

EHPAD MONT ARGENTES à MEGEVE_74

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

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : MAISON DE RETRAITE MEGEVE

Nombre de places : 74 places dont 67 places en HP, 5 places en HT et 2 places en accueil de jour

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	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 Au préalable, veuillez transmettre l'organigramme pour une meilleure compréhension de l'organisation de l'EHPAD et si nécessaire, joindre tout autre document complémentaire.	Oui	L'organigramme de l'EHPAD Les Monts Argentés a été remis. Il présente l'organisation de l'EHPAD et a été mis à jour en septembre 2024.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).	Oui	L'établissement déclare 5 ETP vacants au 01/07/2024 : - 0,5 ETP de MEDEC, - 4,5 ETP d'aides soignants. Il déclare procéder au remplacement du personnel soignant de la façon suivante : - Quelques CDD courts, - Principalement des Contrats de missions (HUBLO), l'équivalent de 372 missions du 01/01/2024 au 30/06/2024, soit une moyenne de 2 personnes par jour en HUBLO - Quelques Intérim week-end, l'équivalent de 30 missions du 01/01/2024 au 30/06/24 sur 26 week-ends, soit une moyenne de 1,15 ETP intérim chaque week-end. Par ailleurs, l'établissement s'inscrit dans une démarche d'attractivité employeur, il a notamment répondu à l'appel à projet lancé par l'ARS sur l'attractivité des métiers des ESMS et au projet TOTHEM (Transformer les Organisations et mobiliser les Talents à l'Hôpital et dans les Etablissements Médico-sociaux) de l'ANFH.					
1.3 Le directeur dispose-t-il du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	Oui	L'arrêté du CNG du 30/06/2021 a été remis. Il atteste que Mme , directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, est affectée en qualité de Directrice de l'EHPAD de Megève (EHPAD Monts Argentés).					
1.4 Pour les établissements privés à but lucratif, ou associatifs, ou publics territoriaux : Le directeur dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document. Pour les établissements publics autonomes ou hospitaliers : le directeur dispose-t-il d'une délégation de signature ?	Oui	La directrice fait partie du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Elle exerce donc au titre des responsabilités qui lui confère la réglementation, au titre de l'article L315-17 du CASF et de l'article L6143-7 du CSP.					
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	Oui	La décision n°2020-12-01 a été remise. Celle-ci désigne la coordinatrice des accompagnements (IDEC) ainsi que la responsable des ressources humaines (Adjointe administrative) comme personnes appelées à assurer les astreintes au sein de l'établissement. La délégation de signature du 15/05/2021 a également été remise. Elle donne délégation de signature de la Directrice de l'EHPAD à ces mêmes personnes dans le cadre de la garde administrative. Concernant la "procédure astreinte - urgence", celle-ci précise les numéros de téléphone de la Directrice et celui de l'EHPAD et les numéros internes de l'IDEC et l'adjointe administrative. Pour autant, le document n'est pas explicite dans sa formulation : les dates d'astreinte sont précisées dans le logiciel de soins pour l'IDEC et pour l'adjointe administrative, mais "en l'absence d'information dans Netsoins, c'est [la Directrice] qui assure la permanence". L'analyse du planning d'astreinte pour l'année 2024 (remis) mentionne les périodes d'astreinte de l'IDEC et de l'adjointe administrative. Les périodes d'astreinte de la Directrice ne sont pas mentionnées. Ce qui ne donne pas de visibilité sur le dispositif d'astreinte et l'ensemble des personnes sur lequel il repose. Enfin, il met en évidence que la l'astreinte repose de manière continue dans le temps sur la Directrice, sur des périodes pouvant atteindre jusqu'à huit semaines consécutives. Cette organisation expose la Directrice à un risque d'épuisement professionnel, du fait de la surcharge liée à la continuité de cette responsabilité sans alternance suffisante.	