

**RAPPORT de CONTROLE le 03/06/2025**

**EHPAD PIERRE PAILLET à GRUFFY\_74**

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

Thématique: CSP 13 / Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : CCAS DE GRUFFY

Nombre de places : 70 places dont 60 places HP, 4 places en HT et 6 places en AJ

| 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  |
|---|----------------------------|---|--|--|--------------------------------------|---|--|
| <b>1- Gouvernance et Organisation</b>   |                            |   |  |  |                                      |   |  |
| 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'établissement est remis. Le document est partiellement nominatif mais non-daté, ce qui ne permet pas de s'assurer de sa mise à jour récente.<br><br>De plus, il est relevé dans les documents remis à ce contrôle sur pièce que l'établissement dispose d'une directrice adjointe. Or, celle-ci n'apparaît pas sur l'organigramme, ce qui ne permet pas d'avoir une vision complète de l'organisation de l'établissement.   | <b>Remarque 1 :</b> L'absence de date sur l'organigramme de l'EHPAD ne permet pas de s'assurer que le document est régulièrement mis à jour.<br><br><b>Remarque 2 :</b> le poste de directrice adjointe n'apparaît pas sur l'organigramme, ce qui ne permet pas d'avoir une vision complète de l'organisation de l'établissement.  | <b>Recommendation 1 :</b> S'assurer de la mise à jour régulière de l'organigramme en le datant.<br><br><b>Recommendation 2 :</b> Ajouter le poste de directrice adjointe sur l'organigramme.   |                                      | 1-1 L'organigramme a été daté et mis à jour. Il n'est pas nommé uniquement pour les soignants et ASH trop nombreux, compte-tenu des titulaires/contractuels de plus d'un an/ vacataires.<br>La directrice adjointe a été supprimée puisqu'il ne s'agissait pas d'un poste pérenne - uniquement présent pour faire le relai entre les vacances de direction. Elle a quitté son poste au 31/12/2024.<br>Ce poste n'est pas reconduit il n'apparaît donc pas sur l'organigramme. | L'organigramme a été daté au 26/06/2025, ce qui permet de s'assurer de sa mise à jour récente.<br>Le poste de directrice adjointe n'a pas été ajouté car il n'est plus d'actualité. Toutefois, dans la mesure où ce poste a été effectivement occupé, il aurait été pertinent de l'intégrer temporairement à l'organigramme. Cela souligne l'importance d'actualiser régulièrement ce document et d'y faire apparaître sa date de mise à jour, afin de refléter fidèlement l'organisation en place à un moment donné.<br><br>Les recommandations 1 et 2 sont levées.   |
| 1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ?<br>Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).   | OUI                        | L'établissement déclare les postes suivants vacants :<br>- 0,4 ETP MEDEC<br>- 2,5 ETP IDE<br>- 4,75 ETP ASD<br>- 4,5 ETP agent social<br>- 1 ETP d'attaché<br>- 1 ETP adjoint administratif.  |  |  |                                      |   |  |
| 1.3 Le directeur dispose-t-il du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).   | OUI                        | La directrice a suivi une formation intitulée "dirigeant de l'économie médico-sociale" en 2016 sur une durée de 92,5 heures. Cette formation est inscrite au titre RNCP de niveau 7. La directrice dispose donc des qualifications nécessaires pour exercer son poste.  |  |  |                                      |   |  |
| 1.4 Pour les établissements privés à but lucratif, ou associatifs, ou publics territoriaux : Le directeur dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document. Pour les établissements publics autonomes ou hospitaliers : le directeur dispose-t-il d'une délégation de signature ?  | OUI                        | L'établissement a remis un arrêté de la Maire portant délégation de signature à la directrice de l'EHPAD. Ce document n'apporte pas d'élément sur la délégation de compétences attribuée à la directrice de l'EHPAD.  | <b>Ecart 1 :</b> La directrice ne dispose pas de document unique de délégation de compétences du Conseil d'administration de l'EHPAD Pierre PAILLET et par conséquent contrevient à l'article D312-176-5 du CASF.  | <b>Prescription 1 :</b> Se mettre en conformité et élaborer le document unique de délégation de compétences de la directrice de l'EHPAD conformément à l'article D312-176-5 du CASF.   |                                      | Concernant le DUD, l'article D312-176-5 mentionne les établissements et services sociaux et médico-sociaux de droit privé. Si vous le souhaitez, nous pouvons cependant écrire ce document. Nous avons demandé l'exemplaire de l'EHPAD de Frangy et l'adapter à notre établissement. Nous vous le transférerons dès qu'il sera validé par notre CCAS. Nous vous joignons le modèle de Frangy, merci de nous indiquer si cela vous conviendrait ?                              | Les établissements relevant de la fonction publique territoriale sont soumis à l'obligation de détenir un DUD pour diriger un EHPAD, seul les établissements relevant de la fonction hospitalière n'y sont pas obligés. L'EHPAD du CCAS est donc concerné par les articles D 312-176-5 à D. 312-176-9 CASF.<br><br>L'établissement a transmis un document concernant l'EHPAD de Val d'Usse afin de l'utiliser comme modèle pour la rédaction de son DUD. Il est à noter que le document est un arrêté datant de 2023, portant délégation de signature à la directrice de l'EHPAD. Or, il est demandé une délégation de compétence précisant la nature et l'étendue de la délégation, notamment celles mentionnées à l'article D312-176-5 du CASF.<br>Bien que le Président du CCAS ne puisse déléguer qu'une partie de ses pouvoirs au vice-président et au directeur du CCAS, le chargé de direction de l'EHPAD doit également être mentionné dans les différentes rubriques de la délégation, afin de pouvoir assurer la gestion de l'établissement au quotidien, y compris lorsqu'il s'agit d'actions "sousmises à approbation" ou auxquelles il "participe". La délégation donne de la lisibilité dans la gestion des établissements. Elle éclaire les relations respectives entre l'association gestionnaire et le chargé de direction.<br><br>La prescription 1 est maintenue. Dans l'attente de la rédaction de la délégation de compétence du président du CCAS à la directrice. |
| 1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé du 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.   | OUI                        | L'établissement a remis un document intitulé "règlement des astreintes de direction". Ce document indique les modalités de mise en place de l'astreinte. Il est notamment repéré les motifs de recours à l'astreinte et les horaires couverts par celle-ci (18h à 9h en semaine et 24h/24 le week-end). De plus, il est repéré que l'astreinte est répartie entre la directrice, la directrice adjointe et l'infirmier référent. Le planning des astreintes de l'année 2024 est remis. A sa consultation il est observé que ces 3 personnes assurent bien l'astreinte à tour de rôle.   |  |  |                                      |   |  |
| 1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? joindre les 3 derniers comptes rendus.   | OUI                        | L'établissement déclare organiser des CODIR les mardis matin. Toutefois, il est indiqué qu'aucun compte rendu n'est rédigé à l'issue de ces réunions. L'établissement déclare s'engager à le faire dès 2025. L'absence de rédaction de compte rendu de CODIR ne permet pas d'assurer une traçabilité des échanges et des décisions, ni de garantir une diffusion claire et partagée de l'information au sein de l'équipe de direction. Ce manque de formalisation peut également freiner le suivi et la mise en œuvre des actions décidées en réunion.  | <b>Remarque 3 :</b> Les CODIR mériteraient d'être davantage institutionnalisés par la formalisation d'un compte rendu faisant apparaître les prises de décisions.  | <b>Recommendation 3 :</b> Produire à la suite de chaque CODIR un compte rendu avec les décisions qui ont été actées et les actions à mettre en œuvre.  |                                      | Suite aux premières demandes d'inspection (17/12/2024), nous avons mis en place des compte-rendus de CODIR dont nous vous joignons les dernières copies.  | La rédaction de comptes rendus a été mise en place, de nombreux comptes rendus depuis le 11/02/2025 sont remis. Les réunions ont donc lieu environ deux fois par mois. Elles réunissent la directrice, le MEDEC et l'IDEC. Les comptes rendus sont détaillés et rendent compte des différents échanges et décisions prises.<br><br>La recommandation 3 est levée.  |
