.17 Compte rendu du CVS 15 07 2021</p> <p>1.17 Procès verbal CVS famille</p> <p>1.17 Procès verbal CVS résident</p>	<p>Les documents attestent bien que des élections se sont tenues en 2021 (résidents et familles) et que lors du CVS de juillet 2021, le président et le vice-président ont été élus.</p> <p>La prescription 10 est levée.</p>
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	Le règlement intérieur du CVS n'a pas été modifié suite à l'entrée en vigueur du décret du 25/04/2022. De plus, la mission n'a pas été destinataire du compte rendu du CVS se prononçant sur le règlement intérieur du CVS.	<p>Ecart 11 : En l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS suite aux dernières élections, l'EHPAD contrevient à l'article D311-19 du CASF.</p>	<p>Prescription 11 : Doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur, à l'issue des prochaines élections, conformément à l'article D311-19 du CASF.</p>		<p>Lors du CVS de juillet 2021, le règlement intérieur du CVS approuvé.</p> <p>La prescription 11 est levée.</p>
1.19 Joindre les 3 PV du CVS de 2022 et les derniers de 2023	Oui	5 comptes rendus du CVS ont été remis : 08/02/2022, 07/06/2022, 18/10/2022 24/01/2023 et 25/04/2023. A leur lecture, la mission relève que le Vice-Président du CIAS signe les comptes rendus en 2022. En 2023, ces derniers ne sont plus signés. Il est rappelé que seul le Président du CVS signe le compte rendu des CVS.	<p>Ecart 12 : En faisant signer le compte rendu du CVS par le Vice-Président du CIAS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.</p>	<p>Prescription 12 : Faire signer les comptes rendus par le Président du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.</p>	<p>Nous faisons signer les CVS par le Président, les documents envoyés sont ceux dans l'ordinateur qui en effet n'étaient pas signés.</p> <p>Toutefois depuis le 22/04/2022, le président ne signe plus vu que le texte indique que le compte rendu est approuvé par le CVS lors de la rencontre suivante. Nous notifions donc dans le CVS N+1 l'approbation ou les demandes de modifications dans le compte rendu du CVS N.</p>	<p>Il semblerait qu'il y ait, dans la réponse, confusion entre signature et l'adoption du compte rendu du CVS.</p> <p>Le code de l'action sociale et des familles pose bien dans son article D311-20 "que le relevé de conclusions de chaque séance est signé par le président [...] transmis en même temps que l'ordre du jour, mentionné à l'article D. 311-16 en vue de son adoption par le conseil". Les deux sont de vigueur.</p> <p>La prescription 12 est maintenue.</p>
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.	NC					
2.2 Combien de lits en HT et/ou places en AJ sont occupés au 1er janvier 2023 ? Joindre le justificatif.	NC					
2.3 L'Accueil de Jour et/ou l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique ? Joindre le document.	NC					
2.4 L'Accueil de Jour ou/et l'Hébergement Temporaire dispose(nt)-il(s) d'une équipe dédiée ? Joindre le planning du service sur une semaine en affichant les codes, les noms et les fonctions occupées.	NC					
2.5 Quelle est sa composition en indiquant la qualification pour chaque poste occupé? Joindre les diplômes.	NC					

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.

NC

--	--	--	--	--	--