Remarque 1 : L'absence des coordonnées téléphoniques hors EHPAD de l'IDEC et de l'adjointe administrative sur la procédure d'astreinte ne permet pas de les contacter et d'assurer le bon fonctionnement du dispositif d'astreinte et en particulier lors de situations d'urgence nécessitant une intervention rapide de la personne d'astreinte. Remarque 2 : L'absence de précision des périodes d'astreinte assurées par la Directrice, l'IDEC et l'adjointe administrative sur Netsoins et le planning d'astreinte en leur intégrant les mêmes informations des périodes d'astreinte couvertes par la Directrice, l'IDEC et l'adjointe administrative. Remarque 3 : En faisant reposer l'astreinte de direction exclusivement sur la Directrice, pendant plusieurs semaines consécutives, la responsabilité de l'astreinte administrative peut être un facteur de risque en matière d'usure professionnelle pour la Directrice.	Recommendation 1 : Mettre à jour la procédure d'astreinte en intégrant l'ensemble des coordonnées des personnes d'astreinte à contacter. Recommendation 2 : Harmoniser les informations présentes sur Netsoins et le planning d'astreinte en leur intégrant les mêmes informations des périodes d'astreinte couvertes par la Directrice, l'IDEC et l'adjointe administrative. Recommendation 3 : Veiller à répartir le nombre de jours d'astreinte de direction de façon plus équilibrée entre les trois professionnels assurant l'astreinte.	1.5_R1- 1.5_R2-	Les numéros abrégés de l'IDEC et la responsable RH mentionnés sur la procédure d'astreinte ne sont pas un numéro de postes internes, mais des numéros abrégés qui renvoient sur leur portable personnel (paramétré par le prestataire téléphonique). Par contre, effectivement, cela ne fonctionne que si elles sont appelées depuis 1 téléphone interne. La procédure a donc été complétée avec leur numéros de portable complets. Un tableau mensuel récapitulatif des astreintes intégrant celles de la directrice est désormais affiché auprès du classeur des procédures d'urgence. Cependant, quand ce sont l'IDEC et la responsable RH qui sont d'astreinte, l'information est aussi doublée dans NETSOINS pour ne pas mettre en difficulté les professionnels qui ont désormais bien intégré ce réflexe.	La procédure d'astreinte mise à jour a été remise. Elle présente les numéros abrégés qui renvoient vers le téléphone personnel des personnes d'astreinte depuis un appel de l'EHPAD, mais aussi le numéro complet de ces professionnels en cas de dysfonctionnement des téléphones de l'EHPAD. La recommandation 1 est levée.
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.	Oui	Il est déclaré que "les réunions « managériales » n'étant encadrées par aucune réglementation (contrairement aux instances réglementaires du CSE), il n'y a aucun formalisme rédactionnel", et que les professionnels participant à ces types de réunions prennent leur note de manière individuelle. Pour autant, il est rappelé l'intérêt pour la direction de rédiger des comptes rendus de réunion du CODIR ou pour le moins des relevés de décisions qui permettent d'acter les orientations retenues et de garder une trace des échanges et décisions prises en réunion. Enfin les comptes rendus peuvent valablement être diffusés aux membres du CODIR et de permettre aux absents d'en prendre connaissance. Il est déclaré que "des points" sont organisés tous les lundis entre la Directrice, l'IDEC et la psychologue, un mardi sur deux entre la Directrice, l'IDEC et l'animatrice. Des "points" quotidiens sont également effectués au fil de l'eau entre la directrice, l'IDEC et la RH ou encore avec la Direction et le responsable technique.	Remarque 4 : L'absence de compte rendu des réunions de CODIR ne permet de garder une trace des échanges et décisions prises en réunion.	Recommendation 4 : Produire à la suite de chaque CODIR un compte rendu avec les décisions qui ont été actées.	1.6_R4-	Une trame unique de compte-rendu de CODIR a été élaborée conjointement par les membres du CODIR et va désormais être utilisée.	La trame unique des comptes rendus de CODIR remise atteste de l'élaboration des comptes rendus à l'issue de la réunion. La trame mentionne selon les différentes thématiques abordées : le point abordé, la décision prise, le responsable et l'échéance. La recommandation 4 est levée.