| 1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.   | OUI                        | Le projet d'établissement (PE) couvre la période 2022-2026.<br><br>À la lecture du document, il est constaté que le document ne comporte pas de dimension prospective avec des objectifs déclinés en actions de mise en œuvre sur la période du PE.   | <b>Remarque 4 :</b> En l'absence de déclinaison des objectifs en action de mise en œuvre sur la période quinquennale qui couvre le projet d'établissement de l'EHPAD, l'établissement se prive d'une dimension prospective.  | <b>Recommendation 4 :</b> Décliner les objectifs du projet d'établissement de l'EHPAD en plan d'action afin de renforcer la dimension prospective et stratégique de l'EHPAD.   |                                      | Le projet d'établissement 2022-2026 n'est plus forcément conforme à la situation actuelle de l'établissement. Cependant un plan d'actions a été défini à l'arrivée de la nouvelle directrice tenant compte du projet d'établissement mais aussi des évaluations et inspections. Nous devons encore formaliser des points mensuels réguliers lors de notre CODIR pour faire un état des lieux du plan d'actions et s'assurer qu'il soit mis en œuvre.                          | L'établissement a mis en place un plan d'actions, à l'arrivée de la nouvelle directrice, tenant compte des orientations du projet d'établissement, ainsi que des résultats issus des évaluations et inspections, ce qui témoigne d'une dynamique de pilotage active.<br><br>La formalisation de points réguliers en CODIR à venir permettra d'assurer le suivi et la mise en œuvre effective de ces actions.<br><br>Au regard de cette dynamique engagée et de l'appropriation des enjeux par la direction, la recommandation 4 est levée.   |
| 1.8 Est-ce qu'au sein du projet d'établissement, vous avez identifié une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance comme le prévoit le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant. | OUI                        | À la lecture du document, il est constaté qu'il ne comporte pas de thématique formalisée concernant la politique de lutte contre la maltraitance.<br><br>L'établissement a transmis des extraits du PE comprenant des passages soulignés, portant notamment sur la qualité de vie, la qualité des soins et la bientraitance. Ces éléments participent à la démarche globale de prévention contre la maltraitance de l'établissement ; toutefois ces éléments ne constituent pas, à eux seuls, une politique clairement définie et structurée à ce sujet.<br><br>Il est rappelé que la politique de lutte contre la maltraitance telle que définie réglementairement, doit faire l'objet d'un chapitre dédié dans le projet d'établissement incluant notamment, les moyens de repérage des situations à risque, les modalités de signalement et de traitement des faits, ainsi que les actions prévues en matière de gestion des ressources humaines, de formation et de contrôle. | <b>Ecart 2 :</b> Le projet d'établissement ne dispose pas de volet spécifique relatif à la lutte contre la maltraitance, contrairement à ce qui est prévu à l'article L311-8 du CASF.  | <b>Prescription 2 :</b> Mettre à jour le projet d'établissement en y intégrant un volet portant sur la prévention et la lutte contre la maltraitance conformément à l'article L311-8 du CASF.  |                                      | Nous ne sommes actuellement pas en mesure de mettre à jour le projet d'établissement concernant la prévention et la lutte contre la maltraitance compte-tenu de nos contraintes actuelles opérationnelles. Nous engageons cependant à le retravailler courant 2026 en vue de son renouvellement et en préparation de la prochaine certification en 2028.  | La volonté de l'établissement à retravailler le projet d'établissement à l'horizon 2026 est prise en compte. Néanmoins, les enjeux liés à la prévention et à la lutte contre la maltraitance appellent une formalisation dans des délais plus proches, sans attendre la refonte complète du document.<br><br>Il est attendu que le projet d'établissement actuel comporte à minima un volet dédié à cette thématique, précisant : les grands principes de prévention retenus par l'établissement, les modalités de repérage et de signalement, ainsi que les orientations en matière de formation et de gestion du personnel.<br><br>Il ne s'agit pas de réécrire l'ensemble du projet, mais d'y intégrer ces éléments sous forme d'un addendum ou d'une note annexe, afin de renforcer la lisibilité de la politique de l'établissement sur le sujet.<br><br>En l'état, la prescription 2 est donc maintenue.   |