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le projet d'établissement 2018-2024 a été remis. Ce document est arrivé à échéance au 1er janvier 2024. Il aurait dû être actualisé depuis. L'établissement justifie cette absence de révision par les incertitudes concernant l'avenir du bâtiment actuel de l'EHPAD. En effet, il indique que les travaux de réhabilitation sont impossibles et qu'il rencontre des difficultés à identifier un terrain constructible en vue d'une éventuelle relocation. Dans ce contexte, l'établissement annonce que la rédaction d'un nouveau projet d'établissement est reportée à l'année 2025. Sur le fond, la lecture du projet d'établissement appelle les remarques suivantes. Les volets relatifs aux projets de soins et de vie sont insuffisamment développés. Ces dimensions sont traitées de manière synthétique à travers un tableau listant des thématiques, sous-thématiques et objectifs formulés de façon large, sans déclinaison opérationnelle concrète, ce qui ne contribue pas à l'appropriation effective du projet d'établissement par les professionnels. Il est par ailleurs noté l'absence dans le projet d'établissement des fiches actions se rapportant à ces objectifs. Enfin, il en ressort également que le document ne précise pas les modalités de coopération	Ecart 1 : En l'absence de projet d'établissement valide, l'EHPAD contrevient à l'article L311-8 du CASF. Remarque 5 : L'absence de déclinaison opérationnelle des volets « soins » et « vie » dans le projet d'établissement constitue une non-prise en compte effective des besoins des résidents.	Prescription 1 : Se doter d'un projet d'établissement actualisé conformément à l'article L311-8 du CASF (transmettre tout document en lien avec l'actualisation du projet d'établissement). Recommendation 5 : Développer les volets « soins » et « vie » dans le prochain projet d'établissement, en y intégrant des objectifs clairs, accompagnés de leurs déclinaisons opérationnelles, afin de renforcer le pilotage des actions en adéquation des besoins des résidents.	1.7_P1,R5,P2 & P3	Comme annoncé, l'élaboration du nouveau projet d'établissement a été acté, l'établissement est accompagné dans cette démarche par le cabinet GERONTIM, qui a une expertise en la matière. Il me semblait indispensable d'être accompagné par un prestataire externe, pour donner du recul aux groupes de travail et ouvrir la réflexion. La déclinaison opérationnelle des objectifs est bien intégrée au projet et se présentera sous la forme d'un tableau de bord excel, et non sous la forme de fiches action, moins souples à mon sens pour une tracer le pilotage.	La note méthodologique de rédaction du projet d'établissement de l'EHPAD a été remise. Ce document a été élaboré par le cabinet Gerontim qui a été mandaté pour la rédaction du projet d'établissement. Ce document présente notamment le calendrier prévisionnel qui précise que : la phase de cadrage et d'étude préalable a débuté en juin 2025, les groupes de travail se tiendront de juin à octobre 2025 et la phase de rédaction entre octobre et novembre 2025. Le document présente également les thématiques qui seront abordées dans le projet d'établissement : la stratégie, les valeurs, éthique et prévention de la maltraitance, le projet social, le projet de vie et d'animation, le projet de soins (dont l'accompagnement des résidents en fin de vie) le projet d'accompagnements spécifiques, les missions transverses et le plan d'action qualité. Il est bien pris note que la déclinaison opérationnelle des objectifs sera intégrée au projet sous forme de tableau de bord plutôt que sous la forme de fiches action. En conséquence, les prescriptions 1 et 2 ainsi que la recommandation 5 sont levées.
1.8 Est-ce qu'au sein du projet d'établissement, vous avez identifié une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance comme le prévoit le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant.	Oui	La charte de bientraitance de l'établissement a été remise. Toutefois, le projet d'établissement n'étant plus valide, l'établissement n'identifie pas sa politique de prévention et de lutte contre la maltraitance prévue par la réglementation.	Ecart 3 : En l'absence de projet d'établissement valide, la politique de prévention de la maltraitance n'est pas définie, l'EHPAD contrevient aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.	Prescription 3 : Développer dans le prochain projet d'établissement l'ensemble des attentes concernant la politique de prévention de la maltraitance, conformément aux articles L311-8 et D311-38-3 du CASF.	1.7_P1,R5,P2 & P3	Cet item faisant partie des attendus impératifs d'un projet d'établissement, il sera bien intégré (cf document de cadrage)	A la lecture de la note méthodologique de la rédaction du projet d'établissement, il est relevé que le plan de lutte et de prévention de la maltraitance au titre du décret n°2024-166 du 29 février 2024 sera abordé lors du groupe de travail "valeurs, éthique et prévention de la maltraitance" parmi d'autres thématiques en lien avec la bientraitance des personnes accueillies. La prescription 3 est levée.