| 1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.  | OUI                        | Le règlement de fonctionnement est daté d'octobre 2022 et a été validé par le CVS en juin 2023.<br><br>A sa lecture, il est relevé au point 1.2 concernant le CVS que les références réglementaires ne sont pas à jour. Le décret du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation n'est pas mentionné dans le document.<br><br>De plus, il est noté au point 2.5 "conditions de participation financière et de facturation" la mention suivante "Ne sont pas compris dans le prix de journée [...] l'entretien du linge personnel". Or, la prestation blanchisserie (notamment entretien linge des résidents et marquage) fait partie des prestations du socle de base obligatoire pour l'établissement et cela est donc inclus dans le prix de journée.   | <b>Remarque 5 :</b> En l'absence de référence au décret du 25 avril 2022 relatif au Conseil de la Vie Sociale et autres formes de participation, le règlement de fonctionnement n'est pas à jour.<br><br><b>Ecart 3 :</b> En l'absence de prise en charge de l'entretien et du marquage du linge des résidents, au sein des prestations sociales minimales, l'EHPAD contrevient à l'annexe 2-3-1 CASF. | <b>Recommendation 5 :</b> Actualiser le règlement de fonctionnement sur le point relatif au CVS mentionnant la référence du décret du 25 avril 2022.<br><br><b>Prescription 3 :</b> Intégrer l'entretien et le marquage du linge des résidents dans les prestations sociales minimales de l'EHPAD, conformément à l'annexe 2-3-1 CASF. |                                      |   | Aucun élément n'est apporté.<br><br>La recommandation 5 et la prescription 3 sont maintenues.  |

|   |     |   |   |  |  |   |  |
|---|-----|---|---|--|--|---|--|
| <b>1.10</b> L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? Joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.   | OUI | L'arrêté n° A-24-080 du CCAS de Gruffy nomme Mme . au poste d'infirmière à l'EHPAD Pierre Paillet à compter du 13/03/2024 pour une durée d'un an.<br>Aucun document justifiant des fonctions d'IDEC de cette infirmière n'est transmis.   | <b>Remarque 6 :</b> En l'absence de transmission de l'arrêté de nomination au poste d'IDEC ou de tout autre élément attestant des fonctions de coordination de l'IDEC, l'établissement n'atteste pas que le management de l'équipe soignante est organisé.  | <b>Recommendation 6 :</b> Transmettre l'arrêté de nomination au poste d'IDEC ou de tout autre élément attestant des fonctions de coordination de l'IDEC.   |  | L'arrêté de détachement sur le poste d'IDEC de . vous est transmis ce jour.   | L'établissement a à nouveau transmis un arrêté de détachement de Mme . au poste d'infirmière. Aucun élément n'atteste de ses fonctions de coordination. Toutefois, au regard des documents consultés (organigramme, compte rendu de CODIR, etc.), il apparaît que Mme est bien affectée sur des fonctions d'IDEC.  |
| <b>1.11</b> 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 | L'établissement a transmis son "plan de formation 2025", il apparaît qu'une formation IDEC est prévue pour Mme F., dispensée par la Croix-Rouge. L'établissement a donc prévu une formation spécifique à l'encadrement pour l'IDEC.   |   |  |  |   | <b>La recommandation 6 est levée.</b>  |