1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	Oui	Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD a été remis. Actualisé en août 2024, le document ne fait pas référence à sa consultation par le CVS. Par ailleurs, bien que complet, le règlement de fonctionnement ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues. Enfin, le document ne définit pas les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour.	Ecart 4 : En absence de consultation du CVS sur le règlement de fonctionnement, l'EHPAD contrevert à l'article L 311-7 du CASF. Ecart 5 : Le règlement de fonctionnement ne fixe pas les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues, ce qui contrevert à l'article R311-35 du CASF. Ecart 6 : En l'absence de définition des modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour, dans le règlement de fonctionnement, l'établissement contrevert aux articles L311-7 et D312-9 du CASF.	Prescription 4 : Consulter le CVS, concernant toutes mises à jour du règlement de fonctionnement, conformément à l'article L311-7 du CASF. Prescription 5 : 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. Prescription 6 : Définir les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour et les intégrer dans le règlement de fonctionnement en vertu des articles L311-7 et D312-9 du CASF.	1.9_P5&6-	La prochaine réunion du CVS est programmée le 11/09/25, l'avis du CVS sur le règlement de fonctionnement mis à jour sera inscrit à l'ordre du jour. Mise à jour du règlement de fonctionnement le 04/07/2025 intégrant les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues en pages 11 et 12. Mise à jour du règlement de fonctionnement le 04/07/2025 intégrant les modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et l'accueil de jour en page 10.	Le règlement de fonctionnement mis à jour a été remis. A l'appui de la déclaration de l'EHPAD, il présente bien les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement lorsqu'elles ont été interrompues ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour. Il est aussi déclaré que le document fera l'objet d'une consultation par le CVS le 11 septembre 2025. Les prescriptions 4, 5 et 6 sont levées.
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	Oui	La décision n°01-2005 du 24/03/2005 portant titularisation de Mme S-J. M. en qualité d'infirmière diplômée d'Etat a été remise, de même que la décision du 22/03/2011 relative à l'attribution de la prime d'encadrement, en lien avec son affectation en remplacement du cadre de santé parti à la retraite.					
1.11 L'IDEC ou le cadre de santé dispose-t-il d'une formation spécifique à l'encadrement : relative au parcours de formation d'IDEC en EHPAD ou le diplôme de cadre de santé ? Joindre le justificatif.	Oui	Plusieurs attestations de formation ont été remises : - attestation de formation : IDE coordinatrice en EHPAD et en centre hospitalier, entre octobre et novembre 2010 (70h), - attestation de présence à la formation : parcours modulaire des encadrants - positionnement, du 27/02/2018, - attestation de suivi de formation : journée interrégionale des infirmières coordinatrices, - attestions de présence à la formation : du manager au leader, du 16 et 17/09/2019, - attestation de fin de formation : optimiser son temps de travail, 24 et 25/09/2019. L'ensemble de ces attestations atteste de l'accompagnement de l'IDEC dans l'exercice de ses missions.					
1.12 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent le contrôle sur pièces).	Oui	L'établissement ne dispose plus de MEDEC depuis avril 2023 (contrat de travail et lettre d'acceptation de démissions remis). Il est déclaré que "les publications de l'offre d'emploi sont infructueuses et que l'établissement envisage le recours à la télécoordination pour pallier l'absence de MEDEC, (société ou ...). Les propositions de contrat/convention des deux organismes ont été remises. Il est relevé que seul celui de présente les missions du télécoordonnateur (le mode opératoire de ...). Par ailleurs, le temps d'intervention à distance accordé à l'EHPAD n'est pas précisé par les deux documents. Il est rappelé que le temps de coordination médicale ne peut être inférieur à 0,60 ETP pour un EHPAD de 74 places autorisées. Enfin, l'établissement envisage également une solution plus pérenne et sécurisée pour le résident, le rapprochement avec les Hôpitaux du Mont Blanc pour une mutualisation du poste (car également en recherche d'un MEDEC à temps partiel).	Ecart 7 : En l'absence de médecin coordonnateur à 0,60 ETP, l'établissement contrevert à l'article D312-156 du CASF.	Prescription 7 : Doter l'établissement d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,60 ETP, comme exigé par l'article D312-156 du CASF.	1.12_P7	La recherche de médecin coordonnateur (pourtant mutualisée avec les hôpitaux du Mont-Blanc) n'ayant toujours pas abouti, l'EHPAD va donc s'orienter provisoirement vers une solution de télécoordination à partir du mois de septembre 2025. Cette solution permettra de satisfaire une obligation réglementaire mais avec une équation bénéfice/ coût défavorable. Une proposition de convention actualisée a été demandée à . Pour autant cette alternative ne peut être une solution pérenne, la recherche pour un recrutement est donc maintenue.	Il est bien pris en compte les difficultés rencontrées par l'établissement pour recruter, y compris dans le cadre d'une mutualisation, un médecin coordonnateur. À défaut de recrutement, l'établissement prévoit de recourir, à titre provisoire, à une solution de télécoordination à compter de septembre 2025 avec le groupe . Il est également pris acte de la volonté de l'établissement de poursuivre ses démarches de recrutement d'un médecin coordonnateur, la télécoordination ne pouvant effectivement constituer une solution pérenne. Toutefois, la prescription 7 est maintenue, dans l'attente d'un recrutement effectif d'un médecin coordonnateur sur site.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.	Non	Au regard de la réponse de l'EHPAD à la question 1.12, l'établissement n'est pas concerné par la question 1.13. Il est cependant rappelé que le MEDEC doit satisfaire aux obligations de qualification prévues par l'article D312-157 du CASF ou s'engager dans un processus de formation correspondant.					
1.14 La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	Oui	L'établissement déclare que l'ancien MEDEC n'a pu organiser la commission de coordination gériatrique en 2021 et 2022 du fait de la crise de Covid-19. Il ne précise pas si une commission a été organisée en 2023 et en 2024 et aucun compte rendu n'a été remis. Il est rappelé que la commission de coordination gériatrique est une obligation légale pour l'EHPAD impliquant l'ensemble des équipes soignantes salariées et des professionnels libéraux. Ainsi que le rappelle la HAS dans sa fiche-repère sur la CGG, elle a pour objectif une meilleure coordination des soins entre les équipes internes et l'ensemble des professionnels libéraux et elle permet une approche globale de la prise en soin des résidents en abordant des thématiques variées. A ce titre, la commission de coordination gériatrique peut valablement être organisée par la direction de l'EHPAD.	Ecart 8 : En l'absence d'organisation de la commission de coordination gériatrique, l'EHPAD contrevert à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.	Prescription 8 : Organiser annuellement la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.		L'arrêté du 5 septembre 2011 (article D 312-158 du CASF) précise que la commission de coordination gériatrique est présidée par le médecin coordonnateur. Auparavant (avant 2021), la commission de coordination gériatrique était donc réunie à l'initiative du médecin coordonnateur, qui en fixait l'ordre du jour et les invitations. Je n'avais pas notion que le directeur devait s'en saisir en l'absence de médecin coordonnateur. Je verrai donc avec les intervenants libéraux quelle période leur convient le mieux pour organiser annuellement les réunions de cette commission (en dehors des saisons estivales et hivernales qui sont pour eux des périodes d'activité intense dans la région),	Dont acte. La prescription 8 est maintenue dans l'attente de l'organisation de la commission de coordination gériatrique.
1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	Oui	Le RAMA 2023 a été remis. En l'absence de MEDEC, l'établissement déclare que le document n'est pas complet. En effet, les rubriques qui auraient dû être complétées par un médecin coordonnateur sont vides.					
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	Oui	L'établissement a transmis deux fiches de signalement d'EIG : 05/02/2023 et 25/05/2024. La transmission de ces documents atteste que l'établissement informe, sans délai, les autorités administratives compétentes de tout dysfonctionnement grave dans sa gestion et son organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers.					