| <b>1.12</b> L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? Joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent le contrôle sur pièces).   | OUI | Le contrat à durée déterminé du médecin recruté en qualité de médecin coordonnateur à l'EHPAD du Pays d'Alby, daté du 29/10/2024, est transmis. Ce dernier est recruté à compter du 01/11/2024 jusqu'au 31/10/2025, sur un temps de travail de 0,4 ETP. Le planning du mois de novembre 2024 est également transmis, il est observé que le MEDEC est présent deux jours par semaine, soit les mardis et jeudis. Ce temps de travail est en deçà du temps réglementaire pour un EHPAD d'une capacité de 60 places.<br>Par ailleurs, il est repéré dans le RAMA 2023 que le MEDEC intervient à l'EHPAD depuis octobre 2020.   | <b>Ecart 4 :</b> Le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD est insuffisant au regard de la capacité de l'établissement, par conséquent, l'EHPAD contrevent à l'article D312-156 du CASF.  | <b>Prescription 4 :</b> Augmenter le temps de médecin coordonnateur, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.  |  | Le temps de médecin coordonnateur n'est effectivement pas conforme à la réglementation. Cependant, le Dr SALIVET en poste depuis 5 ans, ne souhaite pas augmenter son temps de travail à plus que 0,4 ETP. Notre collaboration avec lui se passe très bien et vous savez à quel point il est difficile de trouver des médecins coordonnateurs.<br>Nous faisons actuellement appel à un psychiatre une fois par mois pour la prise en charge de nos résidents en unité psycho-gériatrique mais aussi les autres résidents. Il est également en soutien des médecins traitants souvent démunis face à la psychiatrie et assure des formations une fois par mois à nos équipes. Ne serait-il pas possible d'envisager une prise en charge financière de cette intervention médicale qui pourrait compenser ce manque de temps de médecin coordonnateur ? | Le MEDEC ne souhaite pas augmenter son temps de travail, de 0,4 ETP à 0,6 ETP, au sein de l'EHPAD. Toutefois, la réglementation s'impose à l'établissement.<br>Par ailleurs, l'établissement ajoute faire appel à un médecin psychiatre une fois par mois. Ce temps médical peut être très utile pour l'établissement, cependant ce temps n'entre pas dans le champs de la coordination médicale et ne peut donc pas remplacer le temps de MEDEC.<br><b>La prescription 4 est maintenue. Dans l'attente du recrutement d'un MEDEC à hauteur de 0,6 ETP.</b>  |
| <b>1.13</b> Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique ? Joindre le ou les justificatifs.  | OUI | Le MEDEC dispose d'une capacité de gérontologie, obtenue en 2016. Ce qui atteste de sa qualification pour assurer les fonctions de coordination gériatrique   |   |  |  |   |  |
| <b>1.14</b> La commission de coordination gériatrique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.  | OUI | Un seul compte rendu de commission gériatrique, datant du 10/09/2024, est remis. L'établissement n'atteste donc pas de la tenue annuelle de cette commission.<br><br>Le compte rendu fait état de nombreux échanges entre les différents professionnels et aborde des thématiques relatives aux missions de cette commission. La feuille de présence de cette réunion témoigne de la présence de nombreux professionnels, médecin généralistes, psychiatre, MEDEC, ...  | <b>Ecart 5 :</b> En l'absence de transmission des comptes rendus de la commission de coordination gériatrique des années 2022 et 2023, l'établissement n'atteste pas tenir la commission annuellement contrairement à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.  | <b>Prescription 5 :</b> Transmettre les comptes rendus des réunions de coordination gériatrique de 2022 et 2023, conformément à l'article D312-158 alinéa 3 du CASF.   |  | Veuillez trouver ci-joint les comptes-rendus des commissions gériatriques de 2022 et 2023   | Les feuilles de présence des commissions de coordination gériatrique (CCG) du 21/06/2022 et du 06/10/2022 sont remises. À la lecture de ces fiches, il est observé que de nombreux médecins sont présents. Toutefois, seulement des médecins assistent à ces réunions alors qu'elles sont ouvertes à l'ensemble des équipes soignantes médicales et paramédicales (kinésithérapeute, IDE, psychologue, ...) salariés et libéraux. La composition de cette commission est fixée par l'arrêté du 5/09/2011 relatif à la commission de coordination gériatrique.<br><br>Le compte rendu du 06/10/2022 est également remis ainsi que l'invitation à la séance du 21/06/2022.<br><br>Aucun élément concernant la CCG de 2023 n'a été transmis.<br><br><b>Pour autant, la prescription 5 est levée.</b>  |