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EIG/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EIG de 2023 et 2024.	Oui	Plusieurs documents ont été remis : - la fiche de déclaration d'EIG vierge accompagnée d'une note explicative, - la procédure de déclaration des EIG, - la liste des chutes de 2023 et 2024 (extrait Netsoins), - la liste des sorties inopinées 2024 (extrait Netsoins), - les synthèses annuelles des fiches de signalement des EIG de 2023 et 2024 (extrait Netsoins). Il est relevé que les chutes et les disparitions inquiétantes sont traitées et suivies dans deux documents à part de la liste des EIG. Il est déclaré qu'avant 2024, "l'établissement n'avait pas la "culture" de la déclaration des EIG", avec notamment une confusion entre les accidents du travail et les événements indésirables. A l'appui des synthèses annuelles des fiches de signalement, il est relevé que les professionnels déclarent davantage les EIG depuis 2024 et sans confusion entre les accidents du travail et les EIG. Enfin, l'établissement déclare que "l'analyse et les retours d'expérience sont les prochaines étapes à mettre en place". Ces démarches permettront effectivement de mener une réflexion approfondie, visant à prévenir la récurrence d'un tel événement au sein de l'EHPAD.	Remarque 6 : L'absence d'une analyse des causes et d'un retour d'expérience ne permet pas de mener une réflexion approfondie visant à éviter la récurrence d'un événement similaire au sein de l'EHPAD.	Recommendation 6 : Transmettre tout document attestant de la réalisation de l'analyse des causes ainsi que les comptes rendus des retours d'expérience, afin de confirmer leur mise en œuvre effective.		La première véritable analyse d'EIG va être faite dans les semaines à venir (avant le 18/09/25) avec la maquette de la grille ALARM, suite à un EIGS intervenu le 15/06/25 (déclaré le 17/06/25). Jusqu'à présent il n'avait pas d'analyse approfondie, mais juste des constats sommaires. Comme je l'avais dit, la déclaration déjà dans un premier temps, puis l'analyse, n'étaient pas dans la culture de cet établissement, et il y avait une grande confusion avec les déclarations d'accidents du travail. C'est donc un travail que je suis en train de mener.	L'établissement poursuit ses efforts dans sa démarche de prévention des événements indésirables en développant l'analyse d'EIG notamment à l'aide de la grille ALARM. La prochaine analyse se déroulera au plus tard le 18/09/2025 et abordera l'EIGS survenu le 17/06/2025. La recommandation 6 est levée.

1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	Oui	L'extrait du registre des délibérations de la séance du 17/06/1992 a été remis ainsi qu'une note à l'attention des résidents de la maison de retraite datée du 03/01/2008. Ces documents sont très anciens et ne correspondent pas à la décision d'institution du CVS normalement transmise aux autorités de tutelle suite aux dernières élections du CVS. L'établissement ne justifie donc pas de la conformité de la composition du CVS ni d'une élection récente de ses membres.	Ecart 9 : En l'absence de transmission de la dernière décision instituant le CVS, l'établissement n'atteste pas que la composition du CVS est conforme avec l'article D311-5 du CASF ni que les représentants siégeant au CVS sont élus conformément aux articles D311-10 et D311-13 du CASF.	Prescription 9 : Transmettre la dernière décision d'institution du CVS afin d'attester de la conformité des élections de ses membres et de la composition du CVS comme prévu par les articles D311-5, D311-10 et D311-13 du CASF.	1.18_P9 -	Je n'avais pas compris la question (ou mal lu). Je coûais que vous souhaitiez la délibération de création du CVS au sein de l'établissement.	La décision d'institution du CVS du 09/03/2023 a été remise. A sa lecture, le CVS est composé de : - deux représentants des résidents, - trois représentantes des familles, - une représentante du conseil d'administration (organisme gestionnaire), - une représentante des professionnels, - le MEDEC (avant son départ).
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	Oui	Le règlement intérieur du CVS a été adopté lors de la séance du 27/03/2023. En atteste le procès-verbal du CVS remis de cette date. La lecture du règlement intérieur du CVS appelle les remarques suivantes : - il ne mentionne pas la durée du mandat des membres du CVS, bien que le procès-verbal du 27/03/2023 précise qu'il a été fixé à 2 ans, - dans l'article 3 - désignation des membres du CVS, le document précise que "pour les professionnels, tout salarié ayant une ancienneté égale à 6 mois dans l'établissement" sans préciser le mode de désignation. Or, selon la réglementation ces derniers sont élus. - le document n'est pas signé par le secrétaire ni par le Président du CVS.	Ecart 10 : Le règlement intérieur du CVS ne fixe pas la durée du mandat de ses membres, ce qui contrevient à l'article D311-8 du CASF. Ecart 11 : En ne prévoyant pas l'élection des représentants des professionnels dans le règlement intérieur du CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-13 du CASF.	Prescription 10 : Incrire dans le règlement intérieur du CVS la durée du mandat de ses membres comme prévu par l'article D311-8 du CASF. Prescription 11 : Incrire dans le règlement de fonctionnement que les professionnels sont élus par l'ensemble des salariés, conformément à l'article D311-13 du CASF.	1.19_P10 & 11-	Le règlement intérieur du CVS mis à jour sera présenté à la prochaine réunion pour approbation, le 11/09/2025.	Le projet du nouveau règlement intérieur du CVS a été remis. Il est conforme aux attentes réglementaires et sera soumis au CVS pour approbation le 11/09/2025. Les prescriptions 10 et 11 sont levées.
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	Oui	Cinq procès-verbaux de CVS ont été remis : 27/03/2023, 26/06/2023, 16/11/2023, 14/03/2024 et 05/09/2024. Il est relevé que le CVS ne s'est pas réuni trois fois en 2024. L'établissement déclare que cela est dû à l'indisponibilité de la Présidente du CVS. Il est aussi déclaré que la prochaine réunion aura lieu le 30/01/2025. Une permanence du CVS est mise en place avant chaque réunion du CVS, ce qui contribue à l'expression des usagers et permet d'aborder l'ensemble des sujets intéressant les usagers lors des réunions du CVS.	Ecart 12 : En l'absence d'organisation de 3 CVS en 2024, l'EHPAD contrevient à l'article D311-16 du CASF.	Prescription 12 : Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an conformément à l'article D 311-16 du CASF.		Effectivement, la Présidente du CVS étant la "personnalité la plus dynamique" de cette instance, réunir le CVS sans elle perdait de sa pertinence, d'où le report de la réunion en 2024. Je veillerai à ce que cela ne se reproduise pas.	Il est bien compris que la Présidente du CVS contribue à la dynamique de l'instance. Il est néanmoins rappelé que son absence ne conditionne pas la réunion du CVS. Il est aussi pris note de l'engagement de la direction à réunir au moins trois CVS par an. La prescription 12 est maintenue dans la perspective de la réunion d'au moins trois CVS en 2025.
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 accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	Oui	L'ERRD 2023, la déclaration du taux d'hébergement du 1er semestre 2024 et les files actives de l'accueil de jour pour 2023 et le 1er semestre 2024 ont été remis. Le taux d'occupation de l'hébergement temporaire est faible. Les 5 places d'hébergement temporaire étaient occupées à 37,32%, en 2023 et à 38,13% au premier semestre 2024. S'agissant de l'accueil de jour, au regard de la file active et du nombre de jours ouvrés sur l'année 2023, 84,29% des places étaient occupées et 64,38% de janvier à novembre 2024 (64,38 = 206/320*100).	Remarque 7 : avec un faible taux d'occupation de l'hébergement temporaire en 2023 et au premier semestre 2024, l'établissement n'atteste pas qu'il utilise son dispositif de manière efficiente.	Recommendation 7 : pourvoir l'ensemble des 5 places disponibles en hébergement temporaire afin de garantir une offre de soins et d'accueil efficiente.		Dans le cadre du projet de reconstruction de l'EHPAD, la réduction de la capacité d'hébergement temporaire à 2 places correspondant à la réalité du besoin sur le territoire va être officiellement formulée dès que l'acquisition du terrain sera actée (dans le prolongement des échanges favorables avec le CDT4 et la DT74). Les 5 places actuelles sont historiquement surdimensionnées et n'ont jamais pu être occupées au-delà de 40%. La plateforme VIATRAJECTOIRE qui enregistre désormais toutes les demandes à destination des EHPAD permet de confirmer cette situation. Par contre, il y a une véritable tension sur l'hébergement permanent, donc l'EHPAD souhaite une transformation de ces 3 places.	Il est pris acte que l'établissement réduira à deux places sa capacité d'accueil pour l'hébergement temporaire. L'établissement fait notamment état de la sous occupation structurelle de ses 5 places d'hébergement temporaire qui ne correspondent pas aux besoins du territoire. La recommandation 7 est maintenue dans la perspective de la réduction du nombre de places autorisée pour l'hébergement temporaire à 2 places.