| <b>1.15</b> Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).   | OUI | Le RAMA 2023 rend compte des modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Le document n'appelle pas de remarque.   |   |  |  |   |  |
| <b>1.16</b> 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 signalements concernant des EIG survenus en 2023 et 2024 au sein de l'EHPAD. Ce qui atteste de la pratique de signalement aux autorités par l'établissement.  |   |  |  |   |  |
| <b>1.17</b> L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024. | OUI | Les tableaux de bord des événements indésirables (EI) de 2023 et 2024 ont été remis.<br>À leur lecture, il est constaté que seuls 3 EI ont été déclarés en 2023, contre 19 en 2024. Les déclarations ont donc fortement augmenté, ce qui indique notamment l'acculturation de l'équipe à déclarer des EI.<br>Ces EI sont bien renseignés, du descriptif jusqu'au traitement et au suivi.<br><br>Par ailleurs, la procédure intitulée "déclaration des EI au sein de l'établissement" révisée en juillet 2024 également transmise, est claire et complète.   |   |  |  |   |  |
| <b>1.18</b> Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.  | OUI | La dernière décision instituant le CVS n'est pas remise, seul le compte rendu de CVS du 22/06/2023 est transmis. Dans ce document, le point 1.1 "présentation des membres", mentionne que "5 nouveaux résidents", "et des représentants des familles", "intègrent le CVS", et que des représentants "du personnel" sont élus. Ce compte rendu ne mentionne pas si les nouveaux représentants des résidents et des familles ont été élus. Et par ailleurs, il ne précise pas si un représentant de l'organisme gestionnaire a été désigné.<br><br>Par ailleurs, il est relevé dans le règlement intérieur du CVS, au point "5. Désignation des membres délibérants du CVS" concernant les représentants des résidents que "les représentants du collège des résidents sont désignés" et que "l'acceptation de ces nouveaux résidents sera votée à main levée". Ce même mode de désignation est noté pour les représentants des familles, ce qui n'est pas conforme. Les représentants des résidents et des familles doivent être élus à bulletin secret. | <b>Ecart 6 :</b> Les modalités de désignation des représentants des résidents et des familles, telles que prévues dans le règlement intérieur du CVS, contreviennent à l'article D311-10 du CASF.<br><br><b>Ecart 7 :</b> En l'absence d'un représentant de l'organisme gestionnaire dans la composition du CVS, l'établissement contrevent à l'article D311-5 du CASF. | <b>Prescription 6 :</b> Procéder à l'élection des représentants des résidents et des familles au CVS, conformément à l'article D311-10 du CASF.<br><br><b>Prescription 7 :</b> Désigner un représentant de l'organisme gestionnaire au CVS, conformément à l'article D311-5 du CASF. |  | Lors de la séance du 27 mai 2025, un nouveau règlement intérieur de CVS a été voté. En amont un groupe de travail avait été constitué avec des membres du CVS pour le retravailler.<br>Ce nouveau règlement précise la composition des membres et notamment un représentant de l'organisme gestionnaire. Historiquement, un ou deux membres du CCAS assistait aux réunions du CVS.  | Le règlement intérieur du CVS daté du 27 mai 2025 est remis. Ce document permet de vérifier la composition du CVS, qui est conforme.<br>Toutefois, il était demandé de "procéder" aux élections des représentants des résidents et des familles. Il est noté dans le règlement intérieur du CVS que ces derniers sont "désignés" et non élus, ce qui contrevent à la réglementation. Le règlement intérieur est donc erroné et les modalités d'élections de ces représentants sont non conformes.<br><br><b>Par conséquent, la prescription 6 est maintenue.</b><br><br>Il est relevé dans le règlement intérieur du CVS que le représentant de l'organisme gestionnaire (représentant du CCAS) apparaît dans les membres consultatifs. Or, il est membre délibérant conformément à la réglementation. Le règlement intérieur est donc également erroné et un membre du conseil d'administration doit être désigné représentant de l'organisme gestionnaire au CVS.<br><br><b>La prescription 7 est maintenue. Dans l'attente de la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire.</b> |
| <b>1.19</b> 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 est daté de septembre 2020. Le document a été validé en instance. A la lecture du document, il est relevé plusieurs irrégularités :<br>- les modalités d'élections des représentants de l'instance "à main levée" sont non conformes.<br>- l'absence de représentant de l'organisme gestionnaire dans les membres délibératifs.<br>- le délai de prévenance de l'ordre du jour de "8 jours" avant la séance est obsolète, désormais il est de 15 jours.<br>- le document n'a pas été élaboré et validé en instance à la suite des "élections" de juin 2023.   | <b>Ecart 8 :</b> En l'absence de mise à jour du règlement intérieur du CVS, l'EHPAD contrevent aux articles D311-10 et D311-19 du CASF.   | <b>Prescription 8 :</b> Doter le CVS d'un nouveau règlement intérieur et modifier les éléments concernant les modalités d'élections de ses représentants et le délai de prévenance pour l'ordre du jour, conformément aux articles D311-10 et D311-19 du CASF.                       |  | Voir nouveau règlement intérieur du 27/05/2025.   | Le règlement intérieur du CVS a été validé lors de la séance du 27 mai 2025.<br><br>Par ailleurs, il est observé que le document n'a pas été corrigé concernant les modalités d'élections et de désignation de ses représentants ainsi que sur le délai de prévenance pour l'ordre du jour. Le document n'est donc pas conforme.<br><br><b>La prescription 8 est maintenue.</b>  |
| <b>1.20</b> Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.   | OUI | Les comptes rendus de CVS des 22/06/2023, 04/10/2023, 02/05/2024 et du 04/09/2024 ont été remis. Les CVS se tient donc deux fois par an, contre trois régulièrement.<br><br>À la lecture des comptes rendus, il est noté qu'ils témoignent d'échanges riches et que les thèmes abordés sont variés.<br><br>Il est également observé que les comptes rendus ne sont pas signés par la Présidente de l'instance.  | <b>Ecart 9 :</b> En l'absence d'organisation de 3 CVS par an, l'EHPAD contrevent à l'article D311-16 du CASF.   | <b>Prescription 9 :</b> Veiller à réunir le CVS au moins 3 fois par an, conformément à l'article D 311-16 du CASF.   |  | En 2024, les réunions du CVS se tiennent les 2/05/2024, 4/09/2025 et 11/12/2024 (voir compte-rendus joints). En 2025 le compte-rendu du 27/05/2025 a été signé par son Président, résident élu lors de ce CVS, ainsi que le nouveau règlement intérieur.  | Un dernier CVS s'est tenu en décembre 2024, ce qui porte à 3 le nombre de CVS en 2024. Une première réunion de l'instance a eu lieu en mai 2025.<br><br><b>La prescription 9 est levée.</b><br><br>Le compte rendu de CVS du 27 mai 2025 est bien signé par le président de l'instance.<br><br><b>La prescription 10 est levée.</b>  |
| <b>2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)</b>   |     |   |   |  |  |   |  |
| <b>2.1</b> Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.<br><br><b>Si accueil de jour :</b> transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024.<br><br>Joindre les justificatifs.                          | OUI | Le taux d'occupation de l'hébergement temporaire (HT) en 2023 est de 86,37% et de 82% au premier semestre 2024, en attesté les tableaux d'état de présence.<br><br>L'établissement affiche une file active de 18 bénéficiaires de l'accueil de jour en 2023 et de 14 bénéficiaires au premier semestre 2024.  | <b>Remarque 7 :</b> L'établissement est actuellement en sous-occupation par rapport à la capacité autorisée pour l'accueil de jour.   | <b>Recommendation 7 :</b> Pourvoir les 6 places d'accueil de jour.   |  | Les 6 places d'accueil de jour sont actuellement pourvues sur 4 jour. L'objectif est le pourvoir sur 5 jours à compter d'octobre 2025. Les conditions RH peuvent être un frein ainsi que les transports par les familles souvent compliqués.  | Il est pris acte de la volonté de l'établissement à passer à 5 jours son accueil de jour à partir d'octobre 2025. De plus, l'établissement fait état de difficultés concernant le transport des résidents à l'accueil de jour par les familles et de difficulté RH.<br><br><b>La recommandation 7 est levée.</b>   |

|   |     |  |   |   |  |  |
|---|-----|--|---|---|--|--|