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	Oui	Aucun projet de service n'a été remis et le projet d'établissement ne comporte pas de thématique portant sur le projet de l'accueil de jour ni sur celui de l'hébergement temporaire. Les documents remis n'appellent pas à des remarques particulières.	Ecart 13 : Il n'existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	Prescription 13 : Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire et l'accueil de jour, qui s'intégreront dans le prochain projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		La refonte des documents institutionnels est en cours.	Dont acte. La prescription 13 est levée.
2.3 L'accueil de jour dispose-t-il d'une équipe dédiée ? L'hébergement temporaire dispose-t-il d'une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotients de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	Oui	Seul le diplôme d'aide médico-psychologique et de la référente de l'accueil de jour a été remis. En outre, l'établissement ne précise pas si d'autres professionnels interviennent dans le cadre de la prise en charge des personnes accueillies en accueil de jour. L'établissement n'atteste pas que les personnes accompagnées en hébergement temporaire bénéficient d'un accompagnement individualisé avec des professionnels dédiés, notamment un référent hébergement temporaire.	Remarque 8 : En faisant reposer la prise en charge des personnes âgées fréquentant l'accueil de jour sur une seule professionnelle ASG, l'établissement est en décalage avec les RBPP de la HAS qui recommande que l'équipe de l'accueil de jour soit diversifiée en comprenant outre des IDE, AS/AMP, psychologue, des professionnels du travail social et de l'animation, afin d'assurer notamment la coordination, le soutien des aidants et des activités spécifiques adaptées à visée thérapeutique » (RBPP HAS, L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social RBPP HAS - 2009). Remarque 9 : L'absence de professionnels dédiés pour prendre en charge les résidents accueillis sur les 5 places d'hébergement temporaire n'atteste pas que la prise en charge pour ce public est organisée et adaptée aux besoins de ces résidents.	Recommendation 8 : Mettre en place une équipe de professionnel dédié à l'accueil de jour pluridisciplinaire. Recommendation 9 : Organiser et formaliser la prise en charge du public accueilli sur les 5 places d'hébergement temporaire, avec du personnel dédié.		L'accueil de jour étant limité à 2 places uniquement, les ressources qui en découlent limitent grandement le dimensionnement de l'équipe de professionnels intervenant sur ce service. Certes l'infirmière coordonnatrice et la psychologue viennent en support ponctuel de ce service et la direction participe aux bilans bi-mensuels des accompagnements avec l'AMP et aux réunions familles. Dans le contexte actuel, avec les moyens alloués à l'EHPAD, il ne semble guère possible de faire plus. Les ratios d'encadrement ne permettent pas de dédier des professionnels pour accompagner exclusivement la moyenne de 2 résidents accueillis en accueil temporaire. Cela se ferait de façon incompréhensible au détriment des personnes accueillies en hébergement permanent et ne pourrait même pas être justifié par une tarification différente (le tarif est identique).	Il est pris bonne note que l'IDEC ainsi que la psychologue interviennent de manière ponctuelle auprès des personnes accueillies sur les deux places d'accueil de jour. Il est également pris note que la direction participe aux bilans bi-mensuel et aux réunions des familles avec l'AMP. La recommandation 8 est levée. Il est également bien compris que l'établissement n'est pas en capacité de dédier des professionnels à l'hébergement temporaire. Toutefois, la mise en place de référent à l'hébergement temporaire contribuerait à la personnalisation du parcours du résident. La recommandation 9 est maintenue dans l'attente de la désignation d'un professionnel référent pour l'hébergement temporaire.