| <b>2.2</b> L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.  | OUI | L'accueil de jour dispose d'un projet spécifique de service, daté de 2017. L'établissement déclare que ce document sera "revu en 2025". Par ailleurs, le document est complet.<br><br>Aucun élément concernant l'hébergement temporaire n'a été transmis. À la consultation du projet d'établissement, il est relevé certains points concernant cette modalité d'accueil qui mériteraient d'être développés afin d'expliquer davantage les spécificités de cette offre.  | <b>Ecart 11 :</b> En l'absence d'actualisation du projet de service de l'accueil de jour depuis au moins 4 ans, l'EHPAD contrevert à l'article L311-8 CASF.<br><br><b>Ecart 12 :</b> Le projet spécifique de service de l'hébergement temporaire est peu développé dans le projet d'établissement, ce qui ne permet pas de répondre à l'article D312-9 du CASF. | <b>Description 11 :</b> Actualiser le projet de service de l'accueil de jour, conformément à l'article L311-8 CASF.<br><br><b>Description 12 :</b> Développer le projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire en vertu de l'article D312-9 du CASF. | Le projet de service de l'accueil de jour va être travaillé en équipe d'ici la fin 2025.<br><br>Le projet de service pour l'HT également.  | L'établissement déclare que les projets de service de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire seront retravaillés d'ici la fin 2025, ce qui est cohérent avec la révision du PE.<br><br><b>Les prescriptions 11 et 12 sont maintenues. Dans l'attente de l'élaboration effective des projets de service de l'accueil temporaire.</b>  |
| <b>2.3</b> L'accueil de jour dispose-t-il d'une équipe dédiée ?<br>L'hébergement temporaire dispose-t-il d'une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ?<br>Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire. | OUI | Une fiche de poste aide-soignant est transmise. Il est observé que l'équipe accueil de jour est composée de 4 aides-soignantes formées ASG. À la lecture du projet de service, il est noté que "chaque jour de la semaine est attribué à un des professionnels intervenant", un seul soignant est donc présent à l'accueil de jour. Et "qu'une réunion de service est organisée chaque trimestre avec l'infirmière référente, la psychologue et le directeur".<br>L'intervention limitée d'un seul professionnel ne permet pas la mise en place effective du projet de soin dans sa globalité ainsi que la coordination et les activités spécifiques relevant du domaine d'autres professionnels qualifiés pour ces missions (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, animateur, APA, ...).<br><br>Aucun élément concernant l'hébergement temporaire est transmis. | <b>Remarque 8 :</b> En l'absence d'une équipe pluridisciplinaire, l'accueil de jour ne peut garantir une prise en charge complète et de qualité en faveur de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentés.   | <b>Recommandation 8 :</b> Mettre en place une équipe pluridisciplinaire dédiée à l'accueil de jour.   | La nouvelle psychologue arrivée le 29/01/2025 réfléchit à des interventions d'ergothérapeute et d'orthophoniste pour le PASA mais aussi l'accueil de jour. La difficulté est de trouver des intervenants disponibles. Les personnes accueillies en accueil de jour et en HT bénéficient de toutes les activités organisées par notre animatrice. Des sessions de photolangage vont être organisées par notre psychologue. Des sorties vont également être possibles puisque nous venons d'acquérir un 2ème minibus accessible PMR. Tout ceci sera prévu dans le projet de service. | Il est bien noté que les personnes accueillies bénéficient des activités proposées par l'animatrice de l'EHPAD. Toutefois, l'accueil temporaire présente des spécificités, notamment en matière de coordination des soins avec les intervenants extérieurs, ainsi que dans l'élaboration d'un projet individualisé d'accompagnement. L'établissement déclare qu'il est envisagé de mettre en place des interventions d'ergothérapeute et d'orthophoniste à l'accueil de jour, ce qui correspond effectivement aux attentes en matière de prise en charge des personnes accueillies. Il est bien pris en compte que ces éléments seront intégrés au projet de service dans le cadre de l'actualisation du projet d'établissement prévu d'ici fin 2026.<br><br><b>La recommandation 8 est levée.</